

**Reformas del
Sector Salud y
Salud Sexual
y Reproductiva
en América
Latina y
el Caribe:
Tendencias e
interrelaciones
—una revisión**



**FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)
EQUIPO DE APOYO TÉCNICO PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

Agradecemos a la participación y colaboración de la División Geográfica de América Latina y del Caribe, especialmente en la persona de nuestra directora Marisela Padron, y de Mercedes Borrero, sin cuyo apoyo no se lograría presentar, debatir y diseminar los resultados de ese trabajo.

Agradecemos también a Rogelio Fernandez Castilla, exdirector del Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe (EAT), que también ha apoyado la iniciativa.

A todos/as colegas de las oficinas de país que colaboraran exhaustivamente con la realización de los estudios de caso, especialmente Patricia Salgado, agradecemos el apoyo. Igualmente agradecemos a los/as colegas que han ofertado sus reflexiones, Tania Lago, Mariana Romero, Lilian Abracinskas, y Alejandra López Gómez. Agradecemos a la consultora Celia Almeida y todo el Equipo de Investigación.

Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe

Margareth Arilha (coord.), Asesora en Políticas de Salud Reproductiva, Género y Derechos

Silvia Franco, Asesora en Promoción de la Salud, con énfasis en Adolescentes

Raquel Child, Asesora en VIH/SIDA.

Equipo de Investigación

Celia Almeida* (Coordinadora e investigadora principal)

Eliane dos Santos Oliveira (Asistente de investigación)

Estudios de Caso

Celia Almeida y Eliane dos Santos Oliveira (Estudio de Caso Brasil)

Raquel Abrantes Pêgo (Estudio de Caso Costa Rica)

Raquel Abrantes Pêgo y Florence Lise Théodore (Estudio de Caso Belice)

Ana Cristina González Vélez y Claudia Lucía Boada Chaparro (Estudio de Caso Colombia)

Maria Eliana Labra y Amarilis Tapia Aguilera (Estudio de Caso Chile)

Edición: Alonso Restrepo

Traducción, revisión y versión en inglés: Joss Heywood

Diseño: Moni Kaminsky

Este documento debe ser citado como UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico de América Latina y el Caribe, México DF ISBN # 0-89714-764-2

Año 2005



United Nations Population Fund
220 East 42nd Street
New York, NY 10017

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe

Índice

Introducción.....	5
1. Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y Reforma del Sector Salud (RSS) en América Latina y el Caribe: un análisis crítico.....	7
Salud Sexual y Reproductiva: breve reseña histórica.....	
Reforma del Sector Salud (RSS) y Salud Sexual y Reproductiva (SSR): una breve revisión.....	7
2. Reforma de Sistemas de Salud y Equidad: un marco teórico.....	13
La cuestión de la reforma: notas conceptuales.....	13
La cuestión de la equidad: notas conceptuales.....	15
Operacionalización del concepto de equidad en las reformas del sector salud: algunas notas.....	16
RSS y SSR: un esquema teórico y conceptual de análisis.....	17
3. Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe: contextualización y agenda.....	19
El contexto de las reformas en el sector salud.....	20
La agenda de reforma del sector salud.....	22
4. La presencia de las organizaciones internacionales en la región.....	26
El cambio de liderazgo en el ámbito internacional: Organización Mundial de la Salud (OMS) y Banco Mundial (BM).....	26
La nueva agenda del Banco Mundial para el sector salud.....	29
5. Panorama económico y social de la región latinoamericana en las décadas los 80 y los 90.....	33
Los ajustes económicos.....	33
Pobreza y desigualdad.....	34
La transición demográfica.....	35
Los jóvenes en la región.....	36
Pobreza y desigualdad desde la perspectiva de género.....	38
El gasto social.....	39
6. Panorama general de la salud en la región en las décadas de los 80 y los 90: algunos indicadores.....	41
El gasto nacional en salud.....	41
Desigualdades en el sistema de servicios de salud.....	43
7. Panorama de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en la región en las décadas de los 80 y los 90: algunos indicadores.....	45
El uso de anticonceptivos.....	48
La salud de los jóvenes: algunos indicadores.....	49
Las Infecciones Sexualmente Transmitidas (ITS).....	50
La infección por el VIH/SIDA.....	51
El cáncer cervical y otros cánceres ginecológicos.....	52
La violencia.....	53
La cuestión del aborto.....	55

8. Los seguros materno-infantiles	57
La propuesta	57
El caso de Ecuador	58
El caso de Bolivia	60
El caso de Perú.....	62
El caso de Argentina	63
El caso de México	66
Algunas observaciones.....	67
9. Los estudios de caso –Colombia, Brasil, Chile, Costa Rica y Belice– una breve comparación	69
Una síntesis de los estudios de caso.	
Chile.....	69
Colombia	80
Brasil	88
Costa Rica	105
Belice	116
Algunas notas comparativas.....	124
Comentarios finales	129
Bibliografía consultadas	134
Referencias bibliográficas	137
Anexo 1	144
Anexo 2	159

Introducción

En noviembre de 2000, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Equipo de Apoyo Técnico (EAT)/México realizó una reunión regional para iniciar un diálogo con las oficinas de la región, LACD (División para América Latina y el Caribe) y TSD (División de Apoyo Técnico/*UNFPA Headquarters*) y conjuntamente construir una visión integrada y estratégica para el área de salud sexual y reproductiva (SSR). A los problemas de SSR tradicionalmente conocidos, tales como la mortalidad materna, el embarazo en la adolescencia, la expansión de la epidemia de SIDA, el uso del aborto como alternativa a la ausencia de opciones contraceptivas accesibles, se debería asociar el aumento de los niveles de la pobreza en la región. En esa ocasión, la pregunta central era cómo UNFPA podría actuar ante esos desafíos, y cómo podría colaborar con los gobiernos, considerando que en sus agendas están justamente el incremento de la pobreza, las políticas sociales que tienen que formular y aplicar en un escenario de reformas estructurales, especialmente en los ámbitos de la salud y de la educación. Nuevas estrategias de trabajo deberían ensayarse, especialmente el desarrollo conceptual que la nueva conformación de problemas exige; el desarrollo de capacidades técnicas locales y regionales, inclusive para discutir sobre los modelos de reforma que se están implementando en la región, sus ventajas y límites; el análisis de los paquetes básicos de provisión de servicios para observar si incluyen todos los componentes de SSR; y la formación de alianzas con actores clave, facilitando diálogos nacionales y regionales y el desarrollo de procesos de reforma transparentes y participativos, con seguimiento de la sociedad civil.

Durante 2001 y 2002 buena parte de los esfuerzos de la región fueron destinados al apoyo a nuevos ciclos programáticos que, en el área de salud reproductiva, van a operar en el marco de las reformas del sector salud, buscando un diseño de programa que incorporase nuevas necesidades de diálogo técnico y político de alto nivel. Al mismo tiempo, LACD y el EAT promovieron otras iniciativas:

- a) Organización y diseminación de referencias bibliográficas específicas para promover el conocimiento del tema de la reforma del sector salud y el debate en torno de la insuficiente incorporación de las acciones de salud sexual y reproductiva en esos procesos.
- b) Apoyo a consultores que concretaran una primera

aproximación al tema de la reforma del sector salud y el análisis de costos para servicios integrados de salud reproductiva.

- c) Apoyo a la participación de miembros del *staff* UNFPA (local y EAT) en varias iniciativas de capacitación en reformas del sector salud promovidas por el Banco Mundial (BM)
- d) Formulación de estrategia específica para la formación y articulación de recursos humanos y actores clave de siete países de la región (Ecuador, Nicaragua, Haití, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Perú), en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Mundial.

El objetivo de este trabajo, diseñado bajo la responsabilidad del EAT,¹ es colaborar con ese esfuerzo, presentando una discusión sobre la cuestión de la reforma del sector salud (RSS) en América Latina y el Caribe y sus posibles interrelaciones con la salud sexual y reproductiva (SSR) de las poblaciones, facilitando tanto su comprensión, como una visión crítica y estratégica de las reformas en curso en la región, y que posibilite entender cómo el abordaje y resolución de los problemas de salud sexual y reproductiva y de derechos sexuales y reproductivos dependen, en gran parte, de la conformación de los sistemas de salud.

El propósito final es apoyar la iniciativa del UNFPA de construcción de una estrategia institucional que favorezca la inclusión y la permanencia de la agenda de SSR en los sistemas nacionales de salud de la región.

Este **Documento** está constituido por ocho partes que se interconectan. La **Parte I** presenta una breve reseña del desarrollo histórico de los principales conceptos acerca del área de SSR, y un análisis crítico de los enfoques producidos por algunos estudios significativos sobre la cuestión de RSS y la SSR. La **Parte II** plantea un marco teórico para el análisis de la RSS y de la equidad en la región latinoamericana, y propone un esquema analítico para abordar la SSR en el contexto de la RSS. La **Parte III** analiza el contexto en el que se dan los procesos de RSS en la región y la agenda de reforma, que se genera en esa conyuntura. La **Parte IV** discute la presencia de las organizaciones internacionales en la región y su impacto, sea en la formulación de la agenda de reforma, o en la implementación de estrategias o programas específicos. Las **Partes V, VI y VII** presentan panoramas de la

1. El trabajo estuvo bajo la responsabilidad del Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe/UNFPA. La consultora e investigadora principal del trabajo ha sido Celia Almeida, MD, MPH, Ph.D, Investigadora y Docente Titular en la Escuela Nacional de Salud Pública "Sergio Arouca", Fundación Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), Departamento de Administración y Planificación en Salud (DAPS), Rio de Janeiro, Brasil. Asesora de la Presidencia de la FIOCRUZ. Ex-Secretaria Ejecutiva de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur de América Latina (noviembre de 1996 a enero de 2005). Correo electrónico: calmeida@ensp.fiocruz.br

región latinoamericana en los años 80 y 90, respectivamente, en el plano económico, social, de la salud en general y de la SSR, a partir de los indicadores más recientes disponibles. La **Parte VIII** discute la propuesta de los seguros materno-infantiles (en el ámbito de los llamados “seguros públicos de salud”) y, muy sumariamente, su implementación o desarrollo en algunos países seleccionados -Ecuador, Bolivia, Perú, Argentina y México-. Y la **Parte IX** presenta una síntesis de los cinco estudios de caso elaborados -Brasil, Colombia, Chile, Costa Rica y Belice-. Finaliza con un análisis comparativo de los hallazgos de los estudios de caso *vis a vis* el marco teórico y conceptual discutido a lo largo del trabajo, así como algunas consideraciones sobre posibilidades de avanzar en esa compleja discusión.

1 Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y Reforma del Sector Salud (RSS) en América Latina y el Caribe: un análisis crítico

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: BREVE RESEÑA HISTÓRICA

Desde mediados de los años 70 del siglo XX, grupos feministas latinoamericanos discutían temas relacionados con la sexualidad y la reproducción de forma profundamente modernizadora que, al mismo tiempo que iba más allá de un carácter meramente reivindicativo, de inclusión en un orden definido anteriormente y externo a las mujeres, buscaba introducir esas temáticas en el debate público en una perspectiva transformadora. Ese movimiento es concomitante con otras acciones que emergían en el mundo a partir de las décadas de los 60 y 70, incluso en América Latina, y se articuló internacionalmente, contribuyendo a esa discusión de modo importante. La originalidad del debate feminista en la región consistió exactamente en que *la cuestión de la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres se recombino y se reconstituyó con otros grandes debates políticos de los países de la región, como aquellos relacionados con los problemas crónicos de una ciudadanía social y civil acentuadamente débil e incompleta, la cuestión de la democracia política frágil o ausente, y la persistencia de patrones culturales y de sociabilidad autoritarios, jerárquicos y discriminatorios* [...] (Jannotti, 2002:3).

Esos movimientos sociales tuvieron varios momentos, pero la idea central que siempre los motivó se vinculaba con el develamiento de los procesos históricos que habían engendrado la privación de poder para las mujeres y las relaciones de desigualdad inherentes; y a la constatación de que cualquier proyecto de emancipación debería pasar necesariamente por la cuestión de los derechos y de la autonomía (Jannotti, 2002).

Así, diferentes expresiones y conceptos fueron acuñados en distintos momentos históricos. Hasta mediados de la década de los 80, la noción de *salud integral de la mujer* era el concepto que articulaba la “cuestión de la mujer” en sus aspectos más amplios: históricos, biológicos, sociales, culturales y de derechos de ciudadanía. “*Salud de la mujer*”

surgió como una estrategia semántica para traducir, en términos de debate público y de propuestas de políticas, el lema feminista de la década de los 70: “Nuestro cuerpo nos pertenece” (The Boston Women’s Health Collective, 1984, apud Correa y Ávila, 2003:19). Esa frase como lema tenía un significado individual y colectivo. Definía la primacía del cuerpo de cada una o uno en las experiencias cotidianas y en los procesos históricos, y articulaba las reivindicaciones políticas, que incluían demandas volcadas fundamentalmente hacia el Estado. Algunas de ellas eran de naturaleza jurídica y otras se dirigían a los sistemas de salud y a cuestiones médicas (contracepción, control prenatal y parto con calidad, relación médico paciente, acceso a información sobre anatomía y procedimientos de asistencia médica).

En 1984, fue formulada la expresión *derechos reproductivos*, como un concepto más completo y adecuado que *salud de la mujer* para traducir *la amplia pauta de autodeterminación reproductiva de las mujeres* (Correa y Ávila, 2003:20).² A partir de entonces, el concepto sería debatido y refinado, teórica y políticamente, no sólo por las feministas, sino también por activistas del campo de los derechos humanos, consagrándose finalmente en 1994, en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo-CIPD (*International Conference on Population and Development-ICPD*), en El Cairo, y reiterado en 1995, en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing.³

Ese proceso de construcción y legitimación ocurrió paralelamente al surgimiento de las nociones de *salud sexual y reproductiva*, que no fueron originalmente formuladas por los movimientos sociales, sino que son más bien resultado de los esfuerzos concomitantes en el ámbito institucional. Así también, como fruto de la preparación de la Conferencia de El Cairo, en 1988, se creó la noción *salud reproductiva*, en el ámbito de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una extensión del concepto global de salud en el área de la

2. Ese concepto fue consagrado en el IV Encuentro Internacional de Salud de la Mujer, realizado en Ámsterdam en 1984, organizado por la Campaña Internacional por los Derechos al Aborto (*ISASC-International Campaign in Abortion, Sterilization and Contraception*, de la Europa) y el Comité para los Derechos al Aborto y Contra el Abuso de la Esterilización (*CARASA-Committee for Abortion Rights and Against Sterilization Abuse*, de los EUA). Durante ese Encuentro se fundó la Red Global de las Mujeres por los Derechos Reproductivos (Correa y Ávila; Janotti, 2002).

3. Hay varios textos sobre ese tema, citados por Correa y Ávila, 2003:20.

reproducción humana.⁴ Su formulación pretendía ampliar la perspectiva convencional del control demográfico y de la planificación familiar. En la década siguiente, el impacto de la pandemia del VIH/SIDA y la preocupación con el aumento de las infecciones sexualmente transmisibles llevaron a la formulación de la noción de *salud sexual*, siendo que ambas definiciones también fueron debatidas y consagradas en los Programas de Acción de El Cairo y de Beijing (Correa y Ávila, 2003:22; Berquó, 2003:7).

Como resultado de aquellos procesos, todos esos conceptos fueron incluidos en los documentos internacionales⁵ oriundos de las Conferencias de El Cairo y de Beijing (Correa y Ávila, 2003; Cottingham y Myntti, 2002).⁶ Y en el Programa de Acción aprobado en la CIPD de El Cairo, se hace referencia también a la asistencia a la salud reproductiva, incluyendo la salud sexual:

*La salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no la simple ausencia de dolencia o enfermedad, en todos los aspectos concernientes al sistema reproductivo y a sus funciones y procesos. La salud reproductiva implica, por consiguiente, que la persona pueda tener una vida sexual segura y satisfactoria y tenga la capacidad de reproducir y la libertad de decidir sobre cuándo y cuántas veces debe hacerlo. En esta última concepción está implícito el derecho de hombres y mujeres de ser informados y de tener acceso a métodos eficientes, seguros, permitidos y aceptables de planificación familiar de su elección, que no sean contrarios a la ley, y el derecho de acceso a servicios apropiados de salud que den a la mujer condiciones de atravesar, con seguridad, la gestación y el parto y proporcionen a las parejas la mejor chance de tener un hijo sano. En conformidad con la mencionada definición de salud reproductiva, la *asistencia a la salud reproductiva* es definida como la constelación de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivo, previniendo y resolviendo problemas de salud reproductiva. Eso incluye también la *salud sexual*, cuya finalidad es la intensificación de las relaciones vitales y personales y no simplemente consejería y asistencia relativas a la reproducción y a las enfermedades sexualmente transmisibles (CIPD, Programa de Acción, párrafo 7.2 apud Correa y Ávila, 2003:65). (Grifos nuestros).*

Otro término importante para esta discusión es el concepto de *género*.⁷ Acuñado en la segunda mitad del siglo XX, a partir de los años 70, pero profundizado a mediados de los años 90, el concepto de género fue definido como *un elemento constitutivo de las relaciones sociales fundadas sobre las diferencias percibidas entre los sexos y un primer modo de dar significado a las relaciones de poder* (Scott, 1995 apud Villela y Arilha, 2003:114). Siendo una relación social, *género no es una estructura fija, y está en constante transformación a partir de las demandas concretas que se presentan en la vida de hombres y mujeres*. Por otro lado, es importante resaltar también *la existencia de otras dimensiones de poder, además de las de género, que estructuran las relaciones sociales* (Villela y Arilha, 2003:115-116).

