

REFORMA
DEL SECTOR
SALUD
Y DERECHOS
SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Organización Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos

Ana Güzmes García

Coordinadora Observatorio del Derecho a la Salud
Consortio de Investigación Económica y Social - CIES



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

Unidad de Género, Etnia y Salud

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente
Güezmes, Ana
Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos
Washington, D.C: OPS/ PALTEX, © 2004.
120 p.

ISBN 92 7 532547 2

I. Título

1. REFORMA DEL SECTOR SALUD
2. SEXUALIDAD
3. SALUD SEXUAL
4. REPRODUCCIÓN
5. EQUIDAD EN EL ESTADO DE SALUD
6. DERECHOS HUMANOS

NLM WQ200

© Organización Panamericana de la Salud, 2004
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
Internet: www.paho.org

ISBN 92 75 32547 2

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etcétera sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Las opiniones que se expresan en este libro son las de la autora y no necesariamente las de la Organización Panamericana de la Salud.

Este libro está especialmente destinado a los trabajadores y profesionales de salud gubernamentales y de la sociedad civil en América Latina. Se distribuye a través del **Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales del Instrucción (PALTEX)** de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas para la promoción de la salud de sus habitantes, y de la Fundación Panamericana para la Salud y Educación.

ÍNDICE

PROLOGO	VII
AGRADECIMIENTO	XI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. COMPROMISOS ORIENTADORES	7
1. El derecho a la salud	8
2. Género y salud	15
3. Equidad en salud	19
4. Equidad de género en salud	21
5. Salud sexual y salud reproductiva	28
6. Derechos sexuales y derechos reproductivos	30
7. El derecho a la participación	38
CAPÍTULO II. LAS METAS ORIENTADORAS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA CIPD	45
CAPÍTULO III. LOS PROCESOS DE REFORMAS EN EL SECTOR SALUD	51
1. El contexto de las reformas	51
2. Los contenidos de las reformas	53
3. Implicaciones de la promoción y defensa de la salud sexual y la salud reproductiva en las reformas del sector salud	56

CAPÍTULO IV. APROXIMACIONES A IMPLICACIONES DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA61
1. Financiamiento61
2. Descentralización y estímulo a la participación y rendición de cuentas en salud69
3. La priorización y el paquete básico en salud reproductiva y salud sexual y la integración de servicios78
 CAPÍTULO V. REFLEXIONES FINALES83
 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS89
LECTURAS RECOMENDAS95

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

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

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

Peter Piot,
Director Ejecutivo de ONUSIDA, 2000²

“Más allá del examen de la situación de ventaja o desventaja de las mujeres o los hombres, es necesario analizar el contraste entre 1) los esfuerzos y los sacrificios hechos por mujeres y hombres, y 2) las compensaciones y los beneficios que unas y otros obtienen. Establecer este contraste es importante para una mejor comprensión de la injusticia de género en el mundo contemporáneo. La naturaleza altamente demandante de los esfuerzos y las contribuciones de las mujeres, sin recompensas proporcionales, es un tema particularmente importante de identificar y explorar”

Sudhir Anand y Amartya Sen, 1995³

-
- 1 Roses, M. (enero del 2003) *Le Monde Diplomatique*, Número 43. Buenos Aires
 - 2 Peter Piot, (junio del 2000) Director Ejecutivo de ONUSIDA en discurso ante la Asamblea General de la ONU en aplicación de las resoluciones de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Nueva York.
 - 3 Anand, Sudhir y Sen, Amartya, (1995) *Gender inequality in human development: Theories and Measurement*. New York, Human Development Report Office, Occasional Papers, No. 19, p.2.
En <http://www.undp.org/hdro/oc19a.htm>

PRÓLOGO

P R Ó L O G O

Dos grandes corrientes políticas internacionales, enunciadas de manera explícita durante los años noventa, están marcando el rumbo de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe. Estas corrientes se refieren a la Reforma del Sector Salud (RSS), promovida y apoyada por organismos multilaterales y bilaterales e instrumentada en casi todos los países de la Región, y al Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas, celebrada en El Cairo en 1994, suscrito también por todos los países de las Américas.

Las reformas del sector salud, si bien exhiben especificidades que responden al contexto geopolítico y sanitario de cada país, comparten denominadores comunes ligados a procesos globales de liberalización de mercados y de reforma del Estado. Estas reformas, originadas en las medidas de ajuste estructural de la década del ochenta, introdujeron cambios en los sistemas de financiamiento de la atención, los mecanismos de fijación de prioridades de atención, y la organización de los servicios en áreas tales como la descentralización y la integración de los mismos. Destacan de manera fundamental los cambios en el rol del Estado en materia de regulación, provisión y financiamiento de los servicios y la mayor participación del sector privado en tales áreas. Aunque, en teoría, los objetivos de dichas reformas se plantearon en términos de mejoramiento de la equidad, eficiencia y calidad de servicios, en la práctica, las consideraciones relativas a la equidad se han visto subordinadas a las referentes a la eficiencia económica, hecho que está motivando una profunda revisión de las estrategias por parte de los países y las agencias de cooperación.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo representó un viraje fundamental en la concepción y el abordaje de los programas de planificación familiar y salud maternoinfantil, al reemplazar las metas demográficas de reducción del crecimiento poblacional por metas de respuesta integral a las necesidades particulares de las mujeres y los hombres, en concordancia con una visión de derechos humanos, igualdad de género, y autonomía de las mujeres. Este nuevo paradigma vinculó el acceso universal a los servicios de salud reproductiva con la reducción de la pobreza y el aseguramiento de los derechos de las mujeres, y reafirmó el rol crítico del sector salud en el logro de los objetivos pactados. Diez años después de la firma de este acuerdo se observan avances importantes en la calidad y el alcance de los programas de planificación familiar y maternidad sin riesgo, en la intensificación de acciones preventivas del VIH/SIDA y en la adopción expresa por parte de los gobiernos del Programa de Acción de la CIPD como instrumento para alcanzar objetivos de desarrollo. Sin embargo, la insuficiencia de recursos, las desigualdades de género persistentes en contra de las mujeres y las deficiencias de los servicios para los pobres y adolescentes representan serios obstáculos para un mayor adelanto en momentos en que se agravan los problemas, como lo indica el informe sobre el estado de la población mundial 2004, preparado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Pese a las obvias conexiones entre las políticas de reforma de los sistemas de servicios de salud y los procesos dirigidos a facilitar el ejercicio real de los derechos sexuales y reproductivos, pareciera que el debate y la instrumentación de unas y otros marcharan casi paralelamente, con escasa coordinación entre sí. Llamamos la atención tres notables desencuentros entre estos procesos: el *primero* se refiere al vacío en la producción de evidencia que permita discernir los efectos de las reformas del sector salud en las desigualdades de género —en articulación con otros tipos de exclusión— con respecto a la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, la distribución de la carga financiera de estos servicios y la participación en las decisiones relacionadas con su provisión. El *segundo* tiene que ver con la muy limitada interacción entre los actores políticos (tanto del gobierno como de la sociedad civil) responsables de las reformas de los sistemas de salud y de la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Y finalmente, el *tercero* alude a la débil articulación del sector salud con los programas intersectoriales que abordan determinantes amplios de la salud reproductiva, tales como la desigualdad de género.

Con el presente documento se intenta contribuir al avance del proceso de identificación de las intersecciones conceptuales y empíricas entre las reformas del sector salud, la igualdad de género y el ejercicio de los derechos ciudadanos en el área de la salud sexual y reproductiva, con referencia particular a América Latina y el Caribe. La elaboración del mismo fue comisionada por la *Unidad de Género, Etnia, y Salud* de la Organización Panamericana de la Salud a Ana Gúezmes García, médica especialista en salud pública. Este trabajo se realizó en el contexto de la iniciativa “Equidad de género y reforma del sector salud” liderada por la OPS y apoyada financieramente por la Fundación Ford y la Fundación Rockefeller.

Esperamos que este análisis aporte elementos sustantivos al debate sobre las políticas de salud sexual y reproductiva en el contexto de las reformas del sector salud, los programas de extensión de la protección social en materia de salud, y los compromisos adquiridos por los países con los Objetivos del Milenio. Es importante subrayar que el logro de estos objetivos no podrá hacerse realidad sin que medie un reconocimiento explícito y operativo por parte de los países de que los elementos de salud sexual y reproductiva definidos por la CIPD, tal como lo señaló la 57^a Asamblea Mundial de la Salud de OMS (2004), constituyen determinantes críticos de la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la transmisión y prevención del VIH/SIDA. También debe enfatizarse que tales objetivos no podrán alcanzarse sin el reconocimiento de que el Objetivo 3, “Igualdad de género y autonomía de las mujeres”, no solamente es un fin en si mismo sino, también, condición esencial para el disfrute de la salud sexual y reproductiva y la consecución de todos los demás Objetivos del Milenio.

Elsa Gómez Gómez
Asesora Regional
Unidad de Género, Etnia y Salud
Organización Panamericana de la Salud

AGRADECIMIENTO

A G R A D E C I M I E N T O

Este trabajo se enmarca dentro de la iniciativa “Equidad de Género y Reforma del Sector Salud”, impulsada por la Organización Panamericana de la Salud con el apoyo financiero de la Fundación Ford y la Fundación Rockefeller.

La autora desea agradecer a la OPS la oportunidad que le brindó de hacer este análisis y, en especial a Elsa Gómez Gómez, Asesora Regional en Género y Salud, por su respaldo entusiasta a este trabajo y su preocupación permanente por generar una sociedad con mayor equidad de género. Agradece, también, el esfuerzo de la historiadora Patricia Victoria Martínez Álvarez quien se encargó de fichar la bibliografía relevante y sugirió nuevas interpretaciones. Reconoce, además, las contribuciones de Dinys Luciano y Rosa Dierna, de la OPS. Anna-Britt Coe, del Center for Health and Gender Equity, y Cecilia Rivera, del Observatorio del Derecho a la Salud de Perú, quienes con sus valiosos comentarios enriquecieron y ordenaron la versión final de este estudio.

La autora desea dedicar este trabajo a las mujeres cuidadoras “invisibles” de la salud en nuestra Región y a todas las sobrevivientes de la violencia basada en género, cuya presencia constituye una inspiración constante.

INTRODUCCIÓN

I N T R O D U C C I Ó N

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

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

En la Región de las Américas se está incrementando el diálogo, la interacción y la búsqueda de consensos entre tomadores de decisión, profesionales, investigadores, organizaciones de la sociedad civil y comunidad de donantes. Estos esfuerzos, están contribuyendo a un *cambio en el pensamiento y la práctica* entre los actores clave, de modo que se considere cada vez más que los desafíos de la política y de la gobernabilidad, los derechos

humanos, las preocupaciones sobre la equidad y las cuestiones técnicas y de políticas en materia de salud están integralmente relacionadas.

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

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

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

El documento está dirigido a quienes toman las decisiones en el campo de la salud, a los y las profesionales, investigadores, investigadoras y activistas del Estado, de las organizaciones de la sociedad civil y de la comunidad de donantes. Para las personas que trabajan en las reformas de la salud, el documento les ayudará a comprender las implicancias de género en la salud sexual y reproductiva. Para los funcionarios y funcionarias, y las activistas que trabajan en el campo de la salud sexual y reproductiva, contribuirá a que entiendan los procesos sistémicos de reforma del sector salud. Para ambas "comunidades", el documento otorga un conjunto de herramientas conceptuales centradas en los compromisos de derechos humanos. Se pretende así elevar el nivel del debate sobre la importancia de integrar el enfoque de igualdad de género, salud pública y derechos humanos en los procesos de reforma del sistema de salud.

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

- a) La CIPD está produciendo un cambio paradigmático en la manera de abordar las políticas de población, que incluye la propia conceptualización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos y la redefinición de obligaciones del sector salud al respecto. Si bien todos los gobiernos de América Latina y El Caribe son signatarios del programa de acción de la CIPD, su implementación en términos de promoción y garantía de derechos de las personas como lo plantea el propio programa es incipiente y heterogénea. Se ha encontrado que muchos países siguen con paradigmas pre-Cairo, enfocando la salud reproductiva como planificación familiar, considerando como únicas beneficiarias a las mujeres en edad reproductiva, o con persistencia de metas demográficas, entre otros ejemplos.
- b) Los estudios con evidencia empírica acerca del impacto de reformas de la salud sobre la salud sexual y reproductiva (SSR) son muy escasos. Una dificultad adicional es la de las características diferentes de las reformas aplicadas en la Región, por lo que los resultados documentados son difícilmente comparables y en ocasiones contradictorios. Los efectos de las reformas dependen del contexto en que se aplican y de la capacidad rectora y reguladora de los ministerios de salud, con efectos diferentes en cada país como ocurre en la revisión de los procesos de descentralización. Asimismo, por ejemplo, la utilización de la priorización de necesidades en salud ha llevado en algunos países a la elaboración de paquetes de servicios, que han restringido las prestaciones de salud reproductiva como es el caso de Perú con el SIS (seguro integral de salud); mientras que en otras ocasiones ha servido para ampliar las respuestas a los problemas de salud tradicionalmente no incorporados, como la violencia basada en género, o ha permitido cambios sustantivos en el modelo de atención como es el caso de Brasil.
- c) Las dinámicas nacionales en este nuevo siglo requieren ser ubicadas como parte de un proceso global. Dos son los procesos que han impactado con fuerza en el mundo y en América Latina: el proceso de globalización y el ajuste estructural que impuso el modelo neoliberal. Los procesos de ajuste han aumentado en forma dramática la exclusión y pobreza en todo el mundo, especialmente en los países de medianos y bajos ingresos. La globalización –un verdadero cambio de

época⁴– ha transformado los horizontes referenciales de las ciudadanas. Ha producido reducción y fragmentación del Estado, el traspaso de sus obligaciones al ámbito privado (con las mujeres en el centro), y una creciente falta de autonomía para las decisiones políticas, y especialmente, económicas. También ha alimentado formas nuevas de organización de los movimientos sociales, cuyas formas de existencia y de articulación han variado. Las reformas de la salud se ubican en este contexto, y su estudio no puede hacerse aislado del conjunto de políticas públicas.