De forma bastante sencilla, a diferencia de *sexo*, término generalmente usado para designar la diferenciación biológica entre hombre y mujer, el concepto de *género hace referencia a las construcciones sociales que delimitan y articulan las relaciones de poder, los ámbitos culturalmente definidos como “femeninos” y “masculinos” ... [constituyendo] el significado social y político que adquiere, en el tiempo y en el espacio, la diferencia biológica de sexo* (Gómez, 2000:8-9). De ese modo, la concepción de masculinidad y feminidad que emerge del proceso de significación cultural de la diferencia entre los sexos –el género– está presente, como ordenador social, en toda cultura humana (Loyola, 1998, apud Villela y Arilha, 2003:112). Y aunque, de una manera general, las distintas culturas interpreten la diferencia sexual en función del significado atribuido al papel de hombres y mujeres en la reproducción, esa interpretación siempre tiene como modelo una relación polarizada (complementariedad o jerarquía), en la cual las mujeres ocupan un lugar subalterno, y género sería el modo operatorio de la relación de poder entre hombres y mujeres (Villela y Arilha, 2003:112-113).

Aunque existan polémicas académicas sobre la naturaleza de la organización de género en la sociedad, algunos autores mencionan que dos dimensiones complementarias son articuladas por el concepto de género en un nivel macro: la existencia de una esfera no remunerada donde la fuerza de trabajo se reproduce, se disciplina y es puesta en circulación (*trabajo reproductivo*), que condiciona, por otro lado, las alternativas de los individuos en el ámbito del trabajo remunerado (*trabajo productivo*) (Gómez, 2000:9). Por otra

4. [...] salud reproductiva debe contener los siguientes elementos básicos: (a) que todos tengan autonomía tanto para la reproducción como para regular la fecundidad; (b) que las mujeres tengan gestaciones y partos seguros; y (c) que el resultado de la gestación sea bien sucedido en términos del bienestar de la madre y supervivencia del recién nacido. Además de eso, las parejas deben poder tener relaciones sexuales sin miedo de gestaciones indeseadas y de contraer enfermedades sexualmente transmisibles (Mahamod S. Fathalla, da OMS, apud Berquó, 2003:7).

5. Así, según un documento de las Naciones Unidas: [...] los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos ya reconocidos en leyes nacionales, en documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos consensuales. Esos derechos están anclados en el reconocimiento del derecho básico de toda pareja y de todo individuo a decidir libre y responsablemente sobre el número, el espaciamiento y la oportunidad de tener hijos y de tener la información y los medios de así hacerlo, y el derecho de gozar del más elevado patrón de salud sexual y reproductiva. Incluye también su derecho de tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coerción o violencia, conforme a lo expresado en documentos sobre derechos humanos (FNUAP y CNPD, S/n, párrafo 7.3 apud Correa y Ávila, 2003:20).

6. Cottingham y Myntti (2002:83) refieren varios textos que discuten el concepto de salud reproductiva y su legitimación en las Conferencias del Cairo y de Beijing.

7. Villela y Arilha (2003:117) refieren que existe una polémica sobre el estatuto teórico de género: concepto con poder explicativo o categoría de análisis, instrumento que permite descomponer la realidad en diferentes fragmentos de modo que se comprenda mejor. Apuntan también a la banalización del término, que pasa a ser usado más en un sentido descriptivo que analítico, o aun como substitutivo de “sexo”. No es objeto de nuestro trabajo esa discusión, pero vale el registro.

parte, concretamente, hechos como el crecimiento poblacional, la disponibilidad de tecnologías conceptivas y contraceptivas, cambios en los procesos de producción y consumo de bienes y otros, han desplazado el debate sobre las relaciones entre hombres y mujeres del eje de la reproducción biológica, en torno al cual inicialmente se articularon las elaboraciones sobre género, para buscar entender cómo el género atraviesa la reproducción social en sentido más amplio (Villela y Arilha, 2003:113). Según el Informe sobre el Desarrollo Humano, de 1999, la reproducción social se refiere a la tarea de proveer cuidado a los niños, a la familia, a los enfermos, a los ancianos y al resto de la población que lo requiere, con el fin de mantener y reponer su salud y energía para el trabajo (UNDP, 1999 *apud* Gómez, 2000:18).

Por fin, se apunta la importancia de que sean deshechas las superposiciones conceptuales entre género y sexualidad (Correa, 1999 *apud* Villela y Arilha, 2003:121).

Los análisis de género tuvieron un importante rol en las formulaciones de los principios de la salud reproductiva establecidos en El Cairo y son fundamentales para su comprensión (Cottingham y Myntti, 2002:84). Para Cottingham y Myntti, los análisis de género permiten examinar las relaciones de poder entre hombres y mujeres; cuestionar la forma cómo los roles sociales e identidades que se les atribuyen (como niños y niñas, hombres y mujeres, padres y madres y otros) ejercen influencia en sus comportamientos sexuales y su salud; y examinar cómo el sistema social, desde la política pública y los servicios de salud, hasta la intimidad privada, incorporan las desigualdades de poder entre hombres y mujeres. Posibilita, aun, explorar cómo los papeles sociales impuestos a las mujeres y su lugar subalterno, en términos de poder en la sociedad, determinan su exposición a los riesgos, el acceso a los beneficios sociales y a la tecnología médica, y dificultan la realización de sus derechos. Además de ello, ayudan a entender los efectos de los comportamientos culturales sobre la salud y a develar que las sociedades asignan recursos de preferencia a los hombres.

El Programa de Acción, de la Conferencia de El Cairo dedica un capítulo entero a la desigualdad de género, equidad y empoderamiento de las mujeres. Afirma que ello significa incrementar su autonomía y mejorar su *status* político, social, económico y de salud los que, además de ser importantes fines en sí mismos, son también esenciales para los programas de población a largo plazo (United Nations, 1995, *apud* Cottingham y Myntti, 2002:84). La consagración de esos principios llamó la atención del mundo de forma importante sobre las demandas feministas y consiguió poner cuestiones fundamentales en la agenda política de varios países, aun considerando que los documentos en los que están registrados no son vinculantes como tratados o convenciones [...], lo que significa que no obligan a los Estados miembro a incorporar dichos principios internacionales a su legislación. En otras palabras, aunque los programas de acción de las dos conferencias significan un compromiso moral de los Estados signatarios, no implican su incorporación automática a las

legislaciones nacionales, como sucede con las convenciones y los tratados (Correa y Ávila, 2003:23).

Además de ello, la gran complejidad teórica y conceptual subyacente a esas definiciones y principios complica de forma substantiva su operacionalización en las distintas realidades nacionales. Por tanto, es un enorme desafío traducir las definiciones de derechos y los principios de los programas de acción adoptados en la década pasada en políticas concretas, ya sea en el campo de los derechos o en el de las políticas sociales, incluidas las de salud.

Por otro lado, según Cottingham y Myntti (2002:84), desde El Cairo, en los discursos sobre el desarrollo y en el área académica, el concepto *salud reproductiva* ha sido usado con tres significados diferentes: como un elenco de condiciones físicas y psicológicas; como principio para organizar un conjunto de servicios específicos de salud, y como un paradigma para el cambio social. En realidad, la noción *salud sexual y reproductiva* se compone de dimensiones diferentes e interconectadas, lo que puede ser leído, a nuestro ver, equivocadamente, como diferentes significados, dependiendo de la óptica a partir de la cual es enfocada o analizada. Entretanto, esos significados son útiles para describir lo que llamamos como diferentes dimensiones, que en la realidad sólo pueden ser separadas para fines analíticos.

Así, como un espectro de condiciones, eventos y procesos a través de la vida, la salud reproductiva integraría diferentes aspectos positivos y negativos de la salud de hombres y mujeres, siendo que, en términos generales, en el sector salud el interés está siempre puesto en la enfermedad, sea por sesgo médico, sea por la apremiante necesidad de enfrentar la enorme carga de enfermedades que aflige a la población en todo el mundo. No cabe aquí adentrar en el por qué de ese sesgo, que es objeto de vasta discusión, teórica, conceptual y operacional en el campo de la salud pública. No obstante, importa subrayar que las discusiones de El Cairo y Beijing colocaron los conceptos de afecto, cariño, placer, autodeterminación y equidad en íntima relación entre ellos y con la salud, como afirman Cottingham y Myntti (2002), lo que implica una visión mucho más amplia, ya sea en lo referente al análisis de los determinantes de la salud de hombres y mujeres, como en relación con los servicios de salud, lo cual requiere elaboraciones teóricas complejas y cambios profundos en el *statu quo* cuando se piensa en cualquier forma de intervención operacional.

En relación con la dimensión *servicios de salud sexual y reproductiva*, hay un elenco de programas, actividades y procedimientos bastante bien establecidos, que vienen siendo implementados hace décadas, aunque no siempre de forma efectiva ni bajo esa denominación, sobre todo en la región latinoamericana, tales como: planificación familiar, control del cáncer cérvico uterino, atención prenatal, del parto, del recién nacido y de los menores de cinco años de edad (atención materno infantil) y control y atención de las enfermedades infectocontagiosas, etcétera. Los documentos de El Cairo y Beijing pregonan la integración de esos programas, actividades y procedimientos, cuestionando

fundamentalmente los llamados “programas verticales” que, en general, han sido la forma como vienen siendo implementados en los sistemas de salud de todo el mundo. Además, se proclama que la mejoría de la salud sexual y reproductiva depende también de la incorporación de otras intervenciones no médicas que se refieren a la remoción de restricciones legales perniciosas (como la prohibición de educación sexual para jóvenes, restricciones al uso de anticonceptivos, entre otras) y claman por acciones en otros sectores, como el jurídico y el económico, que garanticen condiciones más dignas de vida y de trabajo, para hombres y mujeres, y la superación de la desigualdad entre ellos. Por tanto, cuestiones relativas a la *integralidad* en los sistemas de servicios de salud y a la *intersectorialidad* son puntos centrales a ser considerados y temáticas extremadamente actuales y presentes en el debate sectorial más amplio.

En fin, la percepción de la salud sexual y reproductiva como un *paradigma de cambio social* convoca a revisar las distintas prácticas sociales y de salud según una nueva perspectiva, más allá del paradigma biomédico tradicional, que sitúe la salud/enfermedad en el contexto social, político y económico donde son “producidas”, lo cual incluye asuntos relativos a los derechos humanos (incluso a los derechos sociales) y a la equidad, las cuales no se restringen al sector salud.

Esa breve reseña del curso histórico y conceptual del área de la salud sexual y reproductiva y de los principios legitimados en las conferencias de El Cairo y Beijing es un importante punto de partida para la reflexión sobre la relación entre esa área y las reformas sectoriales, específicamente la del sector salud.

REFORMA DEL SECTOR SALUD (RSS) Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR): UNA BREVE REVISIÓN

Ya existe una cantidad razonable de literatura dirigida hacia la discusión de cuestiones relacionadas con la desigualdad de género, la SSR y las RSS, producida fundamentalmente a partir de la segunda mitad de la década de los 90. Sin pretensión de un abordaje exhaustivo, citaremos algunos de los textos revisados en este trabajo.⁸

Parte de esa literatura está dirigida al análisis de las relaciones entre globalización, Estado, mercado, género e interfaces (Sen, 1996; Maclean, *et al.* 2003). Otros textos relacionan globalización y RSS, en una perspectiva de género o de salud reproductiva (Meacham, 2002; Evers y Juárez, 2002; Petchesky, 2002; Nigenda, 2002; Cook, 2002). O bien, discuten las conexiones entre género, sexo y salud (Krieger, 2003). Algunos de esos estudios están dirigidos también a la formulación de un marco teórico conceptual de análisis de la interrelación RSS y SSR (Standing, 1999, 2002; Lubben,

Mayhew, Collins y Green, 2002; Maclean, *et al.* 2003; Langer y Nigenda, 2000; Langer, Nigenda y Catino, 2000).

Otra parte de esa literatura apunta más específicamente a la discusión de las cuestiones de género, SSR y equidad en las reformas contemporáneas (*The Working Group on Reproductive Health and Family Planning*, 1998; Standing, 1997, 1999, 2002, 2002; Hardee y Smith, 2000; Gómez, 2000, 2002; Onyango, 2001; González, 2001; Sen, George y Östlin, 2002; Roses, 2003).

Y un cuarto grupo, aparentemente la mayoría, analiza los “impactos” de la implementación de las RSSs en la SSR, en ciertos casos refiriéndose a países específicos o, al contrario, son evaluaciones de la implementación de la agenda de salud sexual y reproductiva (o de aspectos y dimensiones de la SSR) en los procesos de reforma sectorial (Aitken, 1998; Lush, Cleland, Walt y Mayhew, 1999; Aitken, 1999; Hanson, 1999; Merrick, 2000; Vlasoff y García Moreno, 2002; Janotti, 2002; Alonso, 2003; Bronfman y Denman, 2003; Krieger, 2003; Kawonga, Nunn y Maceira, 2003; Weller, Ravindran, Moorman y Alonso, 2003; Weller *et al.*, 2003; Alvarez-Castillo, Oluwu, Maceira y Mercer, s/d). En particular, esos estudios toman como punto de partida elementos proclamados en el Programa de Acción de El Cairo, tales como la integración de acciones o programas de SSR en los sistemas de servicios de salud bajo reforma, teniendo en consideración algunos “componentes” de esas reformas, como la descentralización, los copagos, la relación público/privado, la privatización y sus efectos en la SSR de las poblaciones.

Esas evaluaciones son, en su mayor parte, análisis sobre países asiáticos o africanos, con referencias puntuales a América Latina, no siempre fundamentados en estudios concretos puesto que la bibliografía latinoamericana dirigida a ese objeto –RSS y SSR– es aún escasa. Se encuentran, entretanto, muy buenas publicaciones teóricas y conceptuales sobre la temática de la SSR (tales como Berquó, 2003; Bronfman y Denman, 2003; Sen, George y Östlin, 2002; Giffin y Costa, 1999) y diagnósticos sobre la situación de la SSR en países específicos de la región (como por ejemplo: Shiappacasse *et al.*, 2003; Villamizar *et al.*, 2002; entre otros).

En realidad, tales análisis se dedican más propiamente a la salud reproductiva (SR), sin referirse a la temática de la sexualidad de forma explícita. Por otro lado, aunque se definan como análisis de género, en su mayoría se restringen a temas relativos a la salud de la mujer. Aunque esto pueda justificarse porque las desigualdades de género son bastante más pronunciadas y evidentes en las mujeres, ese enfoque preferencial legitima el sesgo de género en la organización y prestación de servicios de salud restringidos a las mujeres, por lo general en edad reproductiva (más específicamente embarazo y parto), sin que se avance en la perspectiva de construcción de un nuevo paradigma para la SSR en las reformas de los sistemas de salud.

8. Además de la bibliografía referida en este texto, ver también el listado de referencias y el texto preparado por Rama Lakshminarayanan, 2003, *Gender and Health Sector Reform: An Annotated Bibliography*, para o *Internacional Women's Health Coalition* (opus cit.).

En este trabajo no pretendemos hacer una reseña de esa literatura, ni tampoco comentarla en detalle, limitándonos a señalar puntos críticos de los marcos conceptuales elaborados y de las evaluaciones que se destacan como particularmente importantes para un análisis crítico sobre el tema. O sea, frente a la gran complejidad envuelta en las reflexiones sobre SSR y reforma sectorial, nuestra propuesta es contribuir a este debate de manera constructiva, utilizando como materia prima lo que ya existe de conocimiento acumulado en las dos áreas. No obstante, un análisis detallado de esa bibliografía, contrastando puntos de vista y hallazgos de investigación distintos, en diferentes países, podría constituir un punto de agenda de trabajo futuro.

En lo que concierne a las relaciones entre globalización, salud y género, o aun, globalización, género y RSS, los trabajos señalan, correctamente, que aunque no sea un fenómeno nuevo, el proceso contemporáneo de globalización tiene especificidades. Diferenciando “globalización” de “internacionalización”,⁹ Maclean *et al.* (2003:7) adoptan una definición bastante clara de globalización (a partir de Cameron y Stein, 2000): el término *globalización describe la forma cómo las naciones, las empresas y las personas se tornaron más interrelacionadas e interdependientes globalmente a partir del comercio, de las finanzas, de la producción de bienes y de una densa red de acuerdos e instituciones internacionales*. Según Lee (2000) y UNDP (1999), entre otros (*apud* Maclean *et al.*, 2003:7), *ese proceso ha cambiado la naturaleza de las relaciones humanas reduciendo las barreras de tiempo, espacio y difusión de ideas, separando (al mismo tiempo) las personas y las naciones en amplias esferas de acción, incluyendo salud y ambiente, sociedad y cultura, conocimiento y tecnología, del punto de vista político e institucional* (traducción libre).

De una manera general, los autores concuerdan en que las especificidades de ese proceso contemporáneo de globalización no sólo afectan diferencialmente la capacidad de los gobiernos de definir sus propias políticas, sea en el ámbito económico o social, sino también impactan de forma importante las condiciones de vida y salud de las personas en distintos países, negativa o positivamente, principalmente por las políticas macroeconómicas y sus prescripciones (liberalización comercial, privatización, Estado mínimo) (Maclean *et al.*, 2003; Evers y Juárez, 2003). Por otro lado, sólo recientemente esas relaciones han merecido mayor atención, mientras que en lo concerniente al impacto diferencial de ese proceso en hombres y mujeres los estudios son aún escasos y someros. La cuestión clave que permanece sin respuesta es si el proceso contemporáneo de globalización ha llevado a un desarrollo económico y social que permite un mayor protagonismo positivo de la mujer, en relación con el hombre, en lo que respecta a salud, educación y derechos legales. En

otras palabras: ¿quién gana y quién pierde, y en qué medida esas ganancias y pérdidas afectan de forma desproporcionada a hombres y mujeres? (Maclean *et al.*, 2003:3).¹⁰ En la literatura se refieren algunas constataciones sobre impactos negativos de los procesos de ajuste estructural, sobre todo en la salud de las mujeres y en los derechos reproductivos, pero se argumenta que esas relaciones no son directas o “causales” y deben ser mejor estudiadas (Standing, 1999, 2000; Evers y Juárez, 2002; Maclean *et al.* 2003).

En lo que toca específicamente a la discusión sobre RSS y SSR, un primer punto a destacar es que, de manera general, parte importante de esos estudios asume las reformas contemporáneas de los sistemas de salud sin llevar en cuenta el contexto histórico en el que son formuladas, sea en lo referente a la agenda de reforma, sea con relación con los “modelos” que son efectivamente implementados. Esa falta de historicidad torna difícil comprender las reformas sectoriales en general, y de salud en particular, como parte de un proceso más amplio e interrelacionado de la transformación de los Estados nacionales el que, a su vez, está orientado por determinadas premisas, formuladas en espacios específicos, y que afirmaron un cambio de paradigma importante en los principios que históricamente orientaban la política pública en el área social, incluida la de salud.

De ese primer problema teórico y conceptual deriva otro: el concepto de reforma del sector salud utilizado en los análisis efectuados. Aunque se afirme que la reforma del sector salud tiene *una larga historia* (Onyango, 2001), y es un concepto amplio, cambiante en el tiempo (Standing, 1999), las referencias utilizadas para señalar esa trayectoria y conceptualizar la reforma en el sector salud, tal como la cronología establecida por Standing (1999) y asumida también por Evers y Juárez (2002) no son adecuadas. Esta autora establece una cronología de las reformas sectoriales que comienza por los ajustes estructurales de los años 80; la “Iniciativa Bamako” de fines de la misma década; las “reformas del sector salud” de fines de los años 80 e inicios de los años 90 y los llamados “enfoques sectoriales amplios” (*sector wide approaches*) formulados en una reunión entre agencias internacionales, inclusive la OMS y el BM, y países “donadores”, a fines de los años 90. A nuestro juicio esos hechos no configuran diferentes “generaciones de reforma sectorial”, como quiere la autora, sino que son, en realidad, sucesivas estrategias o propuestas institucionales que integran un mismo marco ideológico y teórico, formuladas, en general, por agencias internacionales e implementadas como respuesta a una dinámica más amplia que no es identificada o siquiera mencionada en esos estudios. Por otro lado, el análisis parte de la discusión de los efectos de las reformas en la SSR de la población, principalmente de las mujeres, sin esclarecer el concepto de reforma, y no provee elementos

9. La “internacionalización” se refiere a la extensión geográfica de actividades económicas, sociales y culturales, mientras que “globalización” está relacionada a *integración funcional de esas actividades* en una perspectiva histórica nunca vista antes (Lee y Scholte, 2000; Lee, 2002 *apud* Maclean *et al.*, 2003:7).

10. Un interesante cuadro conceptual interrelacionando “globalización y salud” es presentado en la Figura 1 del texto de Maclean *et al.* (2003:6).

explicativos que permitan entender por qué esas políticas fueron formuladas así, y tuvieron los resultados desastrosos presentados. Aunque se afirme la crítica a los enfoques teóricos y conceptuales economicistas, que no tienen en consideración las desigualdades de género, tampoco se discute por qué ese sesgo se tornó tan omnipresente en el lenguaje y en las herramientas de análisis contemporáneos.

En esa perspectiva, Lubben *et al.* (2002) llaman la atención hacia la importancia de las múltiples ideologías subyacentes a los debates actuales, ya sea sobre la RSS, o sobre la política de SSR, que reflejan distintas perspectivas de diferentes actores, en diversos contextos nacionales internacionales, y desarrollan un “cuadro teórico para un diálogo político” donde enfatizan las diferentes premisas y puntos de partida de ambos movimientos –de RSS y de SSR– como también sus diferentes estrategias de acción.

Algunos autores refieren que, en tesis, las agendas de SSR y de RSS *tienen mucho en común* (Nanda, 2000, *apud* Kawonga, Nunn y Maceira, 2003), dado que ambas son iniciativas de cambio formuladas a partir de preocupaciones que guardan semejanza con, por ejemplo, equidad, participación social y desarrollo de la atención primaria en salud. Entretanto, en la práctica, esa *sinergia potencial* no habría ocurrido debido, principalmente, a los diferentes enfoques conceptuales y presupuestos de los que parten. Para Standing (2002), las agendas de RSS son tecnocráticas, focalizando esencialmente los cambios estructurales de los sistemas de salud (sin especificar cuáles serían esos cambios), mientras que los defensores de la SSR centraron sus estrategias de acción en la abogacía, reivindicando lo que debería hacerse, pero avanzando poco en cómo debería ser implementado. Esa constatación refuerza la impresión de que el desarrollo de los programas de SSR y el debate subyacente

tienden a ocurrir de forma aislada, sin una clara comprensión de los cambios más amplios en curso, ya sea en el sector público en general o en el sector salud en particular.

Agregamos que la agenda transformadora de la SSR de hecho es una “agenda paralela” a la de la reforma sectorial en salud, como afirman varios autores (como González, 2001; Evers y Juárez, 2002), y que los dos procesos de cambio son simultáneos (Alonso, 2003), con puntos de contacto en cuanto a las temáticas que incluyen, pero con objetivos diferentes en su implementación. Pero constatamos que ese paralelismo es perfectamente coherente con la historia de los movimientos feministas, siempre contestatarios, reivindicativos y emancipadores; sintonizados con la coyuntura crítica a los procesos de ajuste y reformas macroeconómicas de los años 80 y 90 y sus pésimos resultados, sobre todo en el área social y de salud. Mejor dicho, no es por acaso que las conferencias de El Cairo y Beijing ocurrieran a mediados de los años 90: fueron años duros, donde emergieron con fuerza los datos empíricos que demostraban el desastre provocado, en gran parte del mundo, sobre todo en el Sur, por los ajustes económicos. Al mismo tiempo, la agenda de reforma sectorial formulada y en proceso de implementación, era extremadamente restrictiva y cuestionaba, de manera importante, principalmente los derechos sociales y de ciudadanía, entre ellos la atención a la salud como un bien público. Por lo tanto, es una agenda paralela porque es formulada y debatida en espacios políticos e institucionales distintos, pero absolutamente convergente con el “espíritu crítico de la época” y con la tónica que siempre marcó a los movimientos de mujeres.

Con la intención de contribuir a esa discusión, presentaremos algunos elementos contextuales y de contenido que han sostenido tanto la formulación como la implementación de las RSS en América Latina y el Caribe.

2 Reforma de sistemas de salud y equidad: un marco teórico

Reforma y equidad son nociones que asiduamente han frecuentado discursos políticos, documentos técnicos y literatura científica en las últimas décadas. Como recurso de retórica, esos términos han servido a un amplio espectro ideológico, adecuándose a diferentes propuestas y propósitos. Como conceptos, han suscitado innumerables discusiones sin que se llegue a consenso sobre su definición u operacionalización. En términos técnicos y metodológicos han merecido mucha atención de los estudiosos, consultores e investigadores, desarrollándose instrumentos de medida y de implementación de políticas pro equidad que, de nuevo, afianzan diferentes agendas y proyectos políticos.

Esto se verifica en el ámbito general de las discusiones sobre desarrollo económico y social, así como en el campo de las políticas sectoriales. Entre estas últimas, el debate está siendo pautado por la discusión de nuevos modelos de reorganización de sistemas de protección social y por la redefinición de paquetes de beneficios y servicios, reavivando falsos dilemas y viejos enfrentamientos, como público *versus* privado, Estado *versus* mercado. Por otro lado, ese debate está impregnado de una búsqueda de evidencias empíricas y por la constatación de inherentes contraposiciones que tales procesos de reforma sectorial han enfrentado, principalmente entre eficiencia, equidad y calidad. Y aunque la implementación de los cambios y la propia discusión de políticas de reforma tengan innumerables especificidades y sean únicas en cada país, sea del Norte o del Sur, agendas y argumentos se han difundido por doquier y adaptados a distintas realidades, traducidos en propuestas dirigidas a la superación de desigualdades.

La imprecisión conceptual y estratégica que envuelve ambas temáticas –reforma sectorial y equidad– no es nueva. Santos ya alertó que la falta de claridad conceptual sobre “lo que es política social”, ha permitido que se identifique como tal cualquier política que tenga por objeto “problemas sociales”, *independientemente de los juicios de valores sobre el orden social que subscriben* (Santos, 1998:35). Así, se incluye en ese rol cualquier acción asistencialista o focalizada para “pobres y necesitados”, alegándose que con eso se superan desigualdades, aunque apenas busquen mitigar los graves resultados negativos de otras políticas y nada ofrezcan en términos de justicia social. Se difunde que esa es la mejor forma de superar las enormes desigualdades evidentes en la región latinoamericana, históricamente acumuladas es verdad, pero dramáticamente exacerbadas en las dos últimas décadas que cierran “el largo (e intenso) siglo XX”.

Por otro lado, la noción de “desarrollo con equidad”, que gana fuerza en las últimas décadas, frente al descalabro mundial del aumento de las desigualdades proporcionado por

las políticas neoliberales, también posibilita la construcción de consenso entre distintas corrientes político-ideológicas, ya que no hiere *a priori* los intereses individuales, pues el avance en dirección a la superación de la inequidad puede ser tan lento y gradual que, de hecho, la adopción de la equidad como principio puede ser completamente inocua o vacía de significado.

Vale a pena, por lo tanto, hacer una breve revisión histórica y conceptual de esos dos términos.

LA CUESTIÓN DE LA REFORMA: NOTAS CONCEPTUALES

En relación con el término reforma, aunque tenga un origen más definido históricamente, centrado en la clásica antítesis reforma-revolución, que caracterizó la antigua (pero siempre renovada) oposición entre diferentes estrategias de cambio social al interior del desarrollo del movimiento obrero, guardó de ese legado la esencia de esa antítesis, esto es, se refiere *al modo por el cual se da el cambio y no al resultado* (Bobbio, 2000:579, *apud* Almeida, 2002b:25).

Ambas estrategias parten de una concepción de la historia entendida como cambio y progreso. Mas, subyacente al reformismo no revolucionario existe una idea evolutiva y positivista de la historia, en la cual la transformación ocurre de forma acumulativa y gradual. Y por detrás de los movimientos revolucionarios, la concepción progresista se construye a partir de una sucesión de movimientos positivos y negativos, en permanente avance, ya sea de la realidad objetiva, o del conocimiento sobre ella; por tanto, el proceso histórico no deviene por sucesivos incrementos, sino por cambios dialécticos, que contienen en sí el germen de la disolución, donde las negaciones representan el pasaje obligatorio a las subsecuentes afirmaciones (Bobbio, 2000:590-1, a partir de Marx y Engels, *apud* Almeida, 2002b:26). En síntesis, los movimientos de reforma buscan mejorar y perfeccionar, aun hasta de forma radical, pero nunca destruir el ordenamiento existente, y esa perspectiva reformista más estrecha es la gran vencedora del final del siglo XX y comienzos del XXI.

En 1995, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definía la reforma del sector salud como un proceso sustentado de cambios fundamentales en la política de salud y en los arreglos institucionales, coordinado por el Estado, con la finalidad de mejorar el funcionamiento y el desempeño del sector, dirigidos a alcanzar mejores niveles de salud de la población (WHO, 1995). La reforma en salud estaría referida, entonces, a la definición de prioridades, al refinamiento de la política de salud y a la reforma de las instituciones que

implementan esas políticas (Janovsky y Casels, 1995). En 1997, Knowles y Leighton, reconociendo la ausencia de definiciones precisas y de las múltiples y diferentes connotaciones, definían reforma en salud enfatizando la lista de objetivos y la extensión de la reforma como más importante que la definición precisa, reiterando las premisas antes mencionadas (Knowles y Leighton, 1997:2). Otros autores definen la reforma sectorial como transformaciones específicas para mejorar la eficiencia, la equidad y la eficacia de los sistemas de servicios (Berman, 1995), ignorando las inherentes contraposiciones implicadas en esas relaciones.

Se formulan también tipologías de reforma: unas tomando en consideración la amplitud del cambio y la forma de implementación (Ham, 1997) –reforma *big-bang*, incremental, “de abajo para arriba” e incipiente– y otras que se apoyan en la definición de las “dimensiones estratégicas” o “macrofunciones” de los sistemas de salud, que deben ser objeto de reforma (Berman y Bosert, 2000) –financiamiento, prestación de servicios, incentivos, regulación e información.

Ninguna de esas reflexiones avanza en términos conceptuales, partiendo de la premisa básica de que las reformas sectoriales son procesos tecnocráticos, consecuencias naturales de la “gran transformación” en la cual el mundo está envuelto hace más de dos décadas. Ese presupuesto permite que, por un lado, solamente se identifique como “reforma” aquellos cambios que se adecuen a determinados referentes, como por ejemplo, “las reformas orientadas al mercado”, no considerando, por consiguiente, todos los otros cambios de política de salud que no tengan en consideración ese paradigma. Por otro lado, que se particularice el carácter social de la política de salud, esto es, que se redefina el derecho a la salud, excluyéndolo del elenco de los beneficios sociales, segmentándose diferentes beneficiarios, determinándose prioridades y focalizando beneficios y servicios para “pobres y necesitados”, alegándose la escasez de recursos y la imposibilidad de atender a una demanda intrínsecamente infinita.

En otra perspectiva, definimos reforma del sector salud como procesos de cambio estructural en el área de atención a la salud, esto es, momentos históricos en los que se alteran tanto las concepciones (y las creencias) sobre salud y enfermedad, como las perspectivas bajo las cuales se organizan los servicios destinados a atender a la población, así como los roles del Estado (con sus instituciones) y de las organizaciones privadas (tanto de la sociedad civil como del sector empresarial) que actúan en el sector salud.

Siendo así, podemos decir que el siglo XX, recién terminado, vivió por lo menos tres grandes “olas” (o generaciones) de reforma en el sector salud (Almeida, 1996):¹¹

1. La primera se inició al final del siglo XIX, con subsidios estatales y programas específicos para los pobres y

trabajadores de baja renta, y se extendió a las primeras décadas del siglo XX, antes y después de la Primera Gran Guerra; (Primera Guerra Mundial).

2. La segunda aconteció luego de la Segunda Guerra Mundial (1948) Segunda Guerra Mundial), con la extensión o universalización de antiguos programas o la creación de sistemas nacionales de salud, transformando el derecho de acceso a los servicios sectoriales en derecho de ciudadanía.
3. La tercera es más reciente y se da en dos momentos distintos, pero que son la misma cara de una moneda: el primero ocurrió en los años 60-70, y se configuró como una expansión específica de los servicios de asistencia médica; el segundo momento es de crisis de ese modelo lo que resultó en la formulación, en los años 80, de una *nueva agenda pos welfare* también para el área sanitaria, cuya esencia estaba en el cuestionamiento de los fundamentos básicos que habían estructurado los sistemas de salud hasta entonces.

Si en la primera onda de reformas el modelo alemán (seguro nacional de salud) fue difundido y copiado por varios países, en la segunda, el modelo británico fue absolutamente innovador, con la creación (inédita en el mundo occidental) del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*) y, principalmente, con la difusión de la concepción del acceso a los servicios como derecho de ciudadanía y de los principios de planificación sanitaria nacional para atender a las necesidades de salud de la población; y, en la tercera, la hegemonía neoliberal y los “modelos de reforma” formulados en los Estados Unidos de América (EUA) fueron cruciales.

El eje central de esas transformaciones está en la importante intervención del Estado en el direccionamiento de ese proceso de desarrollo sectorial, que tiene varias dimensiones, mas, concordando con Immergut (1992), debemos destacar que los sistemas de salud difieren entre sí fundamentalmente en la interconexión de cuatro principales dimensiones de esa intervención estatal que, conjuntamente, afectan la capacidad del Estado de gobernar el sector. Son ellas:

1. Extensión y el tipo de financiamiento público.
2. Tipo de regulación (pública y privada) que esa estructura de financiamiento proporciona.
3. Rol del Estado como propietario de los medios de producción de servicios y de insumos.
4. Rol del Estado como empleador (directo o indirecto).