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

El presente documento está organizado en cuatro capítulos y un conjunto de reflexiones finales. En el **primer capítulo**, se presenta una descripción de los principales compromisos orientadores con los que poder analizar las reformas de la salud y los enfoques implícitos en ellas. En forma de cuadros-resumen se han definido los contenidos de estos conceptos desde un enfoque de derechos humanos: así se revisan los principios del derecho a la salud, el enfoque de género y las obligaciones que en esta materia tienen los Estados, así como sus implicancias en el campo de la salud, la equidad en salud y la equidad de género, la salud y los derechos sexuales, así como la salud y los derechos reproductivos. El aporte específico del enfoque de derechos humanos es considerar que estos principios no son ejercicios teóricos sino que tienen implicancias concretas, en algunos casos de carácter inmediato, para la forma como los gobiernos y la sociedad organizan, manejan y evalúan su política de salud. Es importante que las personas que toman las decisiones de políticas públicas, y la sociedad en general, conozcan con detalle los planes de acción que comprometen éticamente a nuestros Estados, así como las obligaciones de carácter vinculante.

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

En el **capítulo segundo** se sistematizan las metas que todos los países se comprometieron a conseguir en el área de la salud, de la mejora de la condición de la mujer y del desarrollo social antes del 2015. Se consideran así las metas establecidas en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el año 1994, así como en su revisión cinco años después, y en la Declaración del Milenio del año 2000.

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

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

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

1

COMPROMISOS ORIENTADORES

C O M P R O M I S O S O R I E N T A D O R E S

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

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

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

En términos generales, cuando los Estados ratifican un tratado de derechos humanos, se comprometen a: promover los derechos establecidos en él, garantizar que son para todos y traducirlos en políticas y estrategias, impedir que sean violados y ofrecer reparaciones a las víctimas en caso de

que se violen. Estas obligaciones son de aplicación a los actos cometidos por personas que actúan en nombre del Estado, instigadas por este o con su consentimiento.

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

1. El derecho a la salud

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

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

- 1) Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar el cumplimiento del derecho a la salud en forma universal e interdependiente con el resto de los derechos humanos.
- 2) Un marco de derechos humanos provee de una herramienta importante para aumentar la responsabilidad de los gobiernos, del sector

privado, de la cooperación internacional y de la sociedad en general con la salud.

- 3) Un marco de derechos humanos nos obliga a centrarnos en las inequidades. En América Latina, Región caracterizada por profundas brechas económicas, sociales y de género, donde los promedios nacionales ocultan profundas diferencias, un enfoque de derechos humanos puede ayudar a identificar y revelar las disparidades, señalar los problemas de discriminación y de exclusión social y movilizar recursos para atender las necesidades de las personas y grupos o de las poblaciones marginadas o históricamente desfavorecidas.
- 4) Los exámenes del cumplimiento de los estándares de derechos humanos se centran en la revisión de normas, políticas y presupuestos como expresiones de voluntad política, así como en la promoción de medidas adecuadas para el logro de la equidad y la eliminación de patrones discriminatorios contenidos en las políticas o como resultado de su aplicación.
- 5) En el último decenio, principalmente dentro del marco de las Naciones Unidas, se ha presentado en el campo internacional de derechos humanos tradicionalmente centrado en los derechos civiles y políticos, la oportunidad de poner mayor énfasis en los efectos de la pobreza, el deterioro ambiental, las consecuencias de las políticas macroeconómicas, la discriminación de la mujer; y en general, en los derechos económicos, sociales y culturales como aspectos esenciales de las políticas públicas.
- 6) La incorporación del enfoque de derechos humanos no es un ejercicio teórico conducido por especialistas en el campo del derecho sino que tiene implicancias concretas para la forma como los gobiernos y la sociedad organizan, manejan y evalúan su política de salud. Norberto Bobbio, citado por Sinesio López⁵, señala que el problema actual de los derechos humanos y ciudadanos no reside en su fundamento, sino en las garantías que los Estados deben ofrecer para darles concreción y vigencia.

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

El contenido del derecho a la salud

Desde la propia constitución de la OMS⁶ se establece que *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”*. La Declaración Universal de Derechos Humanos⁷, establece en su artículo 25 que *“1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos, como pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.”*⁷

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

La salud es considerada además como uno de los determinantes fundamentales del desarrollo. Junto con la educación y el ingreso, es uno de los tres componentes del Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas y ha ganado una amplia aceptación como un marcador mejor de desarrollo que los indicadores puramente económicos como el ingreso per cápita. De hecho, *“la salud es el derecho humano que en la práctica marca más*

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

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

visiblemente las diferencias de raza o de condición económica y social” (Booker & Minter, 2001).

Paul Hunt, relator especial del Derecho a la Salud del Sistema de Naciones Unidas (2003) desarrolla algunas observaciones iniciales sobre el contenido jurisprudencial del derecho a la salud:⁸

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

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

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

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

No discriminación e igualdad de trato. La no discriminación y la igualdad de trato son dos de los elementos más importantes del derecho a la salud. Por consiguiente, las normas internacionales de

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

los derechos humanos proscriben toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de salud y a los factores determinantes básicos de la salud por los motivos prohibidos internacionalmente, entre ellos el estado de salud, que tengan por objeto o por resultado el menoscabo del disfrute en condiciones de igualdad del derecho a la salud.

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

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

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

Responsabilidades de todos los agentes. Si bien los Estados son los principales responsables de la realización de los derechos humanos reconocidos internacionalmente, todos los agentes sociales –particulares, comunidades locales, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, profesionales de la salud,

empresas privadas y otros agentes– tienen responsabilidades en lo tocante a la realización del derecho a la salud.

Interdependencia. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y libertades fundamentales enunciadas en los principales tratados internacionales de derechos humanos, incluidos el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, a la participación, al acceso a la información y a las libertades de asociación, reunión y circulación.

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

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

Los Estados tienen obligaciones concretas para respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud. El análisis de la realización del derecho a la salud puede ordenarse en tres grandes áreas⁹:

- **El más alto nivel de salud alcanzable.** Incluye el análisis de los avances en términos de resultados que se expresan en las colectividades: los avances y problemas en relación con la mortalidad, la enfermedad y la discapacidad, los indicadores demográficos, de salud reproductiva y de estilos de vida, etc. De esta área se obtienen los resultados e indicadores, que podrán dar cuenta de la situación de los grupos más vulnerables o aquellos que sufren mayor discriminación.

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

- **La organización del Estado para atender sus obligaciones:** Incluye la identificación de las acciones del Estado; qué hace este y cómo, para responder al ejercicio pleno de los derechos de sus ciudadanas y ciudadanos. Dentro de esta área se analizan el acceso a los sistemas de salud que ofrecen prevención, atención, rehabilitación y acompañamiento a las personas y comunidades con problemas de salud, la orientación de los recursos económicos sociales, así como el desarrollo y aplicación de las políticas y programas públicos.
- **La existencia de un entorno económico, social, ambiental y político saludable.** Se refiere al conjunto de políticas gubernamentales que garantizan finalmente el ejercicio del derecho a la salud, dentro de la visión de integralidad e interdependencia. Dentro del entorno, se consideran las políticas económicas que favorecen el capital humano y social, las políticas intersectoriales, la existencia de regímenes democráticos y los modelos de desarrollo sostenible.

2. Género y salud

Antecedentes

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

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

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

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

Joan Scott (1996) define el género como “*un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos*”; y

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

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

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

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

Los sistemas de género

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

Los *sistemas de género* se refieren a las dinámicas de poder que jerarquizan las capacidades, necesidades, características y roles de hombres y mujeres, situados en tiempos y espacios concretos y que permean (aunque se invisibilicen o minoricen), al Estado, las leyes, al mercado, las escuelas, los hogares, los medios de comunicación y la comunidad. Esta propuesta implica un abordaje sistémico al señalar la importancia de poder estudiar la construcción de las inequidades y de la exclusión tomando en cuenta un conjunto de determinantes como edad, sexo, etnia, situación socioeconómica, condición de ruralidad, etc. En salud implica además tomar en cuenta las diferencias biológicas en el análisis. En este sentido, un ejemplo claro es la feminización de la epidemia del VIH/SIDA que tiene que ver tanto con factores de vulnerabilidad biológica como con construcciones socio-culturales de la sexualidad femenina.

Las obligaciones con la equidad de género

En tiempos en los que el personal directivo se muestra a menudo reticente a trabajar con vistas a la equidad de género, reina gran confusión sobre lo que este enfoque significa, se necesita tener en cuenta que el enfoque de género es algo más que una perspectiva de análisis en la medida que tiene validez y vigencia jurídica en el ámbito internacional y nacional, ya sea porque los países han suscrito y ratificado diversos pactos, tratados o convenciones internacionales que lo incorporan, o porque ya está incluido en leyes, políticas y otros dispositivos nacionales. Desde esta perspectiva, existe un amplio corpus jurídico, que ha adoptado la comunidad internacional, el mismo que debe traducirse en las legislaciones nacionales.

En términos de políticas públicas podemos hablar entonces de *obligaciones con la equidad de género* que implica responsabilidades de los Estados para eliminar las inequidades de género, e incluye, por ejemplo, políticas específicas de igualdad de oportunidades para mujeres y hombres, generación de información estadística desagregada por sexo y otras variables, compromisos para erradicar la violencia basada en género, compromisos para generar entornos habilitantes para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, compromiso con el análisis de género en los reportes de país ante instancias internacionales¹⁰, entre otros aspectos que ya son vinculantes para nuestros Estados. Una visión clara de estos marcos puede ayudar a que los gobiernos, la cooperación internacional y los movimientos sociales utilicen los instrumentos de derechos humanos como “cartas dirimentes” en las pugnas frecuentes en la elaboración de políticas públicas referidas, aunque no exclusivamente, al terreno de la sexualidad.

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

Las **obligaciones de equidad de género** se refieren a las responsabilidades que los Estados han asumido en compromisos y tratados internacionales de derechos humanos de carácter vinculante y en sus leyes nacionales. Algunos ejemplos son las obligaciones estata-

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

les para eliminar toda forma de discriminación y violencia contra la mujer, también en el campo de la provisión de servicios, promover la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, y desarrollar evidencia y políticas públicas adecuadas.

3. Equidad en salud

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

Desde una perspectiva de derechos humanos, se agrega una línea normativa de valores asociada a la justicia social; que atribuye responsabilidad al sufrimiento innecesario. Así la OMS define la equidad como “el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos. Consecuentemente, la equidad en la atención de salud significaría que los recursos para la salud se asignen de acuerdo con la necesidad, los servicios se reciban de acuerdo con las necesidades y la contribución al financiamiento de los mismos se haga de acuerdo con la capacidad económica”¹¹.

Al hablar de equidad en salud, conviene distinguir entre estado de salud, atención de la salud y obligaciones estatales. El estado de salud tiene que ver con el bienestar físico, psíquico, y social de las personas, mientras que la atención de la salud es solo uno de los múltiples determinantes del estado de salud¹²; las obligaciones estatales incluyen las responsabilidades del Estado como primer responsable y del resto de actores sociales para promover, proteger y garantizar el derecho a la salud.

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

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

Para abordar la equidad es importante:

- a) partir de las necesidades colectivas y específicas de las poblaciones, comunidades y personas. Es importante destacar que la noción de necesidades está en la base del concepto de equidad distributiva. Tal noción apunta hacia una distribución de recursos, no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos, sino de asignación diferencial de acuerdo con los requerimientos particulares de esos grupos e individuos.¹³
- b) Considerar la multidimensionalidad de la exclusión. Las reformas del sector salud se han centrado en el análisis de la exclusión socioeconómica. Si bien la pobreza es uno de los principales limitantes para el desarrollo, no es suficiente para explicar la exclusión de las mujeres, de los y las adolescentes o de los pueblos indígenas de los sistemas de salud. Se requiere abordar simultáneamente todos los macro-determinantes de la salud, y sus relaciones, asegurando que los ciudadanos y ciudadanas y los grupos en estado de vulnerabilidad o excluidos por razones de situación socioeconómica, género, sexo, etnia, raza, ubicación geográfica, idioma, edad, discapacidad, orientación sexual, opinión política o de otra índole, vean satisfechas sus necesidades específicas de salud y cuenten con mecanismos de participación plena en el sistema de salud.
- c) El derecho a la salud implica un progreso adecuado continuo y deliberado de las políticas públicas, así como de los presupuestos destinados y de su impacto efectivo en la salud de las colectividades. Sin embargo, los Estados tienen obligaciones inmediatas que pueden ser exigidas por sus ciudadanos/as en los canales nacionales o internacionales de exigibilidad de derechos. Estas obligaciones inmediatas incluyen las garantías de no discriminación e igualdad de trato.

13 *Ibidem.*

4. Equidad de género en salud

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

En referencia específica a la equidad de género en las políticas, la actual Directora de la OPS ha afirmado que las *“Políticas que no consideren las desigualdades de género terminarán siendo limitantes, produciendo, perpetuando o exacerbando las desigualdades, en desmedro de la salud de la sociedad y de las generaciones futuras.... Incorporar la perspectiva de género en los procesos de reforma es un reto ético y político imposterizable que nos asegurará tener sociedades más justas y saludables”*¹⁴.

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

Bajo el principio de relevancia se considera legítimo adoptar medidas de acción afirmativa¹⁵ tendientes a eliminar estas disparidades. Estas medidas se han aplicado por ejemplo en el campo de la educación (programas específicos para evitar la expulsión o deserción escolar de las niñas o adolescentes); en el campo de la representación política (cuotas en las candidaturas a elecciones, o acción positiva para nombramientos para ocupar puestos de decisión); en el campo de la salud, sin embargo, existe menor experiencia acerca de este tipo de medidas. Estas medidas tienen vocación de temporalidad, para eliminar las inequidades. Se trata de llegar a situa-

¹⁴ Roses, M. *Le Monde Diplomatique*, Buenos Aires, Número 43, enero de 2003

¹⁵ Anteriormente denominadas de discriminación positiva

ciones en las que las diferencias, por diversas razones, ya no sean pertinentes por haberse logrado políticas adecuadas de eliminación de desventajas y desigualdades, y por tanto, donde las diferencias no sean fuente de vulnerabilidad o de discriminación.

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

La equidad de género en salud implica considerar¹⁶:

- a) En el estado de salud y sus determinantes: la eliminación de diferencias injustas y evitables entre hombres y mujeres, en las oportunidades de disfrutar de salud, y en la probabilidad de enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles.
- b) En el acceso y la utilización de servicios de salud de acuerdo con las necesidades. Estas necesidades se derivan de distintas causas: diferentes necesidades de atención; distintos riesgos asociados a actividades consideradas como masculinas o femeninas; divergencias en las percepciones que hombres y mujeres tienen sobre la enfermedad; distintas prácticas que condicionan las conductas de búsqueda de atención; desigualdades en el grado de acceso a recursos básicos, así como desigualdades en el acceso a servicios básicos.
- c) En el financiamiento de la atención de acuerdo con la capacidad económica, y no en relación con necesidades o riesgos: involucra especialmente acciones afirmativas que impliquen que las mujeres no tengan

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

que contribuir más que los hombres por razones ligadas a la biología de la reproducción, mayor morbilidad y mayor esperanza de vida.