La forma de imbricación de esas dimensiones es el resultado concreto del desarrollo histórico de los diversos sistemas de salud, que se situó siempre en torno al debate entre lo público y lo privado, entre el Estado y el mercado.

11. No existe consenso en la literatura sobre las diferentes “olas” o “generaciones” de reformas sectoriales. Sin embargo, la mayoría de los autores se limita a periodizar las reformas contemporáneas, esto es, de las últimas décadas, no teniendo en consideración el desarrollo histórico de los sistemas de servicios de salud.

LA CUESTIÓN DE LA EQUIDAD: NOTAS CONCEPTUALES

En lo que dice respecto al término equidad, conceptual e históricamente su formulación está relacionada con las nociones de libertad y de igualdad, que remite a la cuestión de la justicia, de los derechos y deberes del Hombre/ciudadano y del Estado. Los antecedentes de esas discusiones están en los siglos XVII y XVIII, culminando en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, de 1789, después de la Revolución Francesa y, posteriormente, en el siglo XX, en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, de 1948, y en la Convención Europea de los Derechos del Hombre (1950), que marcan la nueva era pos Segunda Gran Guerra Mundial y sirvieron de guía para todas las constituciones posteriores, de los diversos países. En ese proceso, aunque las palabras sean las mismas –libertad e igualdad– la validez jurídica y el significado conceptual cambiaron substancialmente, de manera estrechamente correlacionada una a la otra, ampliándose y enriqueciéndose sus contenidos (Bobbio, 2000:488-90 *apud* Almeida, 2002b).¹²

Esos dos valores se arraigan en la concepción del hombre como persona, en la determinación del concepto de persona humana, y remiten uno a otro en el pensamiento político y en la historia. La igualdad, por un lado, como valor supremo de una convivencia ordenada, feliz y civilizada, como aspiración perenne de los hombres en sociedad y, por otro, como tema constante de las ideologías y teorías políticas, viene siempre acoplada con la libertad, y ambas tienen en el lenguaje político un significado predominantemente positivo. Entretanto, en lo que se refiere al significado descriptivo, axiológico y conceptual, los dos términos son muy diferentes, aunque aparezcan con frecuencia ideológicamente articulados.

En términos muy sintéticos, *libertad* indica un estado e *igualdad* una relación: un estado del individuo y una relación general, deseable, entre individuos en sociedad (Bobbio, 2002:7-8). En lo que se refiere al significado descriptivo del término, en el caso de la libertad la dificultad está en su ambigüedad en el lenguaje político, que permite diversos significados (cualidad o propiedad de la persona); y, en relación con igualdad, la dificultad estriba en su indeterminación, pues es preciso especificar con qué entes estamos tratando y en relación con qué son iguales. Siendo así, el concepto y el valor de la igualdad se distinguen mal del valor y del concepto de la justicia, remitiendo al problema de atribuir ventajas o desventajas, beneficios o perjuicios, derechos o deberes, a individuos en sociedad, además de la distinción entre una igualdad justa e injusta. Ello presupone el establecimiento de la llamada *regla de justicia*, esto es, el modo por el cual el principio de justicia debe ser aplicado, la regla según la cual se debe tratar a los iguales de modo igual y a los desiguales de modo desigual, y que asume importancia

frente a la determinación de la justicia, *concebida como el valor que preside la conservación del orden social* (Bobbio, 2002:20-1). Por tanto, la definición de igualdad que interesa discutir es la igualdad afirmada como propiedad de las reglas de distribución (Oppenheim, 1993), o sea, lo que importa analizar es el carácter distributivo de la propia regla.

En esa perspectiva, igualdad y justicia poseen en realidad una importante característica común: ambas sólo pueden ser sustentadas por reglas que especifican la forma cómo determinados beneficios o perjuicios deben ser distribuidos. Así, la clasificación de cualquier regla de distribución como *igualitaria* o *no igualitaria*, no puede prescindir de consideraciones valorativas y ni toda distribución igualitaria es equitativa.

La noción de equidad en salud es caudataria de ese trayecto histórico. En un primer momento, a partir de mediados de los años 60, emerge la cuestión de las desigualdades en salud como parte de las discusiones sobre la “crisis sanitaria”, argumentándose que no había sido superada, a pesar de las grandes inversiones financieras realizadas en los sistemas de salud, y que la modificación positiva de los macro indicadores (como por ejemplo la mortalidad) se debía principalmente a cambios externos al sector. Y se remontan a la segunda mitad de los años 70 los primeros programas de los organismos internacionales dirigidos al examen de las relaciones entre desempleo, pobreza y salud. Gradualmente, esa propuesta se fue ampliando hasta incluir la discusión de los “grupos vulnerables”, y se montaron redes de especialistas para trabajar sobre el tema. La producción se intensificó y ese proceso acabó por insertar el tema de la equidad en salud en la agenda política, apuntando hacia la complejidad del objeto en estudio. Ya al final de los años 80, el interés principal se ubicó en la utilización de los resultados de investigaciones sobre esa temática en el proceso de decisión sectorial, en la perspectiva de formular políticas de reforma relacionadas con la equidad. De ese entonces vienen los esfuerzos por elaborar tanto una definición operacional de equidad en salud, como instrumentos adecuados para ser utilizados por los *policy makers* del sector.

Esa movilización en torno al tema de las desigualdades en salud se expresó tanto en la producción científica del área como en los informes y documentos de los organismos internacionales. En la revisión de la literatura, la equidad, de forma general, se refiere a *diferencias que son innecesarias y evitables, además de consideradas injustas* (Whitehead, 1992:431) y, por tanto, susceptibles de intervención mediante las políticas de los diversos sectores, inclusive el de salud. Para que una determinada situación sea identificada como injusta, sus *causas* deben ser examinadas y juzgadas en el contexto más amplio de la sociedad (Mooney y Jan, 1997), lo cual remite necesariamente a los valores y principios morales,

12. Una discusión más detallada sobre ese tema está en Almeida, 2002b. El texto aquí presentado constituye una síntesis de los principales puntos de esa discusión.

éticos y político-ideológicos que orientan la política sectorial en un determinado país y en un momento histórico dados. De ser así, en función del conjunto de valores predominantes, el término equidad puede ganar diferentes connotaciones a lo largo del tiempo y en distintas sociedades, siendo varios sus significados y raro el consenso en torno a una definición (Almeida *et alli*, 1999a). Además, hay diversas maneras de medir la justicia social y cada una de ellas produce diferentes resultados. Por consiguiente, la definición de equidad escogida para ser operacionalizada y las formas de medirla reflejan los valores y elecciones de determinada sociedad en momentos específicos. Esas consideraciones no son triviales y revelan los objetivos estratégicos de diferentes definiciones.

El debate conceptual sobre equidad recobra fuerza, por lo tanto, a partir de los años 80, en el ámbito de las políticas de reforma que, al mismo tiempo que cuestionan la extensa intervención estatal en salud (léase, el monto del financiamiento público, la provisión estatal de servicios, etcétera.), preconizan la reforma del Estado y de los sistemas de salud, para actuar de forma más eficiente y efectiva y con mejores resultados en términos de equidad. A partir de entonces, se pasó a afirmar que aunque la política social tenga como principio orientador la búsqueda de la equidad, se hacía necesario *definir adecuadamente el modo de aplicar tal principio* (Cohen y Franco, 1993:27; Almeida, 1997a), cuyos límites políticos son claramente definidos por la decisión acerca de la destinación de los recursos. En lo que concierne a los servicios de salud, se recomienda una política compensatoria, basada en principios de selectividad con base territorial y focalización en los más necesitados, además de la definición de prioridades, trabajando *con una concepción sintética de lo social* (Cohen y Franco, 1993:30). El principio de equidad es evidenciado en una perspectiva restringida, o sea, de intervención pública reducida a un nivel básico y con priorización de los grupos poblacionales más carentes, lo que puede redundar en resultados menos equitativos (Almeida, 1997a). A lo largo de los años 90, ese debate se amplió considerablemente, tornándose en los foros nacionales e internacionales en uno de los principales puntos de la agenda de discusión sobre las reformas sectoriales.

En la coyuntura actual de reformas sectoriales, el principio de la equidad, presente en la agenda reformadora, frecuentemente está condicionado a los objetivos de eficiencia, sometida a los “límites de caja” y de costo-efectividad que, a su vez, no incluye el análisis de los objetivos de determinada política y excluye, explícitamente, la valoración de los fines que la justifican, cuya definición e implementación pertenecen al campo político y no al análisis técnico. De ese modo, las políticas se restringen a determinar la alternativa más eficiente para alcanzar determinados objetivos, pero no tienen en consideración los resultados de determinada acción para la sociedad en su conjunto. En otras palabras, aunque sea deseable y necesario que las acciones en salud sean más eficientes, además de efectivas, la cuestión de las diferentes necesidades de distintos grupos de población es reducida a la disminución de la intervención estatal y del

financiamiento público, traducidas en las políticas de focalización en los más pobres y de privatización, proclamadas como más equitativas.

Tratándose, por tanto, de una *meta ideal* que marcó el siglo XX, estuvo en extremo presente al final del milenio y continúa cada vez más presente a comienzos del actual, y cuya urgencia no se puede ignorar más, *es sorprendente que esté subsumida por una adoración del libre mercado* (Bobbio, 2000:507).

OPERACIONALIZACIÓN DEL CONCEPTO DE EQUIDAD EN LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD: ALGUNAS NOTAS

La conceptualización de equidad en salud ha sido objeto de amplio debate que abarca varias dimensiones del problema, estimulando la discusión sobre su operacionalización, ya sea para aprehender los determinantes de las desigualdades en salud, o para la formulación de políticas y prioridades a ser implementadas con vistas a la disminución de las diferencias sociales en el campo de la salud. Paralelamente, gana relevancia la elaboración de instrumentos e indicadores para el monitoreo de los procesos de reforma de los sistemas y la evaluación de los resultados en la perspectiva de la equidad, surgiendo algunos aspectos críticos en ese debate.

Entre ellos, el más evidente, apuntado por varios autores (Friedman, 1980; Mooney, 1986; Whitehead, 1994; Pereira, 1995; Porto, 1997, entre otros), se refiere al tema a cerca de que resultados equitativos presuponen redistribuciones desiguales de recursos, producto de ajustes efectuados en función de los factores biológicos, económicos, sociales, políticos y organizacionales determinantes de las desigualdades existentes (Almeida *et al*, 1999).

También se debe distinguir entre diferencia y diversidad. La diversidad es determinada por factores ajenos a la voluntad humana o como resultado de las voluntades individuales, mientras que aquello considerado socialmente injusto incluye valores, cuestiones éticas, morales y políticas, refiriéndose a diferencias “indeseables” y evitables (Almeida *et al*, 1999). El punto a destacar es que las diferencias sociales están intrínsecamente ligadas a la estratificación social, esto es, al hecho de que los individuos insertos en relaciones sociales tienen oportunidades diferenciadas de realizar su bienestar (intereses materiales) (Wright, 1989). En otras palabras, son las relaciones sociales las que determinan los procesos por medio de los cuales las personas obtienen acceso desigual a los recursos materiales y a los beneficios sociales que resultan del uso de esos recursos. De esa manera, las políticas dirigidas a reducir el efecto de las relaciones sociales en las diferencias entre los grupos poblacionales deben orientarse a minimizar las desigualdades existentes entre las personas en sus oportunidades de mejorar su bienestar (Travassos, 1992). Por otro lado, la distinción entre diferencia y diversidad es compleja y muchas veces sólo puede hacerse teóricamente.

Así, las definiciones operacionales de equidad en el área

de la salud, explícitas o implícitas, siempre van a trabajar, en alguna medida, con la noción de necesidades diferenciadas de distintos grupos sociales, en los cuales en general se imbrican los determinantes de la diversidad (sexo, edad, raza, etcétera) con los de la diferencia debida a la injusticia social (niveles de ingreso, acceso a bienes y servicios, etcétera). Entre tanto, cabe subrayar que aun factores ligados a la diversidad, como género y raza, pueden asumir, más allá de la diversidad, la connotación de inequidad en función de las relaciones sociales existentes (Almeida *et al*, 1999).

Desde el punto de vista operacional, es necesario distinguir también entre equidad en salud y equidad en el consumo de servicios de salud, puesto que el diseño de las políticas difiere según cada uno de esos objetivos, esto porque los determinantes de las desigualdades en el enfermar y morir difieren de aquellos de las desigualdades en el consumo de servicios de salud. Las inequidades en salud reflejan, predominantemente, las desigualdades sociales y, en función de la relativa efectividad de las acciones de salud, la equidad en el uso de servicios de salud es condición importante, pero no suficiente, para disminuir las desigualdades en el enfermar o morir existentes entre los grupos sociales (Travassos, 1992; Almeida *et al*, 1999).

Por otro lado, en el análisis de la equidad en el uso de los servicios, deben ser consideradas las dimensiones geográfica y social de las desigualdades, dimensiones complementarias y necesarias para alcanzar mayor equidad (Travassos, 1992). Las variaciones geográficas reflejan, en gran parte, diferencias en el volumen de recursos para el sector disponibles en cada región, impactando el tamaño y la calidad de la red de servicios. Refleja también las opciones de políticas de salud que condicionan la definición del modelo asistencial local.

La dimensión social de las desigualdades en el uso de servicios de salud, a su vez, muestra las variaciones en la oportunidad de consumo de servicios entre los diferentes grupos sociales. La estructura plural y fragmentada en los diversos mercados de salud genera selectividad social, provocando un patrón desigual de uso de servicios. Sin embargo, las variaciones existentes en la configuración de los sistemas de salud pueden reducir o ampliar esas desigualdades. El *mix* público/privado local, esto es, el tamaño relativo, la complejidad tecnológica de la oferta de servicios en los mercados de salud público y privado, así como la distribución espacial de esos servicios va a marcar el patrón de desigualdad social en cada área (Almeida *et al*, 1999).

Respecto a necesidades de salud, no existe una definición única ni una única metodología para medirla. De una manera general, los autores concuerdan en que el concepto de necesidad no es absoluto, pues las diversas formas de aprehender el perfil de necesidades de grupos poblacionales específicos siempre van a expresar visiones parciales, que están limitadas tanto por cuestiones metodológicas (por ejemplo, la validez de los métodos diagnósticos), como por percepciones y valores, ya sea del propio individuo, o del evaluador. Por otro lado, existen también dificultades

importantes en relación con los conceptos y con las formas de operacionalización de las variables referentes a la condición social de los individuos (Almeida *et al*, 1999).

Por lo tanto, la operacionalización del principio de equidad exige el refinamiento del concepto, así como la definición de metodologías e indicadores que subsidien no sólo la formulación y la implementación de políticas que apunten a la equidad, sino también el monitoreo y la evaluación de los resultados de estas políticas.

La opción por la equidad implica, por un lado, definirla según principios éticos y morales relacionados con el grado de desigualdad social que una sociedad acepta (o consigue soportar) y, por otro, en operacionalizarla según lógicas teóricas y políticas que orientan las formas como conceptúan los grupos sociales, y los arsenales tecnológicos disponibles que instrumentalizan la intervención y su evaluación en el sentido de disminuir las desigualdades en salud.

RSS Y SSR: UN ESQUEMA TEÓRICO Y CONCEPTUAL DE ANÁLISIS

No es fácil elaborar un esquema teórico y conceptual para analizar las interrelaciones entre los procesos de reforma en los sistemas de salud y la salud sexual y reproductiva, debido a la complejidad de los dos temas y a la cantidad de variables involucradas.

Mientras tanto, entre la bibliografía revisada, un esquema elaborado por Lubben *et al*. (2002:670) que merece atención, puede constituirse en un punto de partida para esa discusión (Figura 1, Anexo 2). Así, los autores elaboran un esquema analítico donde interrelacionan, de manera interesante, los determinantes-clave del *status* de la SSR de la población e indican dónde serían afectados por los *componentes* de reforma del sistema de salud, destacando algunos puntos centrales. Tomando ese esquema como base, adoptamos la propuesta adaptándola a nuestro marco de referencia, y definimos los siguientes puntos como fundamentales para los objetivos de este análisis:

1. El estado de la SSR de la población debería estar localizado en el centro de las acciones y actividades de salud y, por tanto, en el centro del modelo de análisis. Eso se justificaría porque en la mayoría de los países existe una tendencia a centrar la discusión en los servicios de salud, o programas volcados para la SSR, generalmente de modo estrecho y centrado en pocas acciones de asistencia médica, por lo general orientadas para la mujer en edad reproductiva o para la fase de reproducción, esto es, para el embarazo, parto o puerperio. Es decir, la meta no es la mejora del estado de la SSR de la población, sino más bien, la eficiencia de los servicios de salud, en general focalizada a esa fase del ciclo vital y, más aún, teóricamente en los grupos sociales más pobres. Es en esta perspectiva como se torna tan importante colocar el estado de la SSR de la población como centro del esquema en este enfoque.