- d) En el balance de la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud: que se reconozca, facilite y valore apropiadamente el trabajo de atención de la salud, ya sea este remunerado o gratuito, y que mujeres y hombres participen en pie de igualdad en los procesos de toma de decisiones dentro de las esferas micro y macro del sistema de salud.

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

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

- a) Hombres y mujeres presentan diferencias respecto a la salud: esperanza de vida, prevalencia de enfermedades y daños, carga de enfermedad, utilización de servicios, responsabilidades financieras, provisión de salud, poder de decisión, y necesidades particulares en el ámbito de la salud. Estas diferencias son, a menudo, una fuente de desigualdad, exclusión o discriminación que afecta principalmente a las mujeres.
- b) La interacción de diferentes formas de desigualdad en materia de salud se da en contextos determinados. El análisis de género no puede estar aislado de los análisis socioeconómicos, etarios, étnicos, etc., y se requiere profundizar estas intersecciones y articulaciones como determinantes claves de la desigualdad de oportunidades en el acceso y el poder en lo referente a los recursos y servicios que propician la salud.
- c) Se requiere también tener en cuenta que en las sociedades y en las diferentes culturas existen distintas formas de entender los procesos de salud-enfermedad, y distintos acercamientos a las manifestaciones corporales. En este sentido, los aspectos de interculturalidad son esenciales para entender las dinámicas entre los sistemas de salud y la sociedad.

- d) Frecuentemente se demuestra que las mujeres utilizan más los servicios de salud, lo que se interpreta erróneamente como una ventaja por desconocerse que ellas tienen mayor necesidad de los servicios de salud, derivada particularmente de su rol biológico en la reproducción, su más alta morbilidad y su mayor longevidad. Se estima que el 34% de la carga de enfermedad se debe a problemas de salud reproductiva.
- e) Las causas de enfermedad y muerte prematura en las mujeres son evitables en su mayoría. Así, aunque parezca inconcebible en esta época, las complicaciones del embarazo y el parto siguen siendo una de las primeras causas de mortalidad femenina durante las edades reproductivas en la Región. Por su evitabilidad e injusticia, la mortalidad materna ha sido calificada por la OPS como el reflejo más claro de la discriminación y la posición social de la mujer y reconocida como uno de los marcadores del compromiso de los Estados con el derecho a la salud.
- f) Los factores de género influyen en la desventaja de supervivencia masculina. Esta sobremortalidad masculina¹⁷ alcanza proporciones dramáticas (5 a 10 veces mayores) en relación con accidentes, violencias, suicidios y conflictos armados; o la mayor dependencia de sustancias como el alcohol (7 veces mayor) o la droga (3 veces mayor). La relación desigual de poder entre hombres y mujeres y las exigencias sociales asociadas a las funciones y atributos de la masculinidad tienen efectos claramente negativos sobre la integridad no solo de las mujeres sino también de los hombres.
- g) En materia de prestación de servicios de salud, sigue siendo más difícil incluir a los hombres adultos, en general por las actitudes culturales de género de los hombres o la inexistencia de programas que incorporen a los hombres. Esta situación repercute en su salud y en la de las mujeres, que a menudo tienen una mayor responsabilidad en el cuidado de la salud de los niños, ancianos y discapacitados o deben asumir, con limitado apoyo social, aspectos que corresponden a ambos sexos, como ocurre en el campo de la salud sexual y reproductiva.
- h) Las familias o los hogares no pueden constituirse en la unidad mínima de análisis estadístico o de intervención. La titularidad de los

17 Ibid..

derechos humanos es individual, por tanto la persona es la unidad de la que se debe partir. Es necesario considerar la asimetría en la asignación de recursos dentro del hogar a fin de identificar las desigualdades intrafamiliares en términos de acceso, poder y control referentes a los recursos para el disfrute de la salud.

- i) La pobreza¹⁸ ejerce un efecto más negativo en la salud y la supervivencia de las mujeres, que en las de los hombres. En efecto, la mayor esperanza de vida femenina, característica hoy de los países industrializados, no ha sido ni es siempre la regla en los países pobres ni en los grupos de menores ingresos. Las condiciones sociales pueden disminuir e incluso anular la ventaja de supervivencia femenina. Por ejemplo, cifras recientes de 13 países indican que, en los grupos de mayores ingresos, el riesgo de muerte prematura es claramente más alto para los hombres que para las mujeres. Sin embargo, entre los grupos pobres, este diferencial por sexo se reduce considerablemente e incluso desaparece. Esto en razón de que, mientras la pobreza multiplica por 2 y hasta por 5 el riesgo de muerte prematura entre los varones, entre las mujeres lo multiplica por 4 y hasta por 12.
- j) La pobreza restringe desproporcionadamente el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Paradójicamente, la percepción de necesidad de atención y la utilización de servicios es menor en circunstancias en las que la necesidad de servicios es comparativamente la más alta. Existe, pues, una brecha general entre los pobres y los que no pobres, y es en el grupo de los pobres dónde la brecha entre hombres y mujeres es mayor.
- k) Las distinciones de género en el trabajo remunerado se asocian con una consistente subvaloración del trabajo de las mujeres y con menores niveles de ingreso para las mismas actividades. Por ejemplo, en el sector formal del sistema de salud las mujeres se concentran en las ocupaciones de menor remuneración, prestigio y poder de decisión, y en el ámbito informal de la comunidad y la familia el trabajo de las mujeres es gratuito y no figura en las cuentas nacionales.
- l) Existe una interdependencia entre los ámbitos formal e informal de la atención de la salud. Así, las políticas que afectan la dotación de personal en los servicios afectan simultáneamente la carga de trabajo

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

- informal del cuidado de la salud que recae predominantemente sobre las mujeres.
- m) Las mujeres contribuyen más al financiamiento de la atención en sistemas no solidarios. Esta desigualdad absoluta se agudiza en términos proporcionales al tomar en cuenta las mayores necesidades y la menor capacidad económica que, como grupo, tienen las mujeres.
 - n) Las mujeres tienen mayores responsabilidades y menor poder en la producción de la salud. Ellas representan el 80% de la fuerza laboral en salud y son las principales gestoras y proveedoras de atención dentro de la familia y la comunidad. En efecto, más del 85% del cuidado de la salud tiene lugar fuera de los servicios, y esta atención es provista mayoritariamente por mujeres en el hogar y en la comunidad de manera gratuita. Pese a esta contribución, las mujeres permanecen en una posición de desventaja dentro del sistema de salud, dado que: predominan en los escaños de más baja remuneración y prestigio dentro del sector formal de la salud; sus puestos de trabajo son más inestables, permanecen subrepresentadas en las estructuras de poder local y nacional que definen prioridades y asignan recursos para la salud; desempeñan con poco reconocimiento o apoyo social el trabajo informal de promoción y atención de la salud en la familia y la comunidad.
 - o) El análisis de las reformas de salud desde la perspectiva de género puede introducir sesgos. El sesgo de género, –al analizar la situación de la salud, el financiamiento, el acceso a servicios, etc.– se produciría: a) al partir de la suposición de que las diferencias entre los hombres y las mujeres no son relevantes, cuando en efecto lo son; b) al considerar como relevantes diferencias que no lo son; c) al desconocer que existen diferencias que pueden ser fuente de desigualdad, ya sea por falta de evidencia o de análisis de la información; y d) al abordar la diferencia social o cultural sin tener en cuenta la diferencia biológica, y viceversa.

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

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

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

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

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

hombres participen en pie de igualdad en los procesos de toma de decisiones dentro de las esferas micro y macro del sistema de salud.

5. Salud sexual y salud reproductiva

Como resultado de la mayor visibilidad y la construcción creciente de alianzas de los movimientos de mujeres y de los movimientos preocupados por la expansión de la epidemia del SIDA, los asuntos relacionados con la sexualidad suscitaron una mayor preocupación por parte del sistema de las Naciones Unidas. No es sorprendente que, con frecuencia, diferencias extremas acompañaran este proceso, como así lo demuestran los debates y preocupaciones que marcaron la preparación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo¹⁹.

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

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

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

la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual". (Capítulo VII, Párrafo 7.2, Programa de Acción, CIPD, 1994).

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

A partir del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo se definieron los elementos esenciales a incorporar en la atención de la salud reproductiva en el contexto de la *atención primaria de salud*²⁰:

- Información, educación y comunicación sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable.
- Información y acceso a métodos de planificación familiar que sean apropiados, seguros, efectivos, económicamente accesibles, y aceptados como consecuencia de una decisión informada.
- Provisión de servicios para un embarazo, parto y puerperio seguros.
- Prevención y tratamiento de las consecuencias del aborto y acceso a servicios en los casos en que este no es ilegal.
- Prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), inclusive el VIH/ SIDA y otras afecciones como el cáncer de mama o del sistema reproductor.
- Eliminación de conductas dañinas como la mutilación genital femenina, la violencia sexual o el tráfico sexual.

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

- Generar mecanismos para la participación comunitaria, en especial de las mujeres, en todos los niveles del sistema de atención de salud.
- Alentar la responsabilidad masculina en todos los aspectos vinculados a la salud sexual y reproductiva, brindando especial apoyo al empoderamiento de la mujer en la defensa de sus derechos reproductivos.
- Desarrollar programas innovadores para adolescentes y hombres adultos.

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

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

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

6. Derechos sexuales y derechos reproductivos

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

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

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

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

Los principios que enmarcan el Programa de Acción de la CIPD incorporan específicamente todos los derechos humanos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Principio 1). Esto incluye derechos políticos, civiles, económicos, sociales y culturales. Los principios expresan específicamente los derechos a la igualdad, a la no-discriminación, a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona (Principio 1); a un nivel de vida y de desarrollo adecuados (Principios 2 y 3); a la equidad de género (Principio 4); al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Principio 8), a la educación (Principio 10); a los derechos de los niños (Principio 11) y de los migrantes (Principios 12 y 13). Además, los Principios identifican las responsabilidades de la comuni-

dad mundial, y particularmente del Hemisferio norte (Principio 15), para lograr el desarrollo sostenible "como un medio de garantizar el bienestar humano, compartido en forma equitativa por todos" (Principio 6), para erradicar la pobreza (Principio 7) y para eliminar patrones insostenibles de producción y consumo (Principio 6). Las políticas de población son consideradas como un aspecto integral de las políticas de desarrollo diseñadas para mejorar la calidad de todas las personas (Principios 5 y 6) y al mismo tiempo se prohíbe la coacción en los programas de salud reproductiva (Principio 8).

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

En otras ocasiones, otros actores se han considerado los llamados a decidir sobre estos aspectos: los médicos²¹ (bajo el supuesto que el médico siempre sabe lo que es bueno para las mujeres), las jerarquías eclesiásticas católicas (las personas no deben usar métodos modernos; o la condena absoluta al uso del condón), los maridos (las mujeres tienen obligaciones sexuales con sus maridos aunque ellas no quieran). En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) se logró un consenso mundial acerca de que los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos, y la decisión en la materia les compete a las personas, tanto mujeres como hombres.

En la CIPD se mantuvo el término "derechos reproductivos" y se eliminó la referencia a los "derechos sexuales" presente en los borradores entre corchetes; el párrafo 7.3 estipula: "*...Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los*

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

documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos...” (Capítulo VII, párrafo 7.3, Programa de Acción, CIPD, 1994).

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

La ausencia de un texto que expresamente reconozca y ampare como tales –salvo algunos consensos, planes y plataformas del sistema de las Naciones Unidas que carecen de fuerza vinculante²² originó que su estatuto jurídico fuera relativamente débil. Sin embargo, a través de un legítimo ejercicio interpretativo de los instrumentos internacionales de derechos humanos que reconocen la libertad y autonomía, la dignidad humana, la igualdad y el derecho a la salud de todas las personas se incluyen estos derechos. Cada vez está más claro que los derechos sexuales y reproductivos se encuentran en la actualidad protegidos por la legislación internacional referente a los derechos humanos y otros documentos de las Naciones Unidas²³.

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

23 Entre los principales instrumentos legales internacionales que los apoyan se tienen los siguientes: Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976); Pacto de Derechos Económicos y Sociales (1976); Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1981); Convención sobre los Derechos del Niño (1990), Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena (1993), Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo (1994), Programa de Acción de la Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing (1995).

Cuatro conceptos éticos críticos, indispensables para la habilitación y la ciudadanía plena de las mujeres subyacen en la agenda de los derechos humanos con relación a la gama de temas debatidos en El Cairo.²⁴

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

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

respeto para la diversidad. Como tal, la ética de la igualdad aborda los peligros del universalismo formalista a través de la atención al contexto social y a los resultados concretos.

Es importante señalar que los derechos humanos en las esferas de la sexualidad y la reproducción no se agotan en derechos negativos. Los Estados tienen obligaciones positivas para garantizarlos y fortalecerlos. Para ello, el derecho internacional de los derechos humanos, contempla en los instrumentos internacionales obligaciones positivas, varias de ejecución inmediata²⁵, lo que incluye: medidas legislativas y de otra índole dirigidas a objetivos y resultados específicos a rendir por los Estados, mecanismos institucionales, y también prestaciones esenciales que todo Estado debe asegurar²⁶ a riesgo de exponer a las personas a daños, riesgos y desventajas inaceptables.²⁷ Incluso aquellas obligaciones de ejecución progresiva, cuyo cumplimiento es observado teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos de un Estado y las dificultades que pueda enfrentar, cada vez más son objeto de atención en cuanto pueden conllevar desempeños “de baja intensidad” en la construcción de capacidades esenciales para el disfrute de derechos y ejercicio de libertades. Estamos no solamente bajo la idea de *umbrales mínimos*²⁸ sino de niveles óptimos en torno a la salud, la autonomía de acción y la autonomía crítica.²⁹

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

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

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

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

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

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

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

Sin embargo, la coincidencia amorosa, el deseo sexual, la decisión de compartir la vida con otra persona, la paternidad y la maternidad no son decisiones públicas. Son expresiones individuales que conllevan la necesidad de generar condiciones que contemplen los derechos humanos como interdependientes para posibilitar su ejercicio. El esfuerzo en la generación de condiciones o capacidades es mucho menor que el esfuerzo en tipificar lo que es o no apropiado en materia de sexualidad. Así por ejemplo, se imparte escasa educación sexual y una deficiente educación pública, pero se sanciona a las adolescentes gestantes –no a los hombres que las embarazaron.

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

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

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

Los **derechos sexuales**, como parte de los derechos humanos, incluyen los derechos de las personas a tener control sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, y a decidir libre

y responsablemente respecto de esas cuestiones, libres de coerción, discriminación y violencia; y a disponer de la información y los medios para ello. (CMM)

7. El derecho a la participación

La participación ciudadana es un derecho que El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas definió como un aspecto importante de la implementación del derecho a la salud³⁰.

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

En la Cumbre de las Américas de Santiago de Chile (1998) los Jefes de Estado destacaron que “la fuerza y sentido de la democracia representativa residen en la participación activa de los individuos en todos los niveles de la vida ciudadana”. También asumieron el compromiso de profundizar la educación para la democracia y promover “las acciones necesarias para que las instituciones de los gobiernos se conviertan en estructuras más participativas”³¹. Posteriormente, en diciembre de 1999, tras un amplio proceso de consulta en el Hemisferio y en respuesta a los mandatos conferidos en las cumbres, la OEA adoptó la Estrategia Interamericana para la Promoción de la Participación Pública en la Toma de Decisiones sobre Desarrollo

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

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

Sostenible. En la Cumbre de Las Américas de Québec, en 2001, los Jefes de Estado y de Gobierno del Hemisferio reafirmaron su voluntad de trabajar “con todos los sectores de la sociedad civil y las organizaciones internacionales para asegurar que las actividades económicas contribuyan al desarrollo sostenible de nuestras sociedades”.

Alicia Ely Yamin (2003) advierte que el concepto de participación tiene una larga historia en el discurso de la salud. Su atractivo puede remontarse al fracaso de los modelos verticalistas de desarrollo dirigidos por el Estado en las décadas de los 50 y 60. En su lugar, los modelos de desarrollo participativo, los cuales posicionaban en su núcleo el fortalecimiento de la ciudadanía y el acceso a partir de las necesidades básicas de la gente, empezaron a ser propuestos en los años 70 bajo varios nombres como “desarrollo alternativo”, “desarrollo centrado en la gente” y “desarrollo comunitario”. En forma paralela a estas tendencias en el desarrollo hubo cambios en los modelos de prestación de salud. La declaración de Alma Ata de 1978 proclamó el reconocimiento internacional de la importancia del cambio de los modelos verticalistas de atención de salud curativa por la atención primaria de salud implementada a través de la participación comunitaria.

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

Briceño León (1999) revisa las diferentes significaciones que ha tenido el concepto de participación comunitaria en la salud y observa cómo los cambios experimentados en la sociedad latinoamericana han obligado a producir transformaciones radicales en la idea de participación durante los últimos cuarenta años. El autor comienza describiendo la participación en el *contexto de la guerra fría*, encontrando cuatro modalidades: la participación como manipulación ideológica, como mano de obra barata, como facilitadora de la acción médica y como subversión. Luego pasa a revisar la participación en el *contexto de la crisis de las ideologías* y allí describe dos modalidades: la participación como movimiento de base y como promoción popular. Finalmente interpreta las maneras que la participación adquiere en el *contexto de los programas de ajuste* y allí la describe como complemento del Estado y como privatización.

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

Muchas reformas del sector salud ponen énfasis en la participación de las personas a través de contribuciones en la forma de copagos, trabajo y tiempo voluntario, siendo entendida la participación como parte de la privatización de los servicios, o como un mecanismo para aumentar la eficiencia. Es preciso señalar que la mayoría de las definiciones de participación implícitas en las reformas no consideran la distribución desigual de poder y recursos dentro de las comunidades según género, clase, origen étnico, raza, edad, orientación sexual, y otras razones. Y son estas las preguntas que nos interesan si seguimos el enfoque de derechos humanos.

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

Efectivamente, y de manera particular en el sector salud³², las mujeres participan activamente en la fase de ejecución de los programas comunitarios, pero permanecen excluidas en las etapas de formulación, diseño y asignación de recursos; y son las principales proveedoras del cuidado de la salud en el ámbito doméstico. Las mujeres, con sus intereses, necesidades, perspectivas y demandas, no han recibido reconocimiento como grupo social que amerita ser representado y ante el cual es necesario rendir cuentas. Las decisiones son generalmente tomadas en nombre de las mujeres bajo la presunción de su consentimiento y de una comunidad de intereses con los hombres. Esta presunción, sin embargo, no corresponde a la realidad: cuando se ha consultado a las mujeres, las prioridades que ellas han expresado para sí mismas y sus familias han sido a menudo diferentes de las prioridades expresadas por sus familiares masculinos más cercanos o por los políticos y burócratas distantes.

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

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

En el campo de la salud, algunos consideran que la participación social se da dentro de los proyectos y programas mientras que piensan que es un derecho humano y básico del ciudadano, el cual es central para reclamar otros derechos sociales y políticos. (Gavanta, 2002). Visto desde esta segunda perspectiva, la participación en materia de salud es un derecho considerado central para lograr todo el resto de dimensiones de los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud. Fundamentalmente, en el campo de los derechos, la participación tiene que ver con el empoderamiento, mientras que en las reformas de la salud –en algunos casos o paradigmas– la participación es útil o instrumental para el fomento de metas, o de ciertas estrategias.

La participación en sus diferentes modalidades y espacios sociales puede viabilizar *“formas de relacionamiento social paritarias y democráticas que avancen, a la manera de espiral, hacia una calificación colectiva de las demandas con impacto en la esfera institucional”*³³. Sin embargo, es importante señalar que la capacidad para participar supone una situación inicial de autoestima individual, voluntad de aprendizaje, valoración individual de la capacitación y la organización; es esta capacidad inicial la que permite ingresar a un proceso de empoderamiento paulatino en el ámbito individual y colectivo, a través de la participación³⁴.

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

Los mecanismos de control social son al mismo tiempo resultado del proceso de democratización del país y requisito para la consolidación

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

34 *Ibíd.*

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

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

La *rendición de cuentas y la transparencia* también son fundamentales para un enfoque de derechos humanos en el ámbito de la salud. Un enfoque de derechos humanos afirma que el Estado tiene responsabilidad legal—no solamente moral o humanitaria— por los asuntos referentes a la salud sexual y reproductiva, y a la salud en general. Fundamentalmente, la rendición de cuentas se refiere a hacer responsables a los que se encuentran en los cargos públicos por su desempeño y por el resultado de sus decisiones. De este modo, el concepto de rendición de cuentas implica responsabilidad así como exigibilidad, incluida la exigibilidad legal. Es decir, deberían existir mecanismos y procedimientos para que la gente reivindique sus derechos en caso de violaciones, ya sean estos mecanismos judiciales o extrajudiciales como en las Defensorías del Pueblo.

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

sectoriales de participación y exigibilidad de derechos; la remoción de barreras para la participación, la construcción de capacidades y la ampliación de oportunidades para una participación inclusiva, plural e intercultural.

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

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

LAS METAS ORIENTADORAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CIPD

Σ LAS METAS ORIENTADORAS PARA LA
IMPLEMENTACIÓN DE LA CIPD

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

- Proveer antes del año 2015 de acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a los servicios conexos de salud reproductiva y salud sexual.
- Eliminar antes del año 2005 la discrepancia de género en la educación primaria y secundaria y lograr acceso universal de las niñas y los niños a la enseñanza primaria o su equivalente, tan pronto como sea posible y, en cualquier caso, antes del año 2015.
- Reducir en el año 2000 las tasas de mortalidad de los menores de un año y de los menores de cinco años en al menos un tercio, hasta no más de 50 y 70 defunciones por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, y hacia 2015, hasta menos de 35 y menos de 45 defunciones por 1000 nacidos vivos, respectivamente.
- Reducir en el año 2000 la tasa de mortalidad materna hasta la mitad de los niveles existentes en 1990 y en otra mitad hacia el año 2015 (concretamente, en los países donde los niveles de mortalidad son más altos, la reducción llegaría a menos de 60 por cada 100.000 nacidos vivos).

- Elevar la esperanza de vida al nacer a 75 años o más antes del año 2015.

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

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

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

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

1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre, reduciendo a la mitad la proporción de personas cuyos ingresos son inferiores a un dólar diario y la proporción de personas que sufren hambre;
2. Lograr la educación primaria universal, velando por asegurar que todos los niños y todas las niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria;
3. Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer, eliminando la disparidad de género en la enseñanza primaria y secundaria;
4. Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años;
5. Mejorar la salud materna, reduciendo en tres cuartas partes el índice de mortalidad derivada de la maternidad;
6. Frenar y comenzar a contrarrestar la propagación del VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades;
7. Velar por la sostenibilidad del medio ambiente, incorporando los principios de desarrollo sostenible en las políticas y programas de los países, reduciendo a la mitad el número de personas que carecen de acceso al agua potable y mejorando la vida de los habitantes de los tugurios;

8. Concertar una alianza mundial para el desarrollo, abordando la reducción de la pobreza, la gobernabilidad eficaz, el libre comercio, las necesidades especiales de los países menos adelantados, los países carentes de litoral y los pequeños Estados insulares, el problema de la deuda, el empleo de los jóvenes, el acceso a los medicamentos esenciales y el acceso a las tecnologías.

Si bien las organizaciones defensoras de la salud sexual y reproductiva han señalado que estas metas son un retroceso debido a la presión de las fuerzas opositoras a la CIPD que han despojado el contenido de salud reproductiva de su fuerza integradora, es preciso recordar, también, que estas metas no suprimen las metas asumidas por los Estados en los planes de acción anteriores. Más aún, la reducción de la muerte materna involucra un fuerte compromiso con la salud reproductiva y la equidad de género.

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

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

En la actualidad, muchos de los aspectos denominados “problemas de salud pública” son considerados cada vez con mayor fuerza como temas de derechos humanos de responsabilidad estatal; así, la mortalidad materna es un potente indicador del compromiso de los Estados con la salud de las mujeres, y no sólo es vista como un problema de índole social sino como una vulneración a los derechos humanos de la población. Las cifras de mortalidad materna en la Región son altas, situación grave si nos

detenemos a pensar que la mayoría de estos casos son evitables. En relación a los derechos humanos afectados por la mortalidad materna, Marcela Huaita, siguiendo a Cook, menciona los siguientes³⁵:

Cuadro 1. Derechos afectados por la mortalidad materna

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

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

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

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

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

LOS PROCESOS DE REFORMAS EN EL SECTOR SALUD

LOS PROCESOS DE REFORMAS
EN EL SECTOR SALUD

1. El contexto de las reformas

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

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

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

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

La región de América Latina y el Caribe, parece ser la más activa de las regiones en lo que respecta a las Reformas Sanitarias. A mediados de 1995 prácticamente todos los países o territorios de la Región consideraban la posibilidad de implementar alguna iniciativa para reformar sus sistemas de salud, sus políticas, o ambas cosas³⁶. Es un contexto restrictivo en términos financieros, y en algunos casos con colapso de los sistemas financieros y prestacionales de salud, donde se inician los llamados *procesos de reforma sectorial* como programas de compensación social³⁷ tendientes a intentar maximizar el logro de los objetivos sanitarios. Las reformas implicaron, con diferentes niveles de éxito, la reestructuración de la relación estratégica entre los distintos participantes del sector: financiadores, proveedores, reguladores o consumidores del sistema por un lado y la relación entre las diferentes funciones de los sistemas de salud: rectoría, organización, provisión y financiamiento por otro.

En la mayoría de nuestros países, donde la principal inversión en salud proviene del financiamiento de los hogares, surge una pregunta ¿cómo evitar que existan servicios de alta calidad para los que pueden pagarlos, y de mala calidad –o nada de servicios– para los que no pueden

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

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

costearlos?³⁸ Nos preguntamos cuáles son los costos de un plan básico de salud y las enfermedades o condiciones que están contempladas en éste. Igualmente deseamos conocer quiénes están en posibilidad de adquirir un paquete que ofrezca mejores condiciones que el básico y adónde se deberán dirigir todas aquellas personas que no tengan posibilidad de pagar. En el año 2002, el número de latinoamericanos que viven en la pobreza alcanzó los 220 millones de personas, de los cuales 95 millones son indigentes, lo que representa el 43,4% y el 18,8% de la población respectivamente³⁹. ¿Podrán los sistemas públicos de salud atenderlos bajo criterios de equidad y universalidad? La respuesta a estos interrogantes es central para el futuro de las reformas en la Región.

2. Los contenidos de las reformas

Aun reconociendo la diversidad de los procesos nacionales se identifica un lenguaje común en las iniciativas de reforma con el propósito general de mejorar el nivel de salud de toda la población y de abordar las profundas brechas de inequidad presentes en la Región. Las razones más comúnmente aducidas para iniciar un proceso de reforma sanitaria pueden ser resumidas del siguiente modo⁴⁰:

- Retos derivados de los cambios demográficos, epidemiológicos, socio-económicos y tecnológicos y de los complejos mosaicos en el interior de los países.
- Persistencia o profundización de inequidades en el Estado de salud, en el acceso y uso de los servicios, en los beneficios de los recursos para la salud, y en el financiamiento de los mismos. Las inequidades se expresan en diferentes formas de vulnerabilidad, exclusión o discriminación.
- Ineficiencia en la asignación de recursos humanos y económicos y en la gestión de los recursos y servicios.

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

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

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

- Limitada participación ciudadana en el diseño, implementación y evaluación de las actividades sanitarias.
- Deficiencias en el acceso y la calidad de los servicios, tanto desde la perspectiva técnica como desde el punto de vista de los usuarios y usuarias.
- Dificultades derivadas de la insuficiencia o la sostenibilidad del financiamiento y la provisión de los servicios de salud y en los mecanismos existentes de protección social.

La reforma sectorial en salud se ha planteado en la OPS como un *“proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad de sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud, realizada durante un período determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”*⁴¹.

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

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

Hilary Standing⁴² advierte cómo el lenguaje de las reformas del sector salud ha cambiado en esta década. La autora se refiere a una "primera

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

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

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

Según Martinic, *"la formulación de reformas y su puesta en práctica constituye un amplio proceso social y comunitario... las reformas que nos preocupan tienen por objeto producir cambios culturales que afectan los contenidos, las prácticas y las interacciones de los beneficiarios con los sistemas de atención. Este proceso de cambios se realiza en un complejo sistema de relaciones en el cual los actores intervienen con sus propios marcos de referencia desde los cuales precisan y definen sus intereses y las estrategias colectivas de acción"*⁴³. La forma que toman estos cambios, en general no se insertan en políticas de Estado de largo aliento, involucran la negociación de diferentes grupos lo que lleva a que las reformas sean un conjunto de programas, en ocasiones con objetivos contradictorios, rompiendo la idea de las reformas planificadas y escalonadas que se sugirieron a inicios de los años 90.