2. Los determinantes de la SSR son analizados tanto a nivel macro como micro. En el nivel macro, el análisis se refiere a las complejas interrelaciones entre los factores económicos, sociales, políticos, demográficos y epidemiológicos; además, se agregan los factores que interfieren en la formulación e implementación de la política de salud de la reforma, ya sea en el contexto internacional y su interferencia en el ámbito nacional, o en el contexto nacional y local. En el nivel micro, se correlacionan los factores que influyen más directamente sobre el tema de la SSR, tales como la existencia de programas específicos en los servicios de salud y en las propuestas de reforma, la forma de provisión de servicios (interrelación público/privado), integralidad de la atención, etcétera, como también la existencia de acciones intersectoriales; el empoderamiento de las comunidades e individuos en relación con esa temática, o sea, la actuación de las organizaciones de la sociedad civil; y asociaciones entre distintos subsectores, organizaciones y comunidades.

Este elenco de factores se correlaciona de manera particular en los distintos países, impactando positiva o negativamente la SSR de las poblaciones. Ese impacto es mediado por los procesos de reforma de los sistemas de salud. En la figura 1 esa conexión es demostrada por el círculo más grande que envuelve el *status* de la SSR. La cuestión clave es la compatibilidad o coherencia entre los factores contextuales que la afectan, analizados anteriormente, y los cambios propuestos o implementados en los procesos de reforma de los sistemas de salud.

Otro instrumento desarrollado por los mismos autores (Lubben *et al.*, 2002:670), y que parece útil para este debate, es la matriz de políticas y evidencias de investigación. Aunque

fue pensada en la perspectiva de estimular el diálogo sobre el tema de la RSS y de la SSR entre los distintos actores y redes de políticas, lo mismo que para identificar cuáles son las lagunas donde se necesita investigar, la matriz también puede ser utilizada en la perspectiva de priorizar la identificación de los problemas a ser enfrentados por los procesos de reforma para alcanzar mejores niveles de SSR. De la misma forma, a partir de esa matriz desarrollada por Lubben *et al.* (2000:670-672), proponemos adaptarla para esa identificación.

En el eje vertical de la matriz están colocados los principales elementos de las agendas de reforma y la manera como están traducidos los nuevos arreglos incorporados en los servicios de salud, esto es, en el diseño del sistema de salud; y en el eje horizontal se indican los principios clave designados para mejorar las condiciones de la SSR de la población, pudiendo cada uno de ellos desagregarse en otros componentes específicos.

Con base en estudios de caso es posible establecer relaciones positivas o negativas entre los dos ejes, esto es, entre cada parte de los determinantes de la SSR y los componentes de la reforma, indicando situaciones problemáticas que deberán ser enfrentadas. Un ejemplo de cómo puede ser construida esa matriz se encuentra en la tabla 1 del anexo 2.

Aunque este esquema conceptual no haya sido desarrollado *a priori* para la elaboración de los estudios de caso realizados en el ámbito de este trabajo, la discusión que sigue, en alguna medida, está pautada por él. Por otro lado, este esquema analítico no está siendo “probado” o aplicado en esta etapa de nuestra investigación. Obviamente ésta es una primera aproximación a un marco analítico que posibilite avanzar en la discusión y, como tal, es bastante preliminar.

3 Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe: contextualización y agenda

Aunque el término globalización viene siendo utilizado de forma corriente e imprecisa para referirse a una creciente interdependencia de las economías del mundo y como si fuera un fenómeno antiguo e inherente al capitalismo, los aspectos recientes de la globalización no son fenómenos “naturales”, ni dinámicas inexorables, sino que son activamente producidos en coyunturas específicas, sobre todo en las últimas décadas (Tavares y Melin, 1998), con serias repercusiones en los campos económico, social, político y cultural.

Es en esa perspectiva en la que afirmamos que los años 70 y 80 del siglo pasado fueron palco de transformaciones mundiales simultáneas, de gran envergadura, que han alterado profundamente la naturaleza de las relaciones económicas y de poder entre los Estados nacionales, así como las actitudes políticas y socioculturales de la humanidad en relación con valores y principios hasta entonces considerados consolidados y ampliamente aceptados. Esas transformaciones, desencadenadas por la crisis económica, a partir de mediados de los años 70, se manifestaron tanto en el plano económico como en el político y social, provocando un intenso proceso crítico, a la derecha y a la izquierda, que llevó a innumerables revisiones y a la emergencia de procesos de reforma en todo el mundo. Por lo tanto, es preciso situar históricamente en el tiempo y en el espacio ese movimiento de cambios e identificar las premisas subyacentes a esas reformas, cuya elaboración comenzó en los años 80.

Partimos del presupuesto de que la crisis económica que se instaló en el mundo central a partir de los años de 1973 a 1975, apagó el resplandor de los “años dorados” y decretó el agotamiento de los patrones de desarrollo que habían guiado los rumbos mundiales hasta entonces. Fue una transformación profunda que se manifestó, en el plano económico, en los dominios de los tres elementos constitutivos del sistema capitalista – la dinámica de la acumulación de capital, la relación entre las esferas pública y privada y el sistema de mercado. Y, en el plano político social, provocó un proceso crítico sin precedentes, a la derecha y a la izquierda, que deconstruyó las matrices histórico-científicas y político-ideológicas organizadoras de las luchas colectivas de las sociedades (Fiori, 1993:387).

Paralelamente, la crítica al pluralismo democrático, al intervencionismo estatal (planificación, regulación, distributivismo de las políticas sociales, universalismo de la protección pública), realizada tanto por la derecha como por la izquierda, desencadenó un demoledor ataque al Estado de bienestar social.

Asumimos, también, que esa crisis se encerró a partir de comienzos de los años 80, lo que se evidencia por la superación del proceso desestructurante en los países centrales, la recomposición ideológica y el avance de las fuerzas políticas conservadoras (capitaneadas por Reagan y Thatcher) y, en el plano económico, por el predominio de la hegemonía norteamericana. En lo tocante a la política social, en la cual la política de salud se inserta, aparentemente termina ahí la era de los programas gubernamentales universales y socializantes, con el desmonte ideológico y pragmático del *welfare state*, y se inicia un proceso de transición. La aplicación de aquel arsenal crítico, dirigido más específicamente a las políticas sociales del *welfare state*, aunque a partir de referentes teóricos e ideológicos muy diversos, tuvo como resultado el refuerzo de las posiciones neoconservadoras y contribuyó a la construcción de la más avasalladora hegemonía neoliberal, la que se consolidó en los años 80.

La macroeconomía de los procesos de ajuste y reestructuración industrial ha constituido la esencia de las políticas de reforma económica en todos los países centrales y periféricos, fuertemente matizada por la hegemonía neoliberal que marcó la década de los 80 y se proyectó a los 90, cuyos objetivos principales son la desregulación y la liberalización de los mercados nacionales e internacionales (financieros, de bienes y de factores de producción, sobre todo del mercado de trabajo); la reducción substancial del tamaño del Estado (y de sus responsabilidades sociales), y la privatización de las empresas estatales y de los servicios públicos. Esto ha significado disminuir las actividades convencionalmente asignadas al sector público, restringiendo la actuación del Estado a aquellas acciones que le son “propias”, alegándose que, por esta vía, se tornaría más eficiente. Todas esas dimensiones han exigido cambios institucionales profundos con serias consecuencias para el desarrollo económico, político y social del mundo.

En lo que toca a la política social, incluida la de salud, esa dinámica fue marcada por el debate sobre el agotamiento del Estado de bienestar social (*welfare state* keynesiano), una vez que la crisis económica puso en jaque los mecanismos hasta entonces utilizados para el control y dirección del desarrollo económico y social, en el que históricamente el rol de los Estados nacionales fue preponderante, tanto en el hemisferio Norte como en el Sur.

Independientemente del cuño ideológico que animó el debate antes mencionado, el enfoque crítico se centró en el

cuestionamiento de la validez de la política social como un medio adecuado, legítimo y efectivo para suplir las innumerables carencias de los individuos en la sociedad. Y la crisis económica impuso límites objetivos que fueron utilizados políticamente.

Analíticamente, los hechos concretos evidenciaron, tanto algunas de las principales fragilidades del Estado de bienestar social, sobre todo en los países europeos, dinámicamente insertas en su propio crecimiento, cuanto los profundos cambios estructurales operados a partir de la mitad de los años 70. En ese proceso ganaron visibilidad varios problemas, que aunque no exclusivos del sector estatal, adquieren especial importancia en esa coyuntura crítica, y algunas temáticas sobresalen de forma relevante, como la cuestión de la equidad.

No obstante, con mucha frecuencia se observa que la inclusión del principio de equidad en la formulación de las políticas de salud no fue acompañada de una implementación que redundara en la superación de las desigualdades y alcance de mejores niveles de equidad en la prestación de servicios de salud. Esto es especialmente importante en las agendas reformistas contemporáneas, en las que las transformaciones propuestas estaban orientadas hacia la valorización del mercado en detrimento de los servicios públicos, sobre todo los estatales, y son recomendadas como las más efectivas para alcanzar mejores niveles de equidad. Siendo así, formular la pregunta sobre la posibilidad de realización de principios de equidad en el contexto actual de globalización económica, significa interrogarse sobre el papel del Estado, su efectividad en la lucha contra la pobreza, su capacidad de garantizar la paz y la justicia social, cuestiones totalmente ajenas al mercado.

EL CONTEXTO DE LAS REFORMAS EN EL SECTOR SALUD

Históricamente, las coyunturas en las que se verificaron inflexiones decisivas en la estructuración de los sistemas de servicios de salud siempre estuvieron vinculadas a procesos y aspectos económicos, sociales y políticos más amplios, que no están referidos necesariamente al campo de la salud.

Así, la intensa movilización política y social de los años 60 y 70 estimuló, también en el campo de la salud, una crítica contundente y cuestionadora de todos los fundamentos que habían orientado la estructuración de los sistemas sanitarios, sobre todo de la práctica médica. Inicialmente, amplio y multiforme, ese proceso colocó la asistencia médica como el epicentro de la crisis en el sector y tuvo como principal blanco tanto al médico como a la *performance* de los servicios de salud. Con la crisis fiscal del Estado, a partir de mediados de los años 70, y la hegemonía neoliberal de la década de los años 80, esa crítica se restringió paulatinamente y la “crisis sanitaria” se redujo a una “crisis de los sistemas de servicios de salud”, en la cual la cuestión de los costos ganó relevancia.

La base teórica de las justificaciones de un movimiento reformista de los sistemas de salud, que se consolidó en los

años 80, se apoyó en varios argumentos pero, en esencia, era la misma formulada para decretar el fin del *welfare state*.

En la práctica, entre las décadas de los 70 y 80, hay una nítida diferencia en el direccionamiento general de la política de salud implementada en diversos países. Mientras que en los años 70 las reorganizaciones aún mantenían la perspectiva de expansión de los sistemas, aunque en una línea claramente racionalizadora, en los años 80 el clima dominante fue de exacerbación del discurso ideológico acerca de que el gasto sanitario era incontrolable, la demanda era infinita y los profesionales y expertos eran los principales responsables por esa situación, justificándose por esa vía la inexorabilidad de las reformas.

Mejor dicho, con la crisis económica de mediados de los años 70, la preocupación con la salud en prácticamente todos los países centrales cambió de significado y la cuestión de los altos costos de la asistencia médica ocupó el centro de la agenda pública sectorial. Los servicios sanitarios en los países centrales absorbían en promedio 7,5% del PIB (más de 12% en los EUA) y el monto público de ese gasto totalizaba en muchos países cerca de 76% (5,5% el PIB), además de que la “inflación médica” se había mantenido más alta que los valores de la inflación de la economía en general, en la mayoría de los países en las últimas décadas (Schieber y Poullier, 1991:24). Hubo consenso, en todas partes, sobre que tales sumas deberían ser gerenciadas y la inflación sectorial necesariamente contenida, siguiendo las prescripciones de las políticas de ajuste macroeconómico entonces en curso.

En la segunda mitad de la década de los 70, la preocupación con los costos de la asistencia médica ya era evidente (en las políticas de los gobiernos, y en los EUA, también en las de las empresas), y el enfoque de regulación a través de reorganizaciones administrativas y de coordinación planificada de los sistemas paulatinamente dio paso a las medidas de contención de costos y a las propuestas de introducción de mecanismos competitivos en el mercado sanitario (cuya vanguardia fue norteamericana).

A partir de fines de la década de los 70, en ambos lados del Atlántico, tanto los gobiernos como los demás responsables por el pago de los servicios de salud (que podían ser diferentes instituciones o actores, dependiendo del país), pasaron a involucrarse activamente en la lucha por la disminución de la tasa de crecimiento del gasto sanitario, siendo posible encontrar, al mismo tiempo, grandes similitudes y fuertes contrastes en los mecanismos y en las políticas de contención de costos implementadas por los diversos países. Donde las metas nacionales macroeconómicas pudieron ser articuladas con las políticas sectoriales se intentó vincular (a veces con éxito) los aumentos del gasto sectorial a las mismas tasas de crecimiento del ingreso nacional.

Ya en los años 80, la generalización de las políticas de ajuste y reestructuración, la organización de bloques regionales de países y el intento de los gobiernos y organismos internacionales de crear patrones (y normas) que permitieran algún tipo de coordinación y direccionamiento económico mundial, aliados a la hegemonía neoliberal, difundieron

ideas de convergencia de políticas sectoriales, justificadas por la necesidad de controlar el *déficit* público, centradas en las premisas de introducción de mayor capacidad gerencial y regulación en los sistemas competitivos (o pluralísticos) y de mecanismos de competencia en los sistemas públicos tradicionalmente administrados de forma integrada.

El continuo y resistente crecimiento del gasto sanitario en los EUA, tanto por la falta de instrumentos gubernamentales más efectivos para la contención de los costos de la asistencia médica, como por la tradición de “libre mercado”, llevó a la elaboración de propuestas que se volvieron paradigmáticas, difundidas como mecanismos más eficaces para lograr mayor eficiencia y que fueron incorporados a las reformas en Europa y en algunos países del Sur.

En la mayor parte de la literatura que se dedicó a discutir esa crisis, se observa una gran homogeneidad en las evaluaciones (con argumentos básicamente económicos, independientemente de la filiación ideológica del autor) y la constatación de una confluencia de problemas semejantes enfrentados por todos los sistemas sanitarios en los diversos países.

El control del *déficit* público y del gasto sanitario subyace en todas las reformas, vinculadas a exigencias macroeconómicas, incorporando las mismas premisas de menos Estado, privatización, flexibilización y desregulación. Los ejes alrededor de los cuales se articulan esas propuestas son la restricción de la autonomía profesional, la reestructuración del *mix* público/privado, y la descentralización hacia los niveles subnacionales y el sector privado.

La elaboración de esas propuestas de reforma tiende a centrar su crítica en el lado de la oferta de servicios y beneficios, con especial énfasis en aquellos vinculados con la protección social, es decir, al cuestionamiento del Estado “proveedor” o del Estado de bienestar keynesiano. Las premisas centrales que fundamentan esa perspectiva se refieren, por un lado, a la sobrecarga estatal frente a las demandas exacerbadas por la crisis económica y la presión de los grupos de interés, derivándose de allí la evaluación de los efectos dañinos para las economías nacionales debidos a una excesiva intervención del Estado en los negocios privados y a los altos impuestos necesarios para sustentar la política social. Por otro lado, se subraya que, en términos generales, las decisiones del Estado reflejan las preferencias de políticos y burócratas, movidos fundamentalmente por objetivos particulares, orientados a obtener o conservar el poder.

Muchos de los enfoques que han resultado privilegiados por ese camino, y que han orientado las propuestas de reforma del Estado, se originan de la perspectiva institucionalista de la elección racional, y algunos de los conceptos clave están centrados en la relación “principal agente” y en los problemas derivados de los costos de las negociaciones económicas y políticas (Kaufman, 1995; Przeworski, 1995).

Aunque el empeño para hacer que el Estado funcione mejor no sea nuevo en la historia moderna, nunca un

movimiento de reforma tuvo una agenda tan homogénea, fue tan amplio y se difundió con tanta rapidez. En una visión optimista, ese proceso busca nuevas formas de asegurar la *res pública*, es decir, el uso del Estado para promover el interés público.

En esa perspectiva, la ola generalizada de reformas contemporáneas toma, según Kettl (1996), características de una “revolución global” (de ideas y de políticas). Su novedad no está solamente en la generalización en el ámbito mundial de una misma agenda de reforma, sino también en el interés puesto en el “gerencialismo”, alegándose que las estructuras burocráticas jerárquicas tradicionales, con sus procedimientos normativos y rigidez inherentes, son perjudiciales a los intereses públicos, ineficientes e ineficaces. Los reformistas construyen su “revolución” sobre la afirmación de la erosión de las teorías de la autoridad jerárquica burocrática, que fueron la base de sustentación de la gerencia del Estado moderno por más de un siglo. Parten del presupuesto que, como cualquier monopolio, las agencias estatales son intrínsecamente ineficientes, tienden a crecer indefinidamente y tienen como resultado un mal desempeño. El centro de atención se traslada desde las actividades o “productos” de las agencias gubernamentales (*outputs*) a los resultados de esas actividades (*outcomes*), (Kettl, 1996: 38-41).