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

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

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

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

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

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

Standing (2000) alude tres razones para explicar este fenómeno que ha empezado a ser revertido parcialmente en los últimos años: en primer lugar, la brecha entre los discursos; pues mientras los reformadores se expresaban en un lenguaje gerencial-tecnócrata; las personas involucradas en la agenda de la CIPD presentaron un discurso de promoción y defensa; estos grupos de actores rara vez han tenido relación entre sí. En segundo lugar, la reforma se ha centrado en intervenciones en los mecanismos de financiamiento o gestión de recursos humanos, mientras que los segundos

se han preocupado más por la entrega y la calidad de los servicios. En tercer lugar, los reformadores consideraron la salud sexual y reproductiva como programas de interés especial en forma de programas verticales que fueron obviados en los procesos iniciales de las reformas, y por su parte los promotores de la salud sexual y reproductiva no se involucraron suficientemente en las reformas de los sistemas de salud.

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

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

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

En la revisión documental encontramos cómo las mismas definiciones son asignadas a conceptos diferentes. A continuación se detalla un conjunto de ejemplos relevantes:

1. Se intercambia, principalmente en los reportes estadísticos y epidemiológicos la categoría de género cuando se está hablando de mujeres

o de desagregación estadística por sexo, sin considerar la dimensión relacional y el análisis de poder que implica el análisis de género.

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

estos derechos, y en general del derecho a la salud, tienen limitado desarrollo.

6. A pesar de ser una región demográficamente joven, llama la atención la poca participación de programas para adolescentes y jóvenes en los procesos de reforma; o son asignados a programas infantiles o de personas adultas. En los programas diferenciados existentes los y las adolescentes son considerados como portadores de múltiples problemas de salud sexual y reproductiva, sin considerar a la persona joven desde una perspectiva de desarrollo humano y la sexualidad como una dimensión central para el desarrollo y la salud de los y las adolescentes y jóvenes. En general, los programas de salud para adolescentes, en América Latina coinciden en presentar los siguientes rasgos:
 - justifican su necesidad en el aumento de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual; la sexualidad es así un fenómeno inevitable más que un derecho. En última instancia, el verdadero “problema” es la propia sexualidad de los adolescentes,
 - se parte de la idea de que la adolescencia es una etapa crítica y los jóvenes son seres humanos incompletos e incapaces de tomar decisiones,
 - el objetivo último es la modificación o la adopción de comportamientos más sanos desde un paradigma biomédico y categorizados en actuaciones de riesgo y no-riesgo,
 - se tiene en cuenta sobre todo el enfoque biológico, algunas veces el psicológico y pocas veces el contexto social del o de la adolescente,
 - el lenguaje médico aparece como el lenguaje legítimo para hablar de sexualidad,
 - se hace alusión a los mitos existentes en el terreno de la sexualidad como *ideas falsas*, combatidos desde una racionalidad científica, sin tener en cuenta los significados culturales que pueden encerrar. Algunos de estos aspectos son también aplicables en el caso de la población adulta.
7. En general, en relación con la salud de las mujeres se presenta un enfoque reduccionista y paradójico en la mayoría de las reformas: como ya se señaló, la atención de la salud de la mujer es entendida

como atención del aparato reproductor; se medicalizan los procesos fisiológicos como la menarquia, el embarazo o la menopausia expresados en el alarmante incremento innecesario de cesáreas, terapias hormonales o histerectomías a las que son sometidas las mujeres. Se buscan explicaciones únicamente en la esfera ginecológica de los problemas frecuentes en las mujeres como la osteoporosis y la anemia, o se atienden desde estas profesiones, a falta de recursos especializados, como es el caso del abordaje de la salud mental. En otras oportunidades no se abordan los impactos en la salud sexual y reproductiva que tiene por ejemplo la violencia basada en género, principalmente la violencia sexual al incluirse este problema en los programas de salud mental en la mayoría de los países de la Región o solo desde un enfoque preventivo.

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

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

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

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

1. Financiamiento

La decisión de cuánto asignar al sistema de salud es una decisión social para la cual no existe una respuesta correcta única⁴⁴. Si se toma en cuenta que las mujeres tienen mayor necesidad de servicios de salud, los impactos del mecanismo de financiamiento son especialmente relevantes desde el enfoque de género.

Cuando el financiamiento de los servicios de salud descansa fundamentalmente en el pago de bolsillo de los hogares, se compromete gravemente la equidad, la eficacia y la eficiencia del sistema sanitario. Petrerá

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

(2002) señala que se afecta la equidad, porque el acceso se restringe solo a quienes pueden pagarlo, con lo que se excluye a los miembros más vulnerables de la sociedad, o muchos de ellos se vuelven aún más pobres al tener que incurrir en dichos gastos (Petrera, 2002, citando a Gertler y Van der Gaag, 1990, Bitran y McInnes, 1993, Lavy y Quigley, 1993, Nyonator y Kutzin, 1999).

Esto último es parte de lo que se denomina riesgo financiero en salud, y ocurre cuando el pago de las intervenciones en salud tiene un costo elevado con relación a la capacidad de gasto de las personas. Se perjudica la eficacia, porque muchos bienes públicos⁴⁵ esenciales para la salud de la población no tendrán el financiamiento requerido ya que inclusive las personas con ingresos suficientes no estarán dispuestas a adquirirlos (Petrera, citando a Musgrove, 1996). Finalmente, se deteriora la eficiencia, porque no es posible distribuir el riesgo financiero entre los miembros de un fondo común, ya que el financiamiento individual de bolsillo impide que este se comparta.

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

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

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

ra universal tienen mayores posibilidades de mejorar la salud y el sistema de salud en el largo plazo (Petrera, 2002).

Tanto en las pensiones como en la salud previsional privada de capitalización individual ha operado una selección adversa. Los sistemas privados perpetúan las desigualdades sociales y de género y son discriminatorios para las mujeres. Entre otras razones, la selección adversa opera porque las reformas a la seguridad social fueron diseñadas basándose en una serie de supuestos para un determinado perfil de ciudadano: el trabajador dependiente del sector formal de la economía, con contrato indefinido e ingresos suficientes y regulares, con los cuales cotizaría tanto al sistema de pensiones como a la salud previsional.

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

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

Algunos datos para la reflexión

Panorama social de América Latina 2002-2003. CEPAL

- En todos los países de la Región el índice de feminidad de la pobreza alcanza valores superiores a 100 entre la población de 20 a 59 años, edades en que la vulnerabilidad femenina frente a la pobreza es mayor.
- El porcentaje de mujeres mayores de 15 años sin ingresos propios supera ampliamente el de varones. En las zonas urbanas 45% de las mujeres no obtienen ingresos propios mientras que sólo 21% de los hombres se encuentran en esta situación.
- El trabajo doméstico no remunerado y de reproducción imprescindibles para la sobrevivencia de los hogares se encuentra casi totalmente en manos de las mujeres, tanto en las áreas rurales como en las urbanas
- La pronunciada segmentación ocupacional entre ambos sexos prácticamente no se modificó durante la década de los noventa. Aunque se produjo un leve descenso entre las ocupadas en el servicio doméstico y en los servicios personales, el sector terciario sigue concentrando el empleo femenino.
- Los análisis de uso del tiempo muestran las desigualdades de género en la distribución del trabajo al interior del hogar. Estos indican que las mujeres destinan más tiempo a actividades no remuneradas que los hombres, y que tienen jornadas de trabajo más largas que van en detrimento de sus niveles de salud, nutrición, participación ciudadana y recreación.
- El aporte de las mujeres al total de ingresos del hogar, particularmente de los pobres, es especialmente significativo debido al impacto positivo que éste tiene en la reducción de la pobreza.
- Las brechas del ingreso por sexo son más pronunciadas a medida que aumenta el número de años de estudio. Como promedio, en la Región la remuneración por hora de las mujeres con 13 o más años de educación es alrededor de 30% más baja que la de los hombres. Se puede concluir que la educación para las mujeres, particularmente la de ciclo superior no tiene el mismo retorno que para los hombres, es decir no se traduce en igualdad de ingresos para los mismos años invertidos en educación.
- En el plano del poder político, América Latina presenta una lenta y muy volátil evolución de la participación de las mujeres tanto en puestos electivos como en aquellos de decisión política. Sólo los países donde rige una cuota obligatoria han mostrado progresos significativos.

Por otro lado, las mujeres representan más del 70% de la fuerza laboral en salud y son las principales gestoras y proveedoras de atención dentro de la familia y la comunidad (Gómez, 2001). La autora señala que *“En efecto, más del 85% de la atención de la salud ocurre fuera de los servicios y esta atención es provista mayoritariamente por mujeres en el hogar y en la comunidad de manera gratuita”*. La experiencia internacional evidencia que la mayor parte de los países desarrollados dependen principalmente de los impuestos generales o de las contribuciones obligatorias a los seguros sociales de salud, mientras que los países en vías de desarrollo se supeditan más al pago de bolsillo. En América Latina y el Caribe, aquellos países con menores ingresos relativos en la Región cuentan con una proporción de su gasto total en salud mayoritariamente concentrado en pagos de bolsillo. Ello demuestra la poca capacidad regulatoria y financiera del sector público. El gasto de bolsillo es considerado la forma más regresiva y catastrófica de financiamiento de la salud.

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

Los países que optaron por reformas con un amplio desarrollo de sistemas privados de seguros de salud, los costos para las mujeres son mucho más altos al operar estos seguros sobre la base del riesgo de salud (más elevado en las mujeres por los procesos biológicos vinculados a la reproducción); o bien el conjunto de prestaciones es mucho menor (estos seguros operan sobre la base del ingreso). En el caso de Chile a través de las ISAPRES, las mujeres pagan el doble que los hombres por sus planes de salud, con un máximo de 3,1 veces más en el grupo de 30 a 35 años (Pollack E., 2002).

Cuadro 2. Pago promedio mensual en el sistema de las instituciones de salud previsual (isapre) por edad y sexo del cotizante (Pesos chilenos a agosto 2001)

Edad	Hombre	Mujer	Relación de cotización entre hombre y mujer
20	16 352	39 270	2,4
30	17 747	54 410	3,1
40	20 214	48 482	2,4
50	28 085	47 711	1,7
60	48 963	59 631	1,2
70	80 021	72 356	0,9

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

También se discute la pertinencia del “copago”, o los “mecanismos de recuperación de costos”, que es otro mecanismo financiero introducido por las reformas con el objetivo de incrementar el financiamiento o racionalizar la sobreutilización de atenciones. Sin embargo, su efecto ha sido reducir la demanda indiscriminadamente, afectando particularmente a los pobres⁴⁶ y principalmente a las mujeres quienes son la mayoría en el uso de los servicios.

Otro efecto adverso es la falta de inversión en actividades preventivo-promocionales que, en el caso de la salud reproductiva, están referidas a la detección de cáncer ginecológico, el control prenatal, las pruebas diagnósticas, etc. Esta realidad ha sido documentada por Bianco (1996) para el caso argentino. Medicamentos, consultas, análisis y diagnósticos pueden generar un costo que trasciende las posibilidades económicas de muchas mujeres, obligando a retrasar la búsqueda de ayuda para sus problemas de salud y enfrentar, en consecuencia, un riesgo mayor de enfermedad y muerte. En una encuesta realizada en 70 países, los abonos o copagos se mencionan como el principal obstáculo para la obtención de las metas de programas de salud reproductiva (Maceira, citando a WEDO, 1999).

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

Otro aspecto importante es la invisibilización del aporte financiero de las mujeres. En efecto, la mayoría de la producción de cuidado de la salud ocurre fuera de los servicios y esta atención es provista mayoritariamente por mujeres en el hogar y en la comunidad de manera gratuita. Sin embargo, esta contribución no se refleja en las cuentas nacionales de los países.

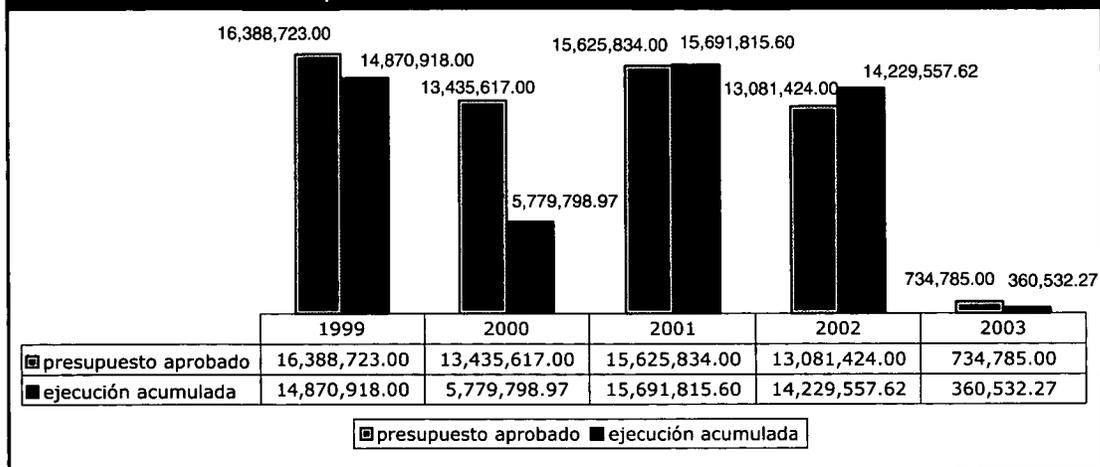
Bronfman (2002) estudia las diferentes formas de prestación de servicios de salud que tienen consecuencias importantes en la respuesta al VIH/Sida. En aquellos países donde el sistema de salud es de tipo solidario, es decir que descansa en el principio de que el cuidado de la salud es un servicio público proporcionado por el Estado, la cobertura para VIH/Sida es total y está administrada por el Estado, como en el caso de Cuba; en aquellos sistemas basados en la seguridad social, la cobertura para VIH/Sida también es universal y está administrada por el sistema de seguridad social, como es el caso de Costa Rica; en los sistemas plurales, que descansan en el principio de que la salud es un servicio o bien para el consumidor, la cobertura para VIH/Sida es para la población asegurada y la administración es mixta, pública y privada, como en el caso de México, Brasil y Honduras, y finalmente, en los sistemas de libre mercado, donde el cuidado de la salud es considerado un objeto de consumo personal, la cobertura de VIH/Sida se limita al sector privado, como es el caso de Chile, Colombia o Argentina.