A pesar de esa apelación y dinámica universales, dos dilemas permanecen en el centro del debate: el primero se refiere a la construcción de administraciones gubernamentales que funcionen mejor y con menos recursos (es decir, más eficientes), el segundo se vincula a cuáles serían las funciones propias del Estado, o sea, se refiere a una necesaria “refundación” de las responsabilidades estatales con la respectiva reestructuración organizacional.

Es necesario separar, sin embargo, dos momentos distintos de ese proceso reformador: el primero corresponde a la época de la hegemonía neoliberal de los años 80, donde el discurso ideológico predicaba la quiebra del *welfare state* y donde predominaban las políticas centradas en la contención de costos y el control de gastos, que intentaban restar consideración a la cuestión social a través del estrés fiscal (France, 1993), del subfinanciamiento y de la exaltación del individuo, en oposición a su “dilución” en el colectivo; y el segundo período, más reciente, cuando se formulan propuestas de reforma, analítica y técnicamente fundamentadas, con la intención de retirar la responsabilidad única del Estado de alguna de las actividades que hasta ese momento habían conformado la red de seguridad social construida bajo la perspectiva keynesiana.

Los modelos de reforma que emergen en los años 90 suavizan el discurso ideológico, exacerbado en los 80, partiendo incluso de la crítica de las propuestas neoliberales, sin por ello significar un retorno a las premisas del Estado providencia anterior. En realidad, las reformas en curso intentan hacerse cargo de los “nuevos” problemas que maximizaron las políticas restrictivas de la década anterior, situándolos en el centro de las diferentes arenas sectoriales, recuperando, bajo nuevas bases, la perspectiva del Estado

minimalista. Las principales características de esa agenda son la centralidad de la perspectiva económica, la difusión de las mismas premisas para todos los sectores y el desplazamiento del interés hacia la operacionalización de las políticas, retirándolo de los principios que dan base a su formulación.

En América Latina y el Caribe, los ajustes macroeconómicos de los años 80 indujeron efectos graves y perturbadores a largo plazo, ya sea en el aumento de las desigualdades, o en la estructura y financiamiento del sector público. Además, los reformadores dedicaron poca atención a la reestructuración administrativa y nada hicieron contra el deterioro de los recursos del sector público (Fanelli, Frenkel y Rozenwurcel, 1992: 48). Más aún, esa profundización de problemas se produjo en función de políticas macroeconómicas implementadas que excluyeron las políticas sociales, excepto como parte de la asignación de gastos de las políticas fiscales, disminuyendo de manera importante la inversión pública con el consiguiente deterioro de la infraestructura, de los servicios y de la capacidad gerencial (Hoeven y Stewart, 1993:13). Por otro lado, son concomitantes a la consolidación de los regímenes democráticos, restaurados a través de complicadas transiciones políticas.

Por consiguiente, la cuestión central de la agenda pública para la región en los años 90 fue (y todavía es) cómo reconstruir la capacidad del Estado, al mismo tiempo que se lo reestructura (Fiori, 1993), con el fin de implementar las políticas de reforma necesarias para enfrentar los problemas exacerbados desde los años 80. En ese proceso, se sobreponen las dos problemáticas –construcción y reestructuración– que, más allá de las dificultades inherentes, requieren también de un aumento en la inversión.

Por lo tanto, la inclusión del tema de la reforma sectorial en la agenda política en nuestra región se da de manera bastante compleja: por la exacerbación de los alarmantes índices de pobreza y el agravamiento de la situación de salud de las poblaciones, por la disminución de la inversión pública en el área, por la emergencia y/o visualización de nuevos actores que expresan demandas sociales, por las condicionalidades de la reestructuración económica y de los acreedores internacionales, y por la necesidad de reforma del Estado, en la cual el cambio sectorial figura como prioritario.

La agenda de las reformas institucionales para América Latina ha sido fuertemente influida por cinco amplios temas, que recorren el mundo hace más de dos décadas, desarrollados por el Banco Mundial y otras organizaciones internacionales que participan en ese proceso (Kaufman, 1995:5):

1. La centralización y el aislamiento político del control de la política macroeconómica, particularmente en lo que concierne a las decisiones referidas al gasto público y a la política monetaria, con subordinación de las políticas sociales a esos dictámenes.
2. La descentralización y privatización de las burocracias encargadas de la provisión de servicios sociales.
3. La introducción de competencia entre proveedores de

bienes y servicios (públicos y privados) como forma de aumentar la eficiencia y, supuestamente, la calidad.

4. La delegación de funciones reguladoras a agencias independientes, encargadas de monitorear a los proveedores de servicios y de manejar las externalidades asociadas a la privatización, flexibilización, desregulación y otras reformas orientadas al mercado.
5. La creación de un número limitado de cargos para funcionarios públicos “esenciales”, más capaces, con considerable poder operacional, que serían reclutados con base en criterios meritocráticos y evaluados según estándares específicos de desempeño.

LA AGENDA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

En el área de la salud ese proceso se ha traducido en la formulación de una agenda *post welfare state* también para el sector, bastante sintonizada con el amplio movimiento mundial de reforma del Estado, provocando un cambio significativo en la arena política sectorial y cuestionando fuertemente la forma cómo, hasta ese momento, los sistemas de salud venían siendo organizados y desempeñaban sus funciones. (Almeida, 1995). En ese proceso ha sido cuestionada la permanencia de la atención médica para los beneficios, que componen la red de seguridad de la política social (Almeida, 1996 a y b; 1997).

La agenda de reforma de los servicios de salud formulada en los años 80 estaba centrada en un *cambio de paradigma de la intervención estatal en el campo social* (OECD, 1987; Bennett, 1990:12-21) y el elemento central era la implementación de políticas que se basaban en el concepto de demanda expresada según las preferencias del consumidor y que tomaban en consideración la cuestión de los costos.

En el campo sanitario, sobre todo en lo que concierne a la asistencia médica, esa retórica ideológica estimuló la formulación de un diagnóstico sectorial común a todos los países, que apuntaba a la necesidad de determinados cambios, difundidos y estimulados por los organismos internacionales (como la OECD y el Banco Mundial), además de que los EUA ejercieron un rol director en la formulación de esa nueva agenda sanitaria *post welfare*.

Se agrega a ese cuadro un reordenamiento de la arena internacional, con pérdida de espacio de las organizaciones tradicionalmente encargadas de la cuestión sanitaria (como la OMS) y predominio de las temáticas económicas, conducidas por las agencias financiadoras y estimuladoras de los procesos de ajuste y reestructuración (como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional).

Centrada en argumentos básicamente económicos, esa evaluación evidenciaba varios problemas, de hecho presentes en el campo sectorial; mas, en la retórica reformista de entonces, pregonaba que:

1. La inexorabilidad de la escasez de recursos no permitía el mantenimiento de los patrones anteriores de gasto sanitario, cuyos valores comprometían el *déficit* público,

- cuestionándose el predominio de los fondos públicos en el financiamiento de la prestación de la atención médica y la inversión tecnológica continua y frenética, recomendándose la restricción de la oferta y la descentralización (hacia niveles subnacionales y sector privado).
2. La falta de compromiso de los agenciadores del gasto (esto es, los profesionales) con los costos de los servicios, impedía la identificación de responsabilidades en el uso de los recursos, exigiendo medidas de restricción de la autonomía profesional y el desplazamiento del poder monopólico de los prestadores de servicios, con la introducción de mecanismos competitivos y de cambios gerenciales típicos del sector privado. O sea, el médico fue el blanco de esa crítica.
 3. La situación de salud de las poblaciones no había mejorado en la misma proporción en que se han incrementado la inversión en salud y los costos de los sistemas sanitarios, lo que indicaba desperdicio y necesidad de redireccionar prioridades, esto es, la relación entre niveles de atención debía ser repensada (léase, atención primaria *versus* atención hospitalaria).
 4. La remoción de las barreras de precio para el consumo de servicios de salud remitía siempre al exceso de la demanda (tanto en el caso del financiamiento estatal como del privado), que debían ser controladas (por el gobierno, las empresas y las aseguradoras), a través de la participación financiera del usuario o de coberturas parciales. Quiere decir, era necesario reprimir la demanda de servicios incentivando la “conciencia de los costos” en el usuario.
 5. El desempeño insatisfactorio de los servicios frente a las exigencias del consumidor frustraba su libertad de elección y la satisfacción de sus necesidades. Por lo tanto, era preciso abrir el mercado de servicios de salud a la elección del consumidor y, mediante la competencia entre servicios, eliminar los ineficientes (fundamentalmente los del sector público).

A primera vista, ese “paquete” de diagnósticos y prescripciones parecía pertinente y necesario y conquistó muchos simpatizantes, siendo difícil analizarlo de manera muy alejada del “sentido común”, toda vez que sus defensores lo vendían como una ya tardía y necesaria “modernización gerencial” de los servicios sanitarios, justificada por la retórica de la *performance* y de la calidad de la atención, diseñadas para acabar con la ineficiencia, la rigidez burocrática y la dominancia profesional, que fueron acumuladas durante los períodos de expansión de los años 60 y 70.

Sus puntos fundamentales eran:

1. Aumentar la eficiencia, entendida siempre como mantener los límites de caja definidos por las variables macroeconómicas, a través de cambios gerenciales.
2. Asegurar la contención de costos de los servicios prestados, con mecanismos de control del lado de la oferta y de la demanda.
3. Reforzar la regulación, esto es, mantener bajo estricto control los presupuestos sectoriales y la fuerza de trabajo, con desplazamiento y debilitamiento de las organizaciones asociativas y sindicales.
4. Responsabilización interna de los gastos de los servicios (esto es, desarrollar la conciencia de costos en los profesionales y crear mecanismos de responsabilización).
5. Respuesta a las preferencias del consumidor (esto es, libre elección de los servicios y de los profesionales).
6. (Re)equilibrio en la asignación de recursos entre el gobierno (en los diversos niveles) y el mercado (esto es, descentralización hacia niveles subnacionales y el sector privado), y aumento de la participación financiera del usuario en el pago por los servicios que utiliza, sean públicos o privados (co-pagos).
7. Reinterpretación de las representaciones políticas (esto es, de los consejos y de los mecanismos de participación y control social).

En síntesis, se puede decir que hubo un cambio significativo en la arena política sectorial, que Walt y Gilson (1994) analizan como que es pasar del *consenso* al *conflicto* o a la *incertidumbre* (Walt, 1996).

Ello significó un cambio de énfasis en la “producción directa de servicios por el Estado”. para “provisión en un ambiente regulatorio apropiado”, con introducción de mecanismos competitivos que, teóricamente, estimularían la acción individual, proporcionarían mejor respuesta del mercado y de las organizaciones no lucrativas, y desencadenarían el afianzamiento de las relaciones entre los consumidores, los prestadores de servicios y los niveles gubernamentales, haciendo posible la disminución de la necesidad de coordinación y planificación, con mayor énfasis, por ejemplo, en unidades gubernamentales menores.

El principal tema propuesto por esa agenda fue, por lo tanto, la afirmación de la *inherente ineficiencia del Estado* (o de los servicios estatales) y, como la crisis imponía la necesidad inexorable de corte de costos y control de gastos, el resultado “natural”, se argumentaba, sería el corte de aquellas áreas consideradas no sólo como las menos eficientes, sino también como frustradoras del objetivo de alcanzar una relación apropiada entre oferta y demanda, o entre impuestos y beneficios, o aun entre consumidor y servicios.

Gran parte del direccionamiento en la reorganización de los servicios de salud ha sido centrada en la búsqueda de incentivos empresariales como factor común de las diversas iniciativas de reforma, pasando de la fase de racionalización fiscal para los intentos, a nivel retórico, de desarrollar en los sistemas sanitarios la *capacidad de adaptarse a un entorno más competitivo y dinámico* (Poullier, 1990:21).

Evidentemente, aumentar la responsabilidad con el consumidor, mejorar la organización de la distribución de servicios, innovar en el financiamiento y en la recuperación de costos, implementar reformas gerenciales e reinterpretar las representaciones pueden ser metas de cualquier gobierno,

independientemente de la ideología o partido político. Sin embargo, el objetivo mayor tras esas reformas de los años 80 y 90 fue una amplia agenda política para cambiar las fronteras de la intervención del Estado en el campo sectorial. Las consecuencias de esa estrategia homogeneizadora de reprivatización han sido innumerables y, tal vez, inadvertidas por sus mentores.

La faz conservadora de esa agenda de reforma se limita a la cuestión de la asistencia médica individual, núcleo de estructuración de los sistemas de salud en este siglo, en todo el mundo, centrado en el desarrollo tecnológico y en el hospital como *locus* privilegiado de distribución de esa tecnología. El objetivo primordial es restringir el gasto en este subsector, que consume gran parte de los recursos en todos los sistemas, reforzar el poder monopsonico de los compradores de servicios por la vía gerencial y debilitar el poder monopólico de los prestadores (sobre todo médicos), minando la autonomía técnico profesional. En el plano ideológico, el impulso principal es despolitizar la arena sectorial, privilegiar la actuación de los gerentes desplazando al médico como principal agente de gasto (inductor de demanda) y rescatar un montaje empresarial en los arreglos institucionales que, según se cree, sería más eficiente.

El movimiento de las reformas sanitarias que a partir de los años 90 se generalizó por el mundo produjo algunos modelos, difundidos como nuevos paradigmas para la reestructuración de los sistemas de servicios de salud. Algunos consensos fueron construidos en ese recorrido y son evidentes también determinadas prácticas que vienen siendo defendidas como estrategias de cambio, entre las cuales destacamos:

1. La introducción de diferentes medidas racionalizadoras de la atención médica, como una tentativa para disminuir el énfasis en el gasto hospitalario y redireccionarlo hacia las prácticas no hospitalarias (atención ambulatoria, atención domiciliaria, énfasis en la atención primaria o básica) y de salud pública (prevención).
2. Separación entre provisión y financiamiento de servicios (o entre compradores y proveedores) con fortalecimiento de la capacidad reguladora del Estado.
3. Construcción de “mercados regulados o gerenciados” con la introducción de mecanismos competitivos (atención gerenciada –*managed care*–, competencia administrada –*managed competition*–, mercado interno, competencia pública).
4. Utilización de los subsidios e incentivos más diversos (tanto por el lado de la oferta como de la demanda) procurando la reestructuración del *mix* público/privado con la quiebra del “monopolio” estatal.

En el mundo real, las reformas sectoriales se vienen desarrollando en diferentes momentos en los diversos países y con distintas características pero, de una manera general, incorporaron y reelaboraron las prescripciones de esa agenda mundial. El paradigma de la *managed competition*

(competencia regulada), concebido en los EUA en los años 70, ha sido dominante (Almeida, 1995, 1996a, 1996b) y fue reactualizado para el contexto latinoamericano (Almeida, 2001; Almeida *et al*, 1999a). En su formulación original, pensada como una estrategia de organización de un sistema privado de servicios de salud alía contención de costos y control de utilización, a partir de cambios en la estructura de subsidios e incentivos en el sector de servicios de salud, esto es, en la forma de asignación de recursos financieros, reorganizando la oferta y la demanda y redefiniendo los papeles de financiadores y proveedores de servicios, públicos o privados. Estos cambios se conseguirían con el fortalecimiento de la gerencia de los sistemas de salud y buscarían alcanzar mayor eficiencia y equidad, pues estarían centrados en la “elección del consumidor”, lo cual ordenaría y disciplinaría el mercado de servicios según los principios de calidad y efectividad.

Esas ideas han sido reinterpretadas en las propuestas reformadoras de los diferentes países. En Europa, donde los sistemas de salud son mayoritariamente públicos, en general los países han implementado cambios en la forma de asignación de recursos en el área de atención médica y flexibilizado la gestión, con la separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios. El núcleo del cambio es la pérdida del traspaso automático del recurso presupuestario público y su vinculación a la definición del paquete de servicios “necesarios” a ser comprado o al cumplimiento de indicadores de desempeño definidos en contratos. Como consecuencia, la supervivencia de la organización estaría subordinada a su capacidad de atender a la demanda del “consumidor” (en los casos inglés y sueco la autoridad estatal, en el caso de las *Health Maintenance Organization-HMO* estadounidenses los empleadores que compran planes de salud para su personal). Esos procesos han resultado en profundas revisiones de los fundamentos básicos que estructuran los sistemas de servicios de salud, en el aumento o fortalecimiento de la intervención reguladora del Estado, en pesados controles para la contención de costos, en general con estabilización o disminución del gasto sanitario total.

En los EUA, donde el sistema es mayoritariamente privado, ha significado también aumento de la regulación pública y privada (a través de los *Diagnostic Related Groups-DRGs*, para el pago de la atención hospitalaria, atención administrada o *managed care* en los seguros privados, competencia administrada o *managed competition* en los sistemas de California y Oregon, entre otros), con importante interferencia en la autonomía técnico profesional. Sin embargo, el gasto sanitario continúa subiendo, aunque la velocidad de crecimiento haya disminuido en los últimos años, permaneciendo ese país como el que ostenta el sistema más caro del mundo y con la menor cobertura, en relación con sus “pares” que presentan el mismo nivel de desarrollo.