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

Por ejemplo, al revisar el presupuesto y la ejecución del Programa de Planificación Familiar del Ministerio de Salud de Perú se observa que existen tres problemas (ver figura 1): 1) un progreso inadecuado en el presupuesto que es regresivo, siendo especialmente preocupante la situación en el 2002 y en lo ejecutado en el 2003; 2) una brecha entre el presupuesto aprobado y el ejecutado, con excepción del año 2001, y 3) no aparece una tendencia en la planificación del presupuesto. En este ejemplo existen datos sobre los recursos, aunque excesivamente agregados y con la información disponible, la sociedad civil no puede hacerse una idea cabal de cuáles son las razones de estas inconsistencias. Preocupa una tendencia

regresiva en la inversión en planificación familiar, no acorde con las necesidades no satisfechas recogidas en las encuestas de demografía y salud, donde de acuerdo a las necesidades, la tendencia debería ser inversa.

Figura 1. Ministerio de Salud de Perú. Presupuesto aprobado y ejecución acumulada en planificación familiar (en soles). Años 1999 – 2003



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

En general podemos afirmar que hay escasez de información y estudios regionales sobre los impactos de distintas modalidades financieras en la población. Es importante ampliar la información sobre:

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

La evaluación de las Cuentas Nacionales y el Desarrollo de Metodologías para visibilizar el trabajo comunitario y doméstico en salud son de la mayor importancia, así como también la revisión de los sistemas de categorización del presupuesto con el fin de que sean más comprensibles y sensibles a las diferencias entre lo que se invierte en la salud de hombres o mujeres y en los diferentes programas. También reviste gran importancia el estímulo al análisis independiente de los presupuestos públicos.

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

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

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

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

La tradicional relación entre el Estado y la sociedad en las áreas sociales se basa en una división del trabajo en que el Estado ejecuta y la sociedad “colabora”. La población no participa en el momento de la formulación, acompaña la gestión y vuelve a ser soslayada en el momento de la

evaluación de las políticas y programas sociales. En general, es preciso señalar como una limitante la poca experiencia ciudadana en acciones de fiscalización, control social y planificación. La eficiencia en la asignación de los recursos públicos y el control nacional de los presupuestos es un ámbito de poco desarrollo. En la última década muchas organizaciones, en sus relaciones con los Estados, han sucumbido a un falso dilema que coloca como incompatibles el diálogo y la vigilancia social. (Güezmes, 2002)

En entrevistas realizadas con usuarias y proveedores en los servicios de Perú (Güezmes, 2002) se advierte la percepción generalizada de que la participación de la comunidad ha mejorado, que existe una mayor organización o empoderamiento de las organizaciones en su relación y negociación con el sector, y una mayor preocupación de los profesionales por lo que llaman el “trabajo extramural en salud”⁴⁷. Siguiendo el ejemplo de Perú, existe en el país un conjunto de iniciativas, de diálogo y concertación social (mesas de trabajo, asociaciones, cabildos, etc.), como también de la cogestión en salud en búsqueda de una “democracia desde abajo”. Sin embargo, la mayoría de estas iniciativas no cuentan con respaldo institucional y son espacios de consulta y diálogo sin vinculación con las políticas locales.

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

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

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

La Rosa (2003), a partir del estudio de casos sobre Centros Locales de Administración de Salud –CLAS en Perú– define cuatro características del marco institucional que la autora presenta como política tradicional frente a las estrategias de participación comunitaria y que pueden ser aplicadas a muchos de los procesos de reforma de la salud: a) es sectorial (no multisectorial), su actuación está restringida al trabajo del servicio de salud; no hay incentivos ni instrumentos, ni directivas expresas en dirección a la multisectorialidad; b) el diseño de las prestaciones se realiza desde la oferta, vale decir, que la comunidad elige dentro de un menú establecido, no genera el menú, ni se le permite rehacerlo. c) La implementación de la política, está sostenida en una oferta de servicios regular definida en niveles centrales, sin tener en cuenta el perfil epidemiológico y social de las zonas; d) la ejecución se efectúa en el nivel local, pero el nivel central conserva para sí la capacidad de visar los planes y autorizar los presupuestos para su cumplimiento.

Un marcador clave para analizar el carácter intersectorial del sector salud es el abordaje del problema de la violencia basada en género, reconocido hace ya una década como prioridad internacional de salud, que además requiere respuestas claramente multisectoriales en políticas y redes de servicios. Sin embargo, la mayoría de los países no han desarrollado modelos de atención integrales, las estadísticas son incompatibles y aisladas, y el abordaje es marginal desde programas que no cuentan con fondos ni la suficiente presencia en los establecimientos de salud. Güzemes (2002), plantea cómo, a pesar de los procesos de descentralización o desconcentración y el discurso de la promoción de la salud, persiste una limitación histórica del sistema sanitario para pensar más allá de la enfermedad y de la provisión biomédica de servicios de salud. Se trata entonces de pensar en cambios de políticas no solo en los contenidos y en las estructuras, sino también en la cultura institucional.

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

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

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

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

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

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

La descentralización

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

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

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

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

miento pueden imponerse con fuerza y ser legitimados cuando la implementación depende de la voluntad local.

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

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

En otros casos, la descentralización ha tenido efectos adversos debilitando a las autoridades sanitarias en la compra estratégica de insumos como anticonceptivos y medicamentos. Muchas veces las autoridades regionales o estatales han limitado los servicios o aplicado el exceso de gasto a las personas a través de copagos, afectando principalmente a las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva. Varios países están adoptando con el apoyo del FNUAP, estrategias para la compra de insumos anticonceptivos al por mayor, frente a un financiamiento regresivo de la cooperación internacional y no suficientemente progresivo del tesoro público⁴⁸. La producción de anticonceptivos genéricos ha sido poco desa-

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

rrollada en la Región. Hacer evidente los conflictos entre el derecho a la propiedad intelectual (patentes de medicamentos) y el derecho a la salud ha ayudado a avanzar en acuerdos internacionales que se han usado en otros campos de la salud reproductiva como los ARV (antirretrovirales).

La organización Médicos Sin Fronteras, receptora del Premio Nobel de la Paz señala⁴⁹ como el debate internacional de los últimos cuatro años sobre el impacto de las normas comerciales internacionales en la salud pública y el acceso a los medicamentos, ha suscitado preocupación en cuanto a los efectos de la protección de la propiedad intelectual (en especial las patentes) sobre los precios y el acceso a los medicamentos. Sin embargo, el derecho a la salud ha sido priorizado por primera vez en el Acuerdo sobre Aspectos sobre Derechos de Propiedad Intelectual relativos al Comercio (ADPIC) de la Organización Mundial de Comercio (OMC). Fue reforzado en la IV reunión ministerial de la OMC en Doha (Qatar) en noviembre de 2001 en la *Declaración Ministerial sobre el Acuerdo de ADPIC y la Salud Pública*, conocida como la "Declaración de Doha".

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

La Rosa advierte que los procesos sociales no son lineales. La autora describe cómo, para Perú, una reforma sanitaria es un gran cúmulo de innovaciones de diferentes dimensiones y calidades, con procesos incre-

49 Ver mayor información de la Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales que está desarrollando esta organización en <http://www.accessmed-msf.org/>

mentales dispersos, y en algunos casos, disímiles. Por ejemplo, simultáneamente a la instalación de los CLAS, Perú aumentó la inversión en el programa de planificación familiar, que fue posteriormente denunciado por el movimiento de mujeres ante las distintas instancias de poder en el Perú y ante la comunidad internacional, dadas sus distorsiones de diseño e implementación que causó violaciones de derechos humanos y sus efectos terribles para la vida de por lo menos un centenar de mujeres pobres. Esta situación obligó a corregirlo y llevó a la generación de una nueva normatividad. Esto ilustra la forma en que, por un lado se impulsó una forma de participación comunitaria en la gestión para “garantizar el derecho a la salud” y por otro lado, se implementó una política que sistemáticamente violó derechos humanos básicos, como el consentimiento informado.

Sin embargo, este cambio sustantivo que traslada estas decisiones fundamentales a las personas es todavía retórico. Por ejemplo, vale la pena seguir con el ejemplo peruano para dejar claro que las políticas del gobierno de Fujimori (controlistas) y los ex-Ministros de Salud bajo el gobierno de Toledo (pronatalistas) compartían por lo menos tres de los mismos defectos desde una perspectiva de los derechos humanos: en primer lugar, ambas políticas discriminaban a la mujer, cuya salud y capacidad reproductiva estaban en discusión y cuya autonomía y decisiones no fueron respetadas en ninguno de los dos casos –ya sea la decisión de no usar anticoncepción quirúrgica bajo la administración de Fujimori o la decisión de hacerlo, o incluso siquiera obtener a veces anticonceptivos bajo la administración del Ministro Carbone-. En segundo lugar, ambas administraciones trataban a la mujer –en particular a la mujer campesina pobre– como objeto de una política específica en lugar de tratarla como sujeto y persona poseedora de derechos. En tercer lugar, no hubo –y aún no hay– un sistema de rendición de cuentas a través del cual los individuos o grupos de mujeres puedan reivindicar sus derechos en caso de violaciones a sus derechos⁵⁰. En el fondo lo que sigue en juego es el poder de las mujeres y su autodeterminación para controlar su fecundidad.

La Rosa también encuentra en su estudio sobre CLAS cómo la participación puede concentrarse en algunos actores y no en otros. En su estudio reconoce el empoderamiento y la mejoría en la participación de las mujeres organizadas, juntas vecinales y promotores adultos de salud. Simultáneamente, el modelo CLAS ha excluido a las y los adolescentes y jóvenes y a las organizaciones diversas (las vinculadas a iglesias, partidos

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

políticos, arte y deporte), así como a instituciones sustantivas del ámbito de la salud, como son, los colegios, comisarías y ONG. Estas instituciones son convocadas para la implementación de acciones en cuya planificación no tomaron parte.

Nigenda et al. (2002) a través de cuatro estudios de casos para México, encuentran que son problemas críticos de la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva: a) la escasez de medicamentos y anticonceptivos; b) problemas en la detección de cáncer del cuello uterino por aspectos relacionados a la logística y el procesamiento de las muestras y c) gran variabilidad en la asignación de recursos humanos entre estados y zonas rurales y urbanas. Sin embargo, se perpetua un patrón de desigualdad en el que las localidades con mayores necesidades de atención a la salud tienen la menor asignación tanto de médicos como de enfermeras.

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

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

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

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

A pesar de que la mayoría de los problemas de salud pública son comunes en la Región, el número de intervenciones que incluyen los paquetes de atención varía significativamente entre los distintos países, y aun dentro de los mismos. Cuando se analiza específicamente la relación entre las políticas de priorización y las intervenciones de Salud Sexual y Reproductiva, se encuentra una serie de prestaciones caracterizadas como centrales dentro de las reformas de salud a través de programas verticales como la llamada planificación familiar (con diferentes mezclas anticonceptivas y copagos en los diferentes países⁵¹) y la atención materno-infantil que en muchos de los países se limita a la atención de la “madre” en los problemas relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio, con diferentes niveles de exclusión.

Por ejemplo, en Perú no se considera la atención de las complicaciones del aborto (a pesar de haberlo declarado un problema de salud pública) dentro del seguro integral de salud; o la dosis de AZT, o excepcionalmente los antirretrovirales que se ofrecen a las gestantes portadoras del VIH se destinan solo a prevenir la trasmisión vertical, pero no cubren las necesidades de la mujer ni se mantiene el tratamiento después del nacimiento, configurando un ejemplo de exclusión de la mujer no embarazada y de los propios niños que verán morir a sus madres. En otros casos, los

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

programas de salud reproductiva están únicamente dirigidos, por intención o por resultado, a las mujeres en edad reproductiva, con limitado acceso de los hombres y de los jóvenes y adolescentes de ambos sexos.

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

- No todos los países llevan la información sociodemográfica actualizada, varios de ellos no tienen cobertura nacional y las inconsistencias de los datos son frecuentes. Por otra parte, hay problemas de transparencia y acceso a la información. La ausencia de datos es una barrera importante para considerar las necesidades de las mujeres en las priorizaciones de salud pública. La mayor dificultad es el vacío de información desagregada que dé cuenta del financiamiento dirigido a programas, planes e intervenciones, o las intervenciones se encuentran separadas en diferentes rubros presupuestales, lo que hace difícil su análisis.
- Importantes aspectos de la salud como el aborto inseguro, la violencia basada en género, las ITS, en su mayoría asintomáticas, e incluso aspectos como la mortalidad materna están subregistrados o no registrados en los reportes sobre la situación de la salud de los países. En la medida que la priorización de la salud se basa en la magnitud de los problemas calculada a través de su incidencia o prevalencia, la salud sexual y reproductiva, por razones de estigma o prejuicios, estaría siendo infravalorada en la determinación de las necesidades.
- Aunque se reconozca la necesidad de intervenir en la salud reproductiva, existe desconocimiento de las obligaciones de género y en materia de derechos sexuales y reproductivos que vinculan a los Estados. En algunos países las fuerzas conservadoras políticas, sociales y económicas limitan las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva, restringen la aproximación a la sexualidad y la puesta en marcha de programas planteados desde un enfoque integral, especialmente en relación con los adolescentes y los niños
- Existe una falta de correlato entre las recomendaciones de la CIPD y las situaciones reales generadas a partir de las reformas sectoriales de salud y seguridad social. Sus consecuencias se expresan en la falta o en la disminución de acceso a los servicios de salud reproductiva relacionadas con la privatización de servicios, cuyos sistemas de

seguros establecen mayores barreras económicas, entre otras discriminaciones señaladas en el capítulo de financiamiento para las mujeres en edad fértil.

- En algunos países, las dificultades para generar leyes y consensos intersectoriales acerca de determinados conceptos o abordajes de temas y problemas, provocan un vacío de liderazgo en el espacio gubernamental y enlentece los procesos de implementación del programa de acción, incluidos los vínculos con la sociedad civil.
- Las presiones de las jerarquías de los sectores religiosos tradicionales sobre los gobiernos, para reducir, omitir o modificar conceptos, contenidos y criterios operativos respecto del género, la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos, además de debilitar la autonomía gubernamental, frenan o retrasan la concreción de la CIPD.
- La lentitud con que se producen las necesarias transformaciones culturales, se ve en muchos casos potenciada por insuficientes políticas de comunicación o por prácticas de censura en la difusión de mensajes acerca de la sexualidad que contradicen la ética de los derechos humanos.

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

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

Desde la perspectiva epidemiológica, el criterio histórico para elaborar prioridades está centrado en indicadores de mortalidad, que no

benefician a las mujeres, como ya se ha sustentado. Como un avance se desarrollaron los indicadores de carga de enfermedad como AVISA (años de vida saludables) o DALYs (años de vida ajustados por discapacidad) pretendiéndose con ello tener medidas objetivas, las cuales tendrían implicancias concretas en la priorización de problemas de salud y por tanto de las intervenciones "Básicas".

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

La autora critica el hecho de que este indicador no permite medir la morbilidad y la mortalidad prevenidas a través de intervenciones en la salud sexual o reproductiva. Allotey y Reidpath (2003) señalan cómo la salud reproductiva no se aprecia en el marco epidemiológico que se asigna a las enfermedades únicas. El sesgo de asignación se produciría al tener que decidir cómo asignar una malaria grave durante el embarazo: ¿cómo un tema de salud reproductiva o de enfermedades tropicales? En la larga lista de condiciones potenciales que contribuyen a la morbilidad reproductiva, muchas de ellas son de etiologías complejas o de cadenas de causalidad múltiple, u originadas en factores sociales o económicos; o los contextos en que ocurren las dolencias no son considerados en la medición que usa criterios de riesgo biomédico.

En muchos países se ha producido además un incremento desregulado del mercado de prestación de servicios de salud en el cual actúa una amplia variedad de proveedores, desde las instituciones del sector público, los participantes del sector privado, y las ONG hasta los proveedores tradicionales. Las reformas en el campo de la salud han fallado generalmente en reconocer esta diversidad, procediendo como si la prestación proviniera de un sistema público. Por otro lado es importante reconocer el

rol del sector privado, principalmente de las ONG en la provisión de servicios no asumidos por el Estado. Son estos grupos los que han introducido la provisión de anticonceptivos, el mercadeo social de los mismos, la atención al aborto legal. Por otro lado, no se puede desconocer que en la mayoría de los países la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva sigue estando principalmente a cargo del sector público.

Cabe agregar que, en las aplicaciones de la reforma se ha priorizado la eficiencia en la gestión, se discuten los mecanismos de pago a los proveedores, la participación del sector privado en las prestaciones y la contención de costos hospitalarios. Sin embargo, se ha insistido poco en la pobre asignación al sector en los presupuestos de la Región, que en muchos países han disminuido en términos porcentuales⁵².

Y finalmente, se menciona en el discurso de los reformadores otros mecanismos de contención de costos de carácter estructural como la lucha contra toda forma de corrupción⁵³ en el interior del sector, o las negociaciones conjuntas para disminuir el precio de las medicinas o de los anticonceptivos, o para hacer prevalecer la salud frente a los derechos de propiedad intelectual; o incluso aquellos referidos a una adecuada reasignación de intervenciones entre los niveles de atención, entre profesionales de salud, la acreditación de los servicios y el establecimiento de redes de atención. Lo que se pretende señalar es que, reconociendo la necesidad de avanzar en la equidad, calidad y eficiencia de los sistemas, la carta de posibilidades es amplia y limitadamente explorada. Así las reformas se implementan con menús cerrados que forman parte de los acuerdos realizados con las instancias financieras internacionales.

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

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

5 REFLEXIONES FINALES

R E F L E X I O N E S F I N A L E S

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

para darse cuenta de ello. Este ejemplo es especialmente relevante en la medida que múltiples estudios reportan que no hay asociación clara entre la situación socioeconómica y la prevalencia de violencia de pareja contra las mujeres.

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

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

La incorporación de la perspectiva de género en las políticas de reforma enfrenta cuatro desafíos fundamentales:

1. La generación de conocimiento

Se requiere una agenda propia de investigación cuyos estudios permitan delimitar en profundidad la forma en que se organiza aquella y el impacto que produce cada reforma sanitaria –tanto desde el punto de vista de las intervenciones realizadas como desde las no desarrolladas– a fin de

clarificar las relaciones de los distintos tipos de reformas sobre la equidad de género en salud, la salud sexual y reproductiva en los niveles nacionales, regionales y locales de la Región –incluyendo información comparable entre los países y el interior de estos–; así como los riesgos, beneficios e impactos diferenciales que las reformas conllevan para los diferentes grupos sociales, sobre las diferentes generaciones o ciclos de vida y para los hombres y las mujeres.

Es preciso destacar que las reformas introducidas en el sistema de salud han estimulado el debate sobre su impacto en los sectores más vulnerables en términos de pobreza. Sin embargo, las dimensiones de género, etnia, edad, discapacidad y otras han recibido mucho menos interés. Lo mismo ha sucedido con los estudios sobre la interculturalidad. Este es un tema emergente en la medida que las sociedades latinoamericanas son multiétnicas. En este sentido se requiere el desarrollo de marcos conceptuales de investigación e intervención que consideren la inequidad como producto de un conjunto de determinantes incluida, entre otras, la pobreza.

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

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

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

2. La institucionalización de políticas

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

Se requiere también realzar la importancia de la investigación en la administración pública y fortalecer los vínculos entre la generación del conocimiento y su utilización por diferentes actores, como medio de promover la toma de decisiones basada en las evidencias.

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

3. El impulso a los mecanismos institucionales de participación

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

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

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

4. La formación de recursos humanos

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

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

5. El estímulo a los sistemas de vigilancia

Se requiere potenciar el desarrollo de metodologías e indicadores y su aplicación local, nacional y regional para producir evidencia cuantitativa y cualitativa sobre el progreso adecuado de los marcos normativos nacionales, las políticas públicas, los presupuestos, los programas y proyectos, los resultados y los impactos en la equidad en salud, en la equidad de género y en la salud sexual y salud reproductiva; así como en los determinantes de la salud de manera contextualmente específica, pero asumiendo

el desafío de la comparabilidad regional e internacional. Es importante considerar en estos monitoreos los estándares y compromisos que los Estados han asumido.

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

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

M Foucault, 1978⁵⁴

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

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

R E F E R E N C I A S B I B L I O G R A F I C A S

- Aitken, IW. (1998) Decentralization and Reproductive Health. Draft forthcoming in Kolehmainen-Aitken, R.L. (ed.) Myths and Realities about Decentralization of Health Systems Boston: Management Sciences for Health.
- Anand, Sudhir y Sen, Amartya, (1995) *Gender inequality in human development: Theories and Measurement*. Nueva York: Human Development Report Office, Occasional Papers, No. 19. En: <http://www.undp.org/hdro/oc19a.htm>
- Arroyo, J., Chávez, S., Cáceres, E., Ríos, M (2004) *Vínculos entre la salud pública y los derechos humanos*. Lima; Consorcio de Investigación Económica y Social.
- Beauvoir, Simone de. (2000) *El segundo sexo*. Trad. Alicia Martorell Madrid: Ediciones Cátedra.
- Bianco, Mabel. (1996) *Fecundidad, Salud y Pobreza en América Latina. El caso argentino*. Buenos Aires: Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer.
- Booker, Salih & Minter, William. (2001). "Global Apartheid". En: *The Nation*, Julio 9, 2001. Nueva York.
- Braveman, Paula. (1998) *Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low and Middle-Income Countries*. Geneva: WHO-OMS.
- Bronfman M, Herrera C. (2002) *El VIH/Sida: un tema social, económico y político* (Mimeo) Versión preliminar, título por definir.

- Cardarelli G, Rosenfeld M. (1998) *Las participaciones de la pobreza. Programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- CEPAL (2003). *Panorama Social de América Latina 2002-2003*. LC/G2209-P/E.
- Correa S. y Petchesky, R. (1994). "Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective". En G. Sen, A. Germain y L.C. Chen (Ed.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Doyal L, Goung I. (1994) *Teoría de las Necesidades Humanas*, Madrid: Icaria.
- Elson Diane y Gideon Jasmine (2000) *El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el empoderamiento de las Mujeres*, Traducc. Paulina Witt, Ediciones Flora Tristán, Serie Desafíos, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para las Mujeres, Lima.
- Foucault, M. (1978) *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI
- Gavanta, J, Shankland, A & Howard, J. (2002) " Introduction: Making Rights Real: Exploring Citizenship Participation and Accountability" En: *IDS Bulletin*. Sussex: Vol. 33, No. 2.
- Gómez, Elsa (2001) *Equidad, Género y Salud*. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS
- Gómez, Elsa (2000) *Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina y El Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS
- Gómez Gómez Elsa . (1998) "Políticas de reforma de los sistemas de salud y seguridad social - Incorporando la perspectiva de equidad de género" En: *Revista Mujer Salud*. Santiago de Chile: RSMLAC. No.4.
- Güezmes, A. (2002) *Compromisos sociales y políticos en salud*. Lima: Department for International Development DFID.
- Hardee, K. y Smith, J. (2000). *Implementing reproductive health services in an era of health sector reform*. The POLICY Project. Washington: The Futures Group International.

- Heise, L.L. (1997) *Violencia contra la mujer: Una propuesta de un modelo que contribuye a la prevención primaria*. Documento para la discusión en la reunión de puntos focales del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud.
- Infante, A. (1996) "Health sector reform in Latin America and the Caribbean: on three countries experiences". Presentado en: *Mesa Redonda "Latin America: the health agenda" en 6th International Conference on System Science in Health Care*. Barcelona: 16-20 sept.
- La Rosa Huertas, Liliana del Carmen (2003) *Cogestión comunitaria en la administración de servicios de salud, pero limitando los derechos ciudadanos y el acceso a la salud sexual y reproductiva. ¿Es posible? Estudio de cuatro Centros Locales de Administración de Salud – CLAS*. (mimeo)
- Lechner, Norbert (1996) *Los límites de la sociedad civil*. Revista Foro N° 26. Bogotá: Foro Nacional por Colombia
- López, S. (1997) *Ciudadanos reales e imaginarios: concepciones, desarrollo y mapas de la ciudadanía en el Perú*. Lima: IDS- Instituto de Diálogo y Propuesta.
- Marco Navarro, Flavia. (2003) *Ciudadanía y reformas a la seguridad social*. Ponencia presentada en el Taller Internacional "Reformas en salud en la Región: respuestas urgentes para la salud sexual y reproductiva de las mujeres" organizado por la Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. Lima: RSMLAC.
- Martinic, Sergio. *La construcción social de las reformas educativas y de salud en América Latina*, BID, IDRC, 1999.
- Mead, M. (1973) *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Barcelona: Laia.
- Mead, M. (1994) *Masculino y femenino*. Madrid: Minerva
- Moser, Caroline (1993), "Gender planning and development: theory, practice and training", Londres.
- Murray C., López A., editors (1996). *The global Burden of Disease*, Vol.1. Boston: Harvard School of Public Health, World Health Organisation, World Bank.

- Nigenda G., Valdez R. Avila L., Ruiz J. (2002) *Descentralización y programas de salud reproductiva*. México D. F.: Centro de Análisis Social y Económico, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Nussbaum M. (1998) "Capacidades humanas y justicia social " En: Jorge Reichmann (ed.) *Necesitar, desear, vivir*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Organización Mundial de la Salud (2000) *Informe sobre la Salud en el Mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2001) *Reformas del sector salud y equidad de género. Paquetes básicos de atención integral*. Washington: Programa de Mujer, Salud y Desarrollo.
- Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. (1996) *Reforma del Sector Salud: Informe de la Reunión Especial*. Washington, D.C. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1997) *Cooperación de la OPS ante los procesos de reforma del sector salud*. Washington, DC. En: sep:11165.1581.110/spanish/hsp/hspal.htm.
- Petrera M. (2002) "Financiamiento en Salud" En: *La Salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.
- Piot P. (2000) *Discurso ante la Asamblea General de la ONU en aplicación de las resoluciones de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Nueva York: ONUSIDA *Discurso del Director Ejecutivo Peter Piot*.
- Portal Transparencia Económica. Ministerio de Economía y Finanzas. <http://transparencia-economica.mef.gobpe/> [Julio 2003].
- Roses, M. (2003) *Le Monde Diplomatique*, Buenos Aires : Número 43. Marzo.
- Rubin, Gayle. (1996) "El Tráfico de Mujeres. Notas sobre la "economía política" del sexo"; en: *Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*; Marta Lamas, compiladora; México D.F.: Universidad Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.

- Scott, Joan. (1996) "El Género: una categoría útil para el análisis histórico"; en: *Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Marta Lamas compiladora; México D.F.: Universidad Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género,
- Standing, H (2000). *Impactos de Género de las Reformas en Salud: El actual Estado de las políticas y la implementación*. La Habana: Documento de trabajo realizado para el VIII Congreso de ALAMES, 3 - 7 de julio.
- Standing, Hilary (2000), "Gender impacts of health reforms- the current state of policy and implementation." En: *Women's Health Journal* 2000; 3-4 (July-Dec)
- Suárez J. (1995) Elementos para el debate de la reforma sanitaria y su sentido para Cuba, La Habana: Representación OPS/OMS.
- Yamin, Alicia Ely (2003). *Iluminando la sombra de la esperanza: Vigilancia Social y el Derecho a la Salud en el Perú*. Lima: Observatorio del derecho a la salud, Consorcio de Investigación Económica y Social.