En síntesis, a pesar de la subyacente falsa polarización entre regulación y competencia, el resultado más evidente de esas reformas, hasta el momento, es un Estado más

intervencionista y regulador. Por otro lado, en los países europeos hasta el momento se preservaron los principios de universalización y los mecanismos originales de financiamiento de los sistemas de servicios de salud, no como una revalorización de la solidaridad, sino como la dimensión crucial de la regulación estatal, que aseguraría tanto la contención de costos como los estándares redistributivos mínimos. Los modelos que incorporan la separación de funciones de financiamiento y provisión han prosperado en las diferentes reformas, mientras que la introducción de mecanismos competitivos ha sido muy criticada.

Para América Latina y el Caribe, y la periferia en general, esa referencia internacional ha sido bastante importante, aunque los procesos de reforma sectorial, en la mayoría de los casos, no hayan sido desencadenados por exceso de gasto, sino por la exacerbación de las desigualdades, que se refieren tanto a la distribución del ingreso como de los servicios y beneficios, con marcado deterioro de las condiciones de vida de las grandes mayorías nacionales y de la pauperización de extensas franjas de población (CEPAL, 1990, 1993; OPS/CEPAL, 1994; Bustelo, 1994; Hoeven y Stewart, 1993; Borón, 1995).

Los mismos modelos de reforma han sido difundidos y recomendados para América Latina por los organismos internacionales, sobre todo el Banco Mundial, y están vinculados a los planes macroeconómicos de estabilización y ajuste, principalmente en lo que se refiere al debilitamiento del compromiso del Estado con la prestación de servicios de salud a la población, con la restructuración del *mix* público/privado, y la focalización de la acción pública en los pobres y más necesitados (paquetes básicos, subsidios, etcétera) (Melo y Costa, 1994; Almeida, 1995, 1997a).

El diagnóstico de la crisis sectorial, formulado en los países centrales, va a servir para cuestionar si los modelos de sistemas de salud por ellos desarrollados (considerados caros, inflacionarios, ineficientes y viabilizados a través de fuerte inversión pública, sobretodo en Europa), serían pertinentes o adecuados para enfrentar el marco de carencias e inequidades existentes en la región.

Se puede decir que, paulatinamente, esa agenda ha sido relaborada a escala regional, tanto por los *policy makers* de los diferentes países como por las agencias internacionales, por la intelectualidad y los formadores de opinión, lo que

puede constatar en las mismas reformas que vienen siendo implementadas o propuestas en los países de la región (Banco Mundial 1989, 1993; Musgrove 1995, 1996; OPS/CEPAL, 1994; OPS, 1995; Frenk y Londoño, 1995, Frenk *et al*, 1994). Y en el modelo preconizado para América Latina y el Caribe, llamado “pluralismo estructurado” o la “versión tropical” de la competencia administrada norteamericana (Frenk, 1994, 1998; Londoño, 1996; Londoño y Frenk, 1995), se combina el seguro social (financiamiento público) con la separación de funciones e introducción de mecanismos competitivos (inspiración del Mercado Interno de la reforma inglesa), constituyéndose cuasimercados y creándose nuevas agencias (públicas y privadas) para la garantía del aseguramiento y de la provisión de servicios. Esta nueva estructuración de los sistemas sería capaz de producir resultados en salud más eficientes y, por consiguiente, superar la inequidad.

La revisión de las reformas en curso en la región demuestra que se han adoptado distintas modalidades de reforma de los sistemas de servicios de salud, pero existen elementos comunes en todos los procesos, introducidos en una perspectiva (teórica) de conciliar eficiencia y equidad. En general, han modificado las reglas de financiamiento y beneficios, y la participación de los agentes públicos y privados, separándose las funciones de regulación, provisión y financiamiento. Además, han estimulado una mayor presencia del sector privado en la gestión y provisión e instituido la libertad de elección de los afiliados y la competencia entre las entidades aseguradoras y entre las prestadoras de servicios, implantándose formas de cuasimercado en la provisión pública de servicios. La idea de seguro es dominante y existen diferencias importantes en las combinaciones entre seguro social (público y solidario) y seguros privados de riesgo con cotizaciones individuales, en la estructura de financiamiento, acceso, provisión de servicios y beneficios (Almeida, 1999; CEPAL, 2000; Sojo, 2001).

Enfatizamos que algunos de los resultados positivos de estos procesos reformistas se diluyen en los nuevos problemas suscitados por las propias reformas, sobre todo en los países con opciones más radicales de adhesión a la nueva agenda; y en el país donde el sistema público, universal y solidario estaba más consolidado, los cambios gerenciales introducidos han obtenido mejores resultados (Sojo, 1998, 2001).

4 La presencia de las organizaciones internacionales en la región

Para entender el protagonismo del Banco Mundial en las reformas sectoriales en la región en las últimas décadas del siglo pasado, y que prosigue, es necesario volver brevemente en el tiempo y captar el cambio de liderazgo que ocurrió en el sector en el ámbito de las organizaciones internacionales.

EL CAMBIO DE LIDERAZGO EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Y BANCO MUNDIAL (BM)

Hasta los años 50, la OMS era líder sectorial incontestable en el plano internacional, “una organización estable y pragmática, ampliamente orientada hacia las enfermedades y dominada por los profesionales médicos [o la comunidad de los especialistas]” (Walt, 1994:137). Su línea de actuación institucionalizaba la perspectiva occidental (léase de los países centrales capitalistas), en la definición de su papel y de sus actividades de cooperación técnica.

Históricamente, la legitimidad internacional de la Organización Panamericana de Salud (OPS) estuvo vinculada a la construcción de un paradigma teórico y conceptual consensual, basado en la autoridad científica y profesional que orientara prácticas y estrategias capaces de enfrentar los problemas de salud en el ámbito mundial. Eso se concretó a partir de fines del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX, con los avances de la tecnología médica y de los medios terapéuticos, orientando la creación de la OPS dentro del “paradigma de la salud pública”, fundado básicamente en el control de vectores y parásitos y en la prevención de las enfermedades infecciosas con la extensión de la vacunación, o sea, el programa clásico del sanitarismo.

A partir de los años 60, ese “consenso” es cuestionado con la constatación y creciente crítica a la baja eficacia de la salud pública tradicional en los países en desarrollo para lidiar con las cuestiones estructurales que condicionarían la salud y la enfermedad. La agenda de la OPS comienza entonces a ser reconstruida, incorporando temas de políticas públicas no directamente relacionados con la salud. El papel que la planificación sectorial ocupó en ese proceso es ejemplar, señalando el primer cambio de rumbo de la organización. La creación del Método Cendes-OPS es fruto de ese proceso, al buscar introducir una racionalidad microeconómica en extremo normativa en la gestión sectorial, con la cual los gobiernos se proponían programar el desarrollo social y económico, en una perspectiva de cambio, con la asesoría permanente de la OPS. La falta de una problematización más

contextualizada de los aspectos políticos e institucionales del proceso decisorio en la implementación de las directrices de la política sectorial, sería una de las mayores causas del fracaso relativo del método y de la crítica contundente que siguió (Uribe, 1989). Para Melo y Costa (1994), esa estrategia habría reiterado la principal característica de la agenda de cooperación técnica de la OPS, o sea, *la recreación de un abanico extremadamente inespecífico y multifacético de intervenciones ...* ampliando y recombinando elementos del sanitarismo anterior al mismo tiempo que evitaba enfrentamientos con su tradición de agenda de la salud como bien público (Melo y Costa, 1994:60). El resultado fue la incorporación paulatina e incremental de proposiciones y programas sin diferenciación muy nítida con la agenda anterior.

En la década de los 70, los “países en desarrollo” pasaron a presionar, cada vez más, por una ampliación de esa agenda, reivindicando una actuación institucional más incisiva y un cambio de mirada hacia las causas socioeconómicas de las enfermedades y formas de enfrentarlas, a través de la priorización de niveles de atención considerados más efectivos y menos costosos que la asistencia médica hospitalaria. Algunas experiencias de países del “Tercer Mundo”, consideradas exitosas en el campo sanitario (Chile, Cuba, Tanzania, Vietnam), pasaron a ser estudiadas y divulgadas como alternativas innovadoras que estimulaban la formulación de nuevos paradigmas de actuación de los sistemas de salud. En 1975, la OMS lanzó la directriz Salud para Todos en el Año 2000 (SPT 2000) y, en 1978, formuló el enfoque de Atención Primaria de Salud para alcanzar esa meta. Se estimulaba a los Estados miembro a desencadenar revisiones radicales de sus políticas y sistemas de salud, recomendándose activamente la implementación y desarrollo de los niveles básicos de atención en la perspectiva de la Atención Primaria. A partir de entonces, la OMS se tornó una organización más politizada (Walt, 1994:137-144).¹³

El enfoque de Atención Primaria (AP) fue ampliamente postulado como *el camino* para alcanzar la meta propuesta y, en 1978, en *Alma Ata*, representantes de 155 Estados solemnemente se comprometieron con tal directriz. Ese enfoque interrelacionaba por lo menos dos significados: el primero, era una prescripción general que abogaba por que los sistemas sanitarios deberían dar prioridad a la asistencia básica, anticipando y evitando los problemas de salud y el agravamiento de las enfermedades y quebrando los ciclos perversos productores de las enfermedades; y el segundo, era

13. La meta SPT 2000 fue lanzada por el Director General de la OMS, Halfdan Mahler, quien estuvo al frente de la organización de 1973 a 1988.

un conjunto mínimo de acciones y servicios que componían la AP y se extendía más allá del campo estricto de los servicios de asistencia médica, focalizando las condiciones de vida y salud de las poblaciones, incorporando acciones en las áreas de educación, saneamiento, promoción de la oferta de alimentos y de la nutrición adecuada, salud materno-infantil (incluyendo planificación familiar), medidas de prevención, provisión de medicamentos esenciales, garantía de acceso a los servicios, etcétera. (Declaración de Alma Ata, 1978). La concepción de AP pregonaba una amplia acción intersectorial de gobierno, vista como esencial para alcanzar la SPT 2000. Ese enfoque, promovido también por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), conjuntamente con la OMS, fue acogido entusiastamente por los países de la periferia, pero tratado de forma mucho más cautelosa en el mundo central (Almeida, 1995).

Ese ambicioso programa fue indirectamente solapado con la discusión de la “crisis de la salud” (iniciada a mediados de los años 70), y el diagnóstico subyacente, como fue analizado anteriormente, redireccionó el problema hacia una “crisis de costos de los servicios de salud” al fin de la década de los 80, considerándolos inadecuados en cuanto a la capacidad operativa, descoordinados, ineficientes y con serio desperdicio de recursos, además de baja cobertura poblacional.

La fuerza de la OMS estaba centrada exactamente en su capacidad de financiar las actividades de cooperación técnica que, supuestamente, debían seguir las directrices institucionales. Y esa situación configuró una “crisis de legitimación en la cooperación internacional” en los años 80, volviéndose los donantes cada vez más críticos con la organización, reivindicando también el desplazamiento del “poder de los médicos” en su ámbito, en pro de la incorporación de otros profesionales, como economistas y administradores. Hasta los valiosos resultados obtenidos en los años 70 en relación con el gran éxito de los programas de inmunización en los países subdesarrollados, capitaneados por la OMS en el ámbito mundial, fueron oscurecidos por ese criticismo. *Las críticas apuntaron a que la mayor fragilidad [de la cooperación técnica internacional] estaba excesivamente centrada en la cultura del sanitarismo y en la forma politizada y absolutamente inespecífica que asoció salud a materias como distribución de renta, habitación, educación, alimentación, previsión, etcétera.* (Melo y Costa, 1994:61-62). Además, también se cuestionaban los procedimientos burocráticos, los altos costos, la proliferación de reuniones e informes, la falta de transparencia y evaluaciones que probaran la efectividad de los programas (Walt, 1993:125).

A lo largo de esos años, cambios en la composición del presupuesto de la OMS limitaron cada vez más el poder de decisión del Director General, desplazándolo a los países donantes. Es decir, paulatinamente, las llamadas donaciones

voluntarias (o recursos extra presupuestarios) pasaron a tener mayor peso en el financiamiento institucional, dado que las contribuciones regulares de los Estados miembro, que eran predominantes en la composición del presupuesto, cedieron terreno a esas otras fuentes las que, en 1971, ya constituían cerca de 25% del presupuesto institucional y, a comienzos de los años 90 el 54%, siendo los principales financiadores, de un lado, el Banco Mundial y el Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP) y, de otro, los EUA y los países europeos (Walt, 1994:136). Esto debilitó el poder decisorio y de conducción institucional y minó la estructura regional descentralizada de la organización, decretando el declive de su dominio en la arena sanitaria internacional, ya que el financiamiento pasó desde la política estratégica de apoyo, definida por la organización, a las “prioridades” amarradas por los donadores voluntarios en los programas específicos. Paralelamente, creció en la arena sectorial la participación de los financiamientos del Banco Mundial en el sector salud.

Estructuralmente, la OMS era la más descentralizada de las agencias internacionales especializadas y sus seis oficinas regionales configuraban una situación única en el sistema de las Naciones Unidas (Walt, 1994:136-7). Las oficinas regionales tenían considerable poder discrecional sobre la asignación de recursos previstos en el presupuesto regular y eran responsables por la formulación e implementación de la política institucional y por la definición de prioridades. Aunque variara mucho la capacidad técnica de esos órganos de una región a otra, y el presupuesto regular fuera pequeño y destinado básicamente a becas de estudio, seminarios y cooperaciones técnicas modestas, frecuentemente había tensiones entre el nivel central y esos niveles regionales (como, por ejemplo, entre la OPS, la oficina históricamente más independiente, y la OMS). Más aún, los financiamientos mucho mayores posibilitados por los programas específicos siempre fueron más atractivos para los ministerios de Salud de los países que cualquier asesoría en planificación estratégica para el sector, puesto que proveían recursos y asistencia técnica considerables, además de no interferir directamente en la formulación de la política de salud nacional.

Vale la pena registrar que subyacente a este proceso no están sólo las repercusiones en el “Tercer Mundo” de la estrategia de SPT 2000, específicamente en lo que concierne a la Atención Primaria, con sus propuestas “subversivas”, sino también, y principalmente, las batallas enfrentadas por la OMS en lo relativo a la alimentación infantil con leche materna *versus* las fórmulas de amamentación artificial, a mediados de los años 70, y los programas de medicamentos esenciales, lanzado en 1978 (donde el enfrentamiento fue básicamente con la empresa Nestlé y con las multinacionales farmacéuticas).¹⁴

El avance del Banco Mundial en el sector salud se inicia en la misma época, a partir de finales de los años 60, cuando

14. Ver al respecto Gill Walt (1994:138-40).

comenzó a financiar proyectos y acciones en el área de control del crecimiento poblacional, bajo el liderazgo de los EUA, coincidiendo con un cambio en su presidencia.¹⁵ Desde la mitad de los años 60, el gobierno norteamericano venía empeñándose activamente en incluir la cuestión demográfica en la agenda internacional, defendiendo, tanto políticas de control de natalidad, como incentivando los países menos desarrollados a adoptarlas, estimulando la participación de otros países como donadores financieros para esos programas (hasta entonces los EUA eran los mayores donadores) y movilizándolo el apoyo de las Naciones Unidas para la planificación familiar (Walt, 1994:61-3). Con la posesión de Robert McNamara, esa política es asumida por el Banco Mundial que, en 1968, creó el Departamento de Proyectos Poblacionales e inició los préstamos en esa área. Ese proceso es concomitante con el advenimiento de los anticonceptivos orales, que fueron ensayados en varios “países en desarrollo” y utilizados por más de cuatro millones de mujeres en los EUA a partir de 1965 (Walt, 1994:62).

El criticismo vigente en la época en el área sanitaria, las denuncias y la movilización contra esa política, capitaneadas principalmente por las feministas, ampliamente cubiertas y divulgadas por la *media*, redefinieron el problema en términos de su vinculación con los cambios políticos y socioeconómicos, consiguiendo, en cierta medida, aminorar la hegemonía americana en la conducción de la política poblacional.

Ya en los años 80, el debate de la salud se agudizó, defendiéndose el desplazamiento de las actividades de cooperación técnica del ámbito de la asistencia médica hacia cuestiones relacionadas con la gerencia de la salud, capacitación, evaluación de políticas en el contexto más amplio del desarrollo económico y social y, más importante aún, a la utilización del instrumental de la economía como herramienta privilegiada para tales actividades (Walt, 1993:140). Los temas del debate de los años 80 comenzaron a cuestionar la eficacia de los programas de cooperación, por un lado y, por otro, la noción de salud como un bien público, históricamente tan caro a la organización. Al mismo tiempo, la excesiva pulverización de actividades programáticas de la OMS se agravó con el substancial crecimiento de los recursos no regulares. Y, concomitantemente, erosionó su papel de liderazgo internacional en el área de salud, produciendo una indefinición sobre su lugar y competencia en la arena internacional.