LECTURAS RECOMENDADAS

L E C T U R A S R E C O M E N D A D A S

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

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

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

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

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

- Bresser, L. C., Cunill, N. Edt.(1998) *Lo público no estatal en la reforma del Estado*. Caracas: CLAD, Paidós.
- Briceño- León, R. Comp. (1999) *Ciencias sociales y salud en América Latina: Un balance*. Caracas: Fundación Polar.
- Caledón, C., Noe, M. (2000) "Reformas del sector salud y participación social ". En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington: OPS
- Careaga G, Figueroa J, Mejía M.; compiladores. (1998) *Ética y Salud Reproductiva*. México.D.F.: Coordinación de Humanidades.Programa Universitario de Estudios de Género UNAM, Programa Universitario de Investigación en Salud. UNAM.
- Casas, J.A. (1999) *Gobernabilidad, salud y reforma: Hacia el desarrollo humano y la salud como equidad*. En: *Gobernabilidad y salud. Políticas públicas y participación social*. Washington, DC: OPS.
- CLADEM-Perú (2003) *Diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos: 1995-2002*. Lima: CLADEM-Perú.
- Grupo de Trabajo en Salud Reproductiva. (2002) *Globalización, Reforma del Sector Salud, Género y Salud Reproductiva*. Santiago de Chile: Fundación Ford.
- COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS. 59º período de sesiones Tema 10 del programa provisional: *Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt. E/CN.4/2003/58. 13 de febrero de 2003
- Conferencia Nacional de Desarrollo Social. (1998) *Qué es y cómo hacer control ciudadano*. Lima: Diakonía, CEDEP.
- Cook, R.J. (1994). *Women's Health and Human Rights*. Geneva: World Health Organization.
- Copelon, R. y Hernández, B.E. (1994). *Sexual and Reproductive Rights and Health as Human Rights: Concepts and Strategies –An Introduction for Activists*. Nueva York: University of Nueva York Law School, International Human Rights Law Clinic.
- Copelon. R y Petchesky, R. (1978) "Toward an Interdependent Approach to Reproductive and Sexual Rights as Human Rights: Reflections on the ICPD and Beyond". New Jersey

- Cornwall y otros. (2002) " Introduction: Accountability through Participation: Developing Workable Partnership Models in the Health Sector" En: *IDS Bulletin*. Sussex: Vol. 31, No. 1.
- Correa S. (1994). *Population and Reproductive Rights: Feminist Perspectives from the South*. London: Zed Books.
- Cortez, R. (1998) *Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- Costa, M.V. (2000) *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz
- Costa A, Merchán-Hamann E, Tajer D; organizadores (2000) *Saúde, equidade y género: um desafio para as políticas públicas*. Brasilia: Universidad de Brasilia., ALAMES, Abrasco.
- Dador, M. J. (2000) *Diagnóstico normativo de los derechos sexuales y reproductivos en el Perú*. Lima: Movimiento Manuela Ramos, Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- DFID (2000). *La eliminación de la pobreza y el empoderamiento de la mujer. Estrategias para alcanzar los objetivos para el desarrollo internacional*. Londres: DFID.
- Dos Santos Rodríguez, N. (2000) *A prática do controle social a través dos conselhos de saúde*. Divulgacao em Saúde para Debate. Río de Janeiro
- Elías, N. (1987) *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: Fondo de Cultura económica.
- Ewig, Cristina. (2001) *The Politics of Health Sector Reform in Peru*. This paper is largely based upon Ewig, Christina. 2001. *Gender Equity and Neoliberal Social Policy: Health Sector Reform in Peru*. Ph.D. Dissertation, Political Science, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Fleury, Sonia (2000) *Modelos de reforma de la salud en América Latina*. Río de Janeiro: (Mimeo). Fundacao Getulio Vargas.
- Flórez, Carmen Elisa. (2002) *La equidad en el sector salud. Una mirada de diez años*. Cede, E. Universidad de los Andes. Bogotá: Fundación Corona, Fundación Ford. Colombia, 2002.

- Francke, P. (1999) *Universalizar la seguridad social de salud: Claro, pero ¿cómo?* En revista Quehacer, N° 117, marzo-abril. Lima: DESCO
- Foucault, M. (1981) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo Veintiuno.
- Fuentes i Pujol M (2001) "Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Primaria" En: Miqueo C, Concepción T, Tejero C, Barral M, Fernández T, Yago T (Ed.) *Perspectivas de Género en Salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Gibbon, M. (2000), "Partnerships for Health; A way of working with women's groups to improve community health in rural Nepal". En: *IDS Bulletin*. Sussex: Vol. 31, No. 1.
- González Vélez, A. (2002) *La salud sexual y reproductiva de la población vinculada en Colombia: una mirada desde lo local*. Bogotá: Corporación SISMA MUJER.
- Grupo de Trabajo en Salud Reproductiva, Comité de Globalización (2002) *Globalización, Reforma del Sector Salud, Género y Salud Reproductiva*. Santiago de Chile: Fundación Ford.
- Gruskin, S; Ed. (2001) *Derechos sexuales y reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- Gruskin, S. (1999) "The Growing Preeminence of Human Rights" En: *Health and Human Rights an international journal*. Princeton: Francois -Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights. University of Harvard. Vol. 4 No. 1
- Gúezmes, A., Loli, S. (2000) *Violencia familiar, enfoque desde la salud pública: Módulo de capacitación*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Cooperación Técnica Holandesa, Ministerio de Salud, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud.
- Gúezmes, A. (1998) "Estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud." En Seminario: *Fortaleciendo las coordinaciones entre Estado y sociedad civil en la implementación de los acuerdos de El Cairo y Beijing*. Lima: OPS, UNFPA, Mesa Tripartita de Seguimiento a la CIPD.
- Gúezmes, A. (1998-2001). Ponencias presentadas en diferentes foros nacionales e internacionales. Lima: Documentos inéditos.

- Güezmes (2001) *Derechos ciudadanos asociados al cuidado de la salud*. Lima: Ministerio de Salud
- Güezmes (2003) *Calidad de la Atención de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva*. Análisis de base de datos Atenea. Lima: Centro e la Mujer Peruana Flora Tristán, Movimiento Manuela Ramos, Red de Salud de las mujeres de América Latina y el Caribe.
- Güezmes (2003) "Políticas de reforma del sector salud desafíos para la investigación" presentada en seminario: *Social and Economic Research in Peru: Strengthening International Partnership and Support Opportunities* en Ottawa & Washington D.C. October 28th – 30th
- Heise, L., Pitanguy, J. y Germain, A. (1994). *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*. Washington DC: World Bank.
- Henderson, P., Montes, J. L. y Glassman, A. (2000) *Access, Utilization and Household Spending on Women's Health: an analysis of household surveys in 6 countries* (Mimeo). Washington: IDB, World Bank and PAHO.
- Huaita, Marcela. (2000) *El derecho a la salud de las mujeres*. Lima: Ponencia presentada en el VI Curso Internacional de Derechos Humanos de las Mujeres
- Instituto Nacional de Salud Pública (2001) *Reporte de la Reunión El embarazo no deseado y el aborto inducido: Desafíos de la salud pública en América Latina y el Caribe* 13 y 14 de noviembre. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Population Council, Instituto Allan Guttmacher.
- Langer, A. y Nigenda, G. (2000) *Salud sexual y reproductiva. Reforma del sector salud en América Latina y El Caribe. Desafíos y oportunidades*. Population Council, Instituto Nacional de Salud Pública, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Levine, Ruth; Glassman, Amanda, Schneidman, Miriam. (2001) *The Health of Women in Latin America and the Caribbean*. The World Bank. 2001.
- Lozano R. (s.f) " El peso de la enfermedad en México: avances y desafíos" En: Frenk J. ed. *Observatorio de la Salud, Necesidades, servicios, políticas*. México: Fundación Mexicana para la Salud. Serie Economía y Salud.
- Maceira, Daniel (2001) *Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe*. Latin-American Initiatives (USAID-PAHO-PHR-FPMD-HSPH). Edición Especial 3.

- Maceira, Daniel (Octubre 2002). *Salud Sexual y Reproductiva y Reformas Financieras en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: (mimeo) Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Matamala Vivaldi, M, (2001) *Género, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en el Contexto de la Reforma*.
- Millar, Alice.(2002) "Las demandas por los derechos sexuales". En: III Seminario Regional Derechos Sexuales Derechos Reproductivos Derechos Humanos. Lima: CLADEM.
- Ministerio de Defensa, Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú. (2002) *Salud Sexual, Salud Reproductiva y Derechos Sexuales/Derechos Reproductivos*. Lima: Ministerio de Defensa.
- Mitchell, M.D. (1999) *Delivering a Package of RH Services. The Use of a Matrix of Services*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Murray C. (1998) *Health Dimensions of Sex and Reproduction. The Global Burden of Sexually Transmitted Diseases, HIV, Maternal Conditions, Perinatal Disorders, and Congenital Anomalies*. Boston: Harvard School of Public Health, WHO and World Bank.
- Naciones Unidas. (1994) *Programa de Acción: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo*. El Cairo: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (1995) *Declaración y Plataforma de Acción: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas. (1995) *Declaración y Programa de Acción: Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social*. Copenhague: Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (1999) *Medidas Clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo primer período extraordinario de sesiones. 30 de junio - 2 de julio. Nueva York: Naciones Unidas.
- Navarro M, Flavia. (s.f) "Ciudadanía y reformas a la seguridad social". Ponencia presentada en *Taller Internacional "Reformas en salud en la Región: respuestas urgentes para la salud sexual y reproductiva de las mujeres"* RSMLAC, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

- Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma. (2003) *Informando & Reformando*. México. D.F: NAADIIR. Enero/Marzo No. 15.
- Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma. (2003) *Informando & Reformando*. México. D.F: NAADIIR. Abril /Junio No. 15.
- Okun, A. (1975) *Equality and efficiency: the big trade-off*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (2003) *Informe mundial sobre violencia y salud* . Ginebra: OMS.
- Organización Mundial del Comercio (2001). *Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública*. DOHA: MINISTERIAL DE LA OMC. En: [http://www.wto.org/spanish/thewto s/minist s/min01 s/mindecl trips_s.htm](http://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist s/min01 s/mindecl trips_s.htm)
- Organización Panamericana de la Salud. (1997) *La equidad en materia de género en la reforma de la asistencia sanitaria*. Washington: Subcomité especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.
- Organización Panamericana de la Salud. (1999) *Las necesidades de las mujeres y las respuestas de la reforma del sector de la salud: experiencia en Chile. Salud previsional y cobertura femenina*. Washington: Subcomité sobre la mujer, la salud y el desarrollo.
- Organización Panamericana de la Salud. (1999) *Equidad de género y políticas de reforma del sector salud. Guía para la preparación de informes*. Washington: Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- Organización Panamericana de la Salud. (1999) *Gobernabilidad y salud. Políticas públicas y participación social*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. *Equidad de género en salud. Programa mujer, salud y desarrollo*. En: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/GEHPaperSpanish.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2000) *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Antigua Guatemala: Reunión de Consulta, 19 al 22 de mayo. OPS, OMS, Asociación Mundial de Sexología.

- Organización Panamericana de la Salud. (2000) *Salud y desarrollo humano en la nueva economía: Contribuciones y perspectivas de la sociedad civil en las Américas*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2000) *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Informe final*. Washington, DC: OPS
- Organización Panamericana de la Salud (2001) *Reformas del sector salud y equidad de género. Paquetes básicos de atención integral*. Washington: Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002) *La mujer, la salud y el desarrollo*. Washington: 36ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo.
- Organización Panamericana de la Salud (2002) *Género, Equidad y Reforma de la Salud en Chile. Voces y propuestas desde la sociedad civil*. Santiago de Chile: Cuadernos 1 a 7. OPS/OMS Oficina de Representación en Chile.
- Pan American Health Organization (2003) *Observatory of Gender Equity in Health sector reform policy .Governance and Policy area Gender and Health Unit*. Washington D.C.: Project proposal presented to the Ford Foundation
- Pan American Health Organization (2001) Draft for discussion: Guide for evaluating the impact of Health sector. Reforms on gender Equity. Washington: Women, Health and Development Program.
- PNUD (2001). Make New Technologies Work for Human Development. The Human Development Report, 2001. En: <http://www.undp.org/hdr2001>.
- Pollack E., Molly (2002) *Equidad de género en el sistema de salud chileno*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/. Serie Financiamiento del Desarrollo (LC/L.1784-P), Santiago de Chile
- Ramos S, Gutiérrez M; Ed.(2002) *Nuevos desafíos de la responsabilidad política*. Río de Janeiro: Foro de la Sociedad Civil en las Américas. Cuadernos del Foro Año 4 No. 5
- Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe (2002). *Revista Mujer Salud. Mujeres y VIH / SIDA. El desafío continúa*. Núm. 3 / 2002. Santiago: RSMLAC.

- Sen Amartya (1999) *Nuevo Examen de la Desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial
- Sen Gita, Asha G, Ostlin P; ed. (s.f) *Engendering International Health*. Cambridge: Institute of Technology
- Standing, H.(1997) *Gender and equity in health sector reform programmes: a review*. Nueva York: Oxford University Press.
- Standing, Hilary (2002), *Towards equitable financing strategies for reproductive health*, Brighton: Institute of Development Studies.
- Tajer, D, (2000) "Generando la Reforma de la Reforma" En Abrasco. Saude, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Buenos Aires: Abrasco, Asociación Latinoamericana de Medicina Social.
- Tamayo G. (2001) *Bajo la Piel, derechos sexuales, derechos reproductivos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Tono Ramírez T, Velásquez L, Sáenz J. (2002) *El impacto de la reforma sobre la salud pública. El caso de la salud sexual y reproductiva*. Bogotá: Documentos de Trabajo No. 7. Fundación Corona.
- UN Document (1995) Draft Platform for Action of the Fourth World Conference on Women. Nueva York; A/CONF.177/L. United Nations.
- UN Document (1994) Draft Programme of Action of the United Nations International Conference on Population and Development. Nueva York: A/CONF.171/L.1 13. ICPD Secretariat, United Nations.
- UNGASS (2001) Global Crisis – Global Action. Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Nueva York: 26th Special Session. UN General Assembly. A/s-26/L.2.
- UNFPA (2000) Financial Resource flows for population activities in 2000. Nueva York: United Nations Population Fund.
- Valls Carmen (2001) "El Estado de la Investigación en Salud y Género". En: Miqueo C, Concepción T, Tejero C, Barral M, Fernández T, Yago T (Ed.) *Perspectivas de Género en Salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva Ediciones.

- Velásquez, F. E. (1998). *La veeduría ciudadana en Colombia: en busca de nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad civil*. En: Bresser, L. C., Cunill, N. Lo público no estatal en la reforma del Estado. Caracas: CLAD, Piados.
- V. de Flood, M. Cristina (1997), "Mujer y Salud", *Serie Financiamiento del Desarrollo* N° 58, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, julio.
- Weller, Silvana (2002) *Impacto sobre la Salud Reproductiva de las variaciones ocurridas en el mix público privado a partir de las Reformas de los Sistemas de Salud ocurridos en América Latina*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- World Bank, (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington, DC.
- World Health Organization, *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care: Declaration of Alma Ata*. Washington.
- Yamin AE, Maine D. (1999) "Maternal Mortality as A Human Rights Issue: Measuring Compliance with International Treaty Obligations" En: *Human Rights Quarterly*. No. 21.
- Yamin AE. (2001) "Protecting and Promoting the Right to Health in Latin America: Selected Experiences from the Field," En: *Health and Human Rights*.

ISBN 92 7 532547 2

RSE01