Exactamente en esa misma década, en los años 80, el Banco Mundial pasaría a conceder préstamos directamente dirigidos a los servicios de salud. Ese proceso no ocurre en un

vacío, sino en el contexto de crisis económica, hegemonía neoliberal y críticas exacerbadas a la política social, a escala global. La hegemonía de la ideología neoliberal consolidó y configuró una nueva centralidad en el análisis económico en la esfera de la política social, en general, y de salud, en particular.

Para Melo y Costa (1994:68-69) *el proceso de internacionalización de la agenda de reformas de inspiración neoliberal fue tardío y conflictivo* [en la OPS] *debido a la cultura sanitarista ... y a su estructura organizacional “porosa”* [en sentido común], *por la fragilidad de las verdades objetivas y del sistema de creencias de la comunidad epistémica de la salud pública*. La reacción de la OPS fue reestructurarse en dos direcciones, que en el futuro se imbricaron: por un lado, consolidando institucionalmente el campo disciplinario de la epidemiología, de manera que permitiese superar la confrontación explícita de su identidad institucional y recuperar su capacidad normativa y de implementación de políticas regulatorias, y, por otro, centrando el interés en los aspectos macroeconómicos de la salud, principalmente en relación con el análisis de los mecanismos de financiamiento y del impacto fiscal del gasto en salud, al institucionalizar el campo de la economía de la salud.

En síntesis, la crisis de legitimidad y liderazgo del sistema OMS es simultánea con el incremento de la actuación del Banco Mundial en el área de salud, al proponer una nueva agenda de reforma para el sector salud, extremadamente economicista y pautada por “elecciones trágicas” (Santos, 1998) que, en este caso específico, están centradas en la redefinición de algunas de las nociones clásicas que orientaron la organización de los sistemas de salud en el siglo XX, tales como la salud como un bien público y la de equidad y universalidad en el campo de la salud.

Según Melo y Moura (1990, *apud* Melo y Costa, 1994:79), la trayectoria del Banco Mundial en las dos últimas décadas del siglo XX tuvo tres grandes inflexiones en cuanto a su estrategia de intervención y papel en los distintos países. La primera está relacionada con la gestión de McNamara (1968-1981), cuando se verifica un cambio de énfasis: de institución financiadora de proyectos de infraestructura (transporte y energía), el Banco se convierte en agencia multilateral de combate a la pobreza a escala mundial – sus objetivos de desarrollo pasan, en un primer momento, del área de infraestructura a la industrialización, y, en un segundo momento, a la de desarrollo social. La segunda está afianzada por dos marcos fundamentales (gestión Calusen, 1981): el ascenso de gobiernos conservadores en los países miembros

15. El Banco Mundial también fue creado en los años 40 (en 1946), junto con el Fondo Monetario Internacional-FMI y el *General Agreement on Tariffs and Trade-GATT*, como uno de los pilares del sistema de Bretton Woods, compuesto, en realidad, por cinco instituciones íntimamente interrelacionadas, de las cuales las más importantes en la arena sanitaria internacional son el *Bank for International Reconstruction and Development-BIRD* y la *Internacional Development Association-IDA* (creada en 1960, para conceder préstamos altamente favorables a los países de bajísima renta), además de la *Internacional Finance Corporation (IFC)* (creada oficialmente en 1956 y puesta en operación en 1961, para conceder préstamos al sector privado). Las funciones de esas instituciones financieras internacionales cambiaron considerablemente desde su creación, sobre todo después de la crisis económica de mediados de los años 70. Cerca de cinco países tienen alrededor de 45% de las acciones del Banco (Japón, EUA, Alemania, Inglaterra y Francia) y, supuestamente, el derecho de veto, pero de hecho, la gerencia de las políticas implementadas define su actuación, derivándose de ahí la importancia que la burocracia del Banco Mundial pasó a tener en la conducción institucional.

hegemónicos (EUA e Inglaterra), bastante críticos de la actuación burocrática y sumisa del Banco (a los países del “Tercer Mundo”), y la crisis económica internacional (fiscal y de endeudamiento). Es entonces cuando las acciones del Banco se dirigen prioritariamente hacia los ajustes macroeconómicos estructurales y a las reformas sectoriales, teniendo como consecuencia la mayor politización y visibilidad de la actuación del Banco. La tercera inflexión ocurre al final de los años 80, cuando la discusión sobre el combate a la pobreza retorna de manera más contundente, enfocada hacia la cuestión de la viabilidad política de las reformas, fuertemente pautada por una visión institucionalista en la cual la gobernabilidad y la calidad institucional adquieren gran centralidad. Según Melo y Costa (1994:80-1), aparentemente tres factores llevaron a esta redefinición de abordaje: el haberse malogrado las reformas estructurales y programas de ajuste en varios países, con graves consecuencias políticas e institucionales; las transformaciones en el Este europeo que confirieron gran visibilidad al papel de las instituciones en esos procesos, y los impactos devastadores, en lo social, de las políticas de reforma patrocinadas por el Banco, señalados por varios autores y por agencias internacionales (como UNICEF).

Por lo tanto, en términos sintéticos, el Banco inició sus acciones en el área de salud en el plano de una estrategia de política de control de la natalidad en los países en desarrollo, inserto en el cuadro más amplio del “desarrollo sustentable” y de la “necesidad de sustentabilidad global”, y, posteriormente, se vuelca al combate a la pobreza, prescribiendo reformas sectoriales, de forma bastante particular, poniendo en jaque los principios de equidad y universalidad prevalecientes. La reforma de las políticas sociales a partir de los años 80 fue intensamente afectada por esas redefiniciones, produciendo *un profundo realineamiento de los actores presentes en la arena internacional de la salud, cuestionando el mandato de otros organismos que actúan en el sector* (Melo y Costa, 1994:85).

LA NUEVA AGENDA DEL BANCO MUNDIAL PARA EL SECTOR SALUD

La nueva agenda del Banco pregonaba la disminución del papel del Estado y el fortalecimiento del mercado; inserta el financiamiento sectorial en los condicionantes de los ajustes estructurales, y prioriza programas y acciones específicos basados en criterios de costo-efectividad, subordinando, por tanto, la evaluación de los gastos en salud a la preocupación con la consistencia macroeconómica de los países bajo ajustes estructurales.

No obstante, este debate se produce a escala planetaria a partir de la segunda mitad de los años 70, capitaneado por el Banco Mundial, que enfatiza la contraposición entre eficiencia (en la asignación) y equidad, retomando la cantinela crecimiento *versus* distribución, y pasando a difundir la fórmula “redistribución [solamente] con crecimiento”. Se introduce también el abordaje de las

“necesidades básicas” (Melo, 1998; Melo y Costa, 1994). Al mismo tiempo que se reconocía la importancia de la intervención estatal en el sector social, se exacerbaba la crítica a su efectividad y a su capacidad resolutoria, en la que la cuestión central sería la incapacidad de las políticas de Estado para atender las necesidades básicas de la población, es decir, los más necesitados. Los nuevos desafíos que pasan a ser entonces difundidos estarían en la *mala asignación (mistargeting)*, o sea, el problema no era la irrelevancia del gasto social público sino su “mala utilización”, toda vez que los beneficios no eran representativos frente a los costos asociados con el mantenimiento de estructuras organizacionales gigantescas, caras e inefectivas; *inequidad*, entendida como no-acceso de los pobres a los servicios básicos de salud; *ineficiencia y explosión de costos*, por causa de los médicos como “inductores de demanda” y de la disponibilidad de nuevas tecnologías sumamente costosas.

El análisis se centró entonces en la forma de operacionalización de la política social y en su carácter burocrático, excluyente, ineficiente e ineficaz. La reforma administrativa y la descentralización (que además de “aproximar” los *policy makers* a las necesidades de sus comunidades y poblaciones, podrían superar el “gigantismo burocrático”) ocupan un lugar destacado en este debate. A partir de “reingenierías” institucionales y cambios “en las reglas de juego”, influencia clara del paradigma neoinstitucionalista, se esperaba obtener mayor eficiencia, equidad y la concomitante disminución de comportamientos predatorios y nocivos, utilizándose mecanismos que incentivan la competencia (Almeida, 1995, 2001; Almeida *et al.*, 1999; Melo, 1998). El énfasis se puso, así, en la reforma de las leyes (Constitución) y de la arquitectura legal de los programas y políticas, entendidos como estructuras de subsidios e incentivos a ser redefinidas para modelar nuevos comportamientos.

Una vez más, el Banco Mundial tomó la delantera: al mismo tiempo que creó un fondo con el objetivo de aliviar las consecuencias económicas y sociales adversas de los programas de ajuste macroeconómico, anunciaba su entrada activa en los procesos de reformulación de las políticas sectoriales. El documento *Financing Health Care: An Agenda for Reform* (Banco Mundial, 1989) encuadraba el financiamiento de las reformas sanitarias en el elenco de condiciones negociadas en las bases de los ajustes económicos. En realidad, esa actuación más incisiva del Banco Mundial en el área de salud no era una acción aislada. Fue uno de los resultados de *un cambio cualitativo* de su actuar en la región, asumiendo una perspectiva más estratégica y a largo plazo, coherente con la “*corrección de ruta*” más amplia que orientó las prescripciones en el área económica (Fiori, 1993:137).

En el Informe sobre el Desarrollo Mundial 1990 (*La pobreza*) el Banco propuso una doble estrategia: por un lado, promoción de un crecimiento basado en el uso intensivo de la mano de obra mediante la apertura de las economías y la inversión en infraestructura; por el otro, suministro de

servicios sociales básicos de salud y educación a la población pobre.

Varios estudios se encargaron y sus resultados propusieron rediseñar tres variables fundamentales para la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud: el modo de identificación de los problemas de salud que orientan la formulación de las políticas; la forma de definir el perfil de la oferta de servicios, y la manera de definición de prioridades o, en otras palabras, que los gobiernos tienen capacidad de realizar (Jamison y Mosley, 1991:18). La articulación de esas tres variables tendría como consecuencia volver explícitas las “opciones trágicas”.

Se adoptó entonces un enfoque más pragmático y explícitamente dirigido a prescripciones de reforma en el campo de la salud. En 1993, el Informe Anual del Banco Mundial focalizó abiertamente la cuestión de la salud y la opción estratégica de la OPS frente esa clara amenaza de liderazgo fue aliarse a la Conferencia Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y producir un documento que interrelaciona salud, equidad y transformación productiva (OPS/CEPAL, 1994), al mismo tiempo que buscó ampliar la interlocución en los países, más allá de la usual con los ministros de salud, como con los parlamentarios de las nuevas democracias latinoamericanas.¹⁶

Debe señalarse, sin embargo, que la disputa entre agencias internacionales no es nueva pues hay varios episodios del pasado de conflictos que involucraron no solamente a la OPS/OMS y al Banco Mundial, sino también a UNICEF y al gobierno de los EUA (Walt, 1993). Esta autora menciona, por ejemplo, que otro enfrentamiento ya había ocurrido entre la OMS y UNICEF después del lanzamiento conjunto del Programa de la Atención Primaria de Salud, pues UNICEF lanzó primero, de forma unilateral, el programa GOBI de intervenciones primarias de salud. Y en 1987, UNICEF también lanzó la Iniciativa Bamako (*Bamako Initiative-BI*), que consistía en un programa de gestión comunitaria de fondos locales de salud (Melo y Costa, 1994:72). Para Standing (1999:7-8), la *BI* fue una respuesta a la crisis provocada por el hundimiento de los presupuestos del sector público y el deterioro de los servicios de salud en los años 80. Se originó en una reunión de ministros de salud africanos con agencias “asistenciales” de la ONU, realizada en Bamako, ocasión en la que se insistió en proteger la salud de las mujeres y de los niños, así como la de todos aquellos cuya salud fuera más vulnerable a los avatares económicos. Entre los temas más importantes de esa iniciativa estaba la escasez de fármacos, para lo que se propuso el desarrollo de fondos rotatorios para adquirirlos y con ellos mantener la compra y la distribución de suministros regulares; y el desarrollo de esquemas de financiamiento de salud basados en la comunidad, además de una mayor participación comunitaria en su gestión. Esa iniciativa se restringió a África.

El *World Development Report: Investing in Health* (World Bank, 1993c) hizo un análisis de los indicadores sanitarios disponibles en los diversos países, evaluados según parámetros estrictamente económicos, y estableció el escenario para un cambio en la política de salud. Introdujo nuevos conceptos para la planificación sectorial, tales como la Carga Global de Enfermedad (*Global Burden of Disease*), los paquetes básicos de servicios de asistencia médica y los *DALYS* (*Disability Adjusted Life Years*), como medidas más efectivas para definir prioridades y paquetes de intervenciones. El Banco adopta entonces una importante inflexión en la lógica de las políticas sociales (incluidas las de salud), explicitando la subordinación del principio de equidad a los de costo-efectividad, reducción del gasto público y privatización de los servicios, estableciendo que las políticas sociales deberían dejar de ser universales y tendrían un rol meramente “compensatorio”, es decir, dirigidas sólo a los grupos/sectores más pobres de la población. De ahí la formulación de las políticas selectivas y de focalización.

La naturaleza dual de la cuestión salud para la región –como un fin en sí misma y como un medio para fomentar el desarrollo– ya había sido señalada en documentos producidos anteriormente por la CEPAL (1990), que también subsidiaron los análisis del Banco, y la propuesta de política de salud que emergió del embate entre las agencias internacionales que actúan en la región fue finalmente endosada también por la OPS (OPS, 1995; OPS/CEPAL, 1994).

Las condiciones de los acreedores internacionales pasaron entonces a incluir recomendaciones explícitas para la reforma de las políticas sociales, incluidas las de salud, abogando por una mejor utilización de los escasos recursos, que deberían ser dirigidos hacia intervenciones que disminuyesen la “carga de enfermedad” y fuesen comprobadamente costo-efectivas (World Bank, 1993c).

Las recomendaciones del Banco Mundial fueron fuertemente orientadas por los resultados de un estudio de revisión –a *Health Sector Priorities Review*– desarrollado entre 1987 y 1993 (Murray y López, 1994), en el que se utilizó los *DALYS* para mapear la carga global de la enfermedad y analizar diferentes intervenciones en términos de costo-efectividad. Este estudio indicó una gran variación de los costos por *DALYs* en cerca de 50 intervenciones y fue utilizado por el World Bank (1993c) para recomendar las reformas y nuevos indicadores. En otras palabras, la carga de enfermedad es estimada en términos de *DALYs* perdidos y el costo-efectividad de la intervención es evaluado por el costo ganado por *DALYs*. Esta combinación permitiría evaluar la carga de enfermedad evitada si las intervenciones fuesen implementadas, y solamente cuando la carga de enfermedad fuese grande y el costo-efectividad alto, la intervención debería ser considerada una prioridad (World Bank, 1993c).

16. El programa *Democracia y Salud Proyecto de Cooperación de la OPS/OMS con los Parlamentos Americanos* fue lanzado en 1992, con la creación del Parlamento Latino de la Salud (Parlatino), aunque las actividades de colaboración datan de 1990..

En la práctica, estas medidas se destinan a evaluar alternativas de decisión para las políticas sociales (*ex-post* e *ex-ante*), estableciendo *relaciones* entre costos y “beneficios”, y la comparación de los resultados obtenidos por las diferentes formas de alcanzar determinados objetivos, jerarquizando opciones. Dicho de otra forma, significa aprovechar al máximo la efectividad de determinadas acciones maximizando el impacto al menor costo posible (Almeida, 2000a, 2000b). Varias críticas se formularon, principalmente sobre la limitada concepción de salud (restringida a la asistencia médica); la poca validez de ejercicios globales para las realidades nacionales; la no consideración de la cuestión de la equidad, vista sólo como el logro de una alta expectativa de vida para todos los países, sin cualquier referencia a las desigualdades entre grupos sociales; y, lo más importante, la inadecuada utilización de metodologías económicas, básicamente centradas en medidas de eficiencia y costo-efectividad para captar necesidades de salud y definir prioridades, desconociendo la validez de cualquier otro parámetro para la formulación de políticas (Paalman *et al.*, 1998).

En 1997, el gobierno de Dinamarca y el Banco Mundial realizaron una reunión informal con agencias bilaterales y multilaterales para discutir lo que se llamó Enfoques Sectoriales Amplios (*Sector Wide Approaches-SWAPs*) para el desarrollo de la salud. El objetivo de la reunión fue construir un cierto consenso sobre metas y procesos de apoyo sectorial a los países, revisando las experiencias concretas y discutiendo opciones para acciones conjuntas entre las distintas organizaciones, cuestionando el enfoque de los soportes por separado a proyectos. El nombre *SWAPs* indicaba que no se estaba discutiendo un nuevo programa o instrumento de ayuda internacional y sí una nueva estrategia de actuación que incluyera una amplia variedad de enfoques basados en los que se venían desarrollando con las reformas sectoriales y las inversiones en el área, y serían desarrollados directamente con los países a partir de la acción concertada entre diversos actores (*stakeholders*). Eso incluiría diferentes órganos de los gobiernos receptores, agencias técnicas y donadores bi y multilaterales.

En el Informe sobre Desarrollo Mundial de 2000/2001 –“*Lucha contra la pobreza*”– se reiteran las mismas estrategias. Se fundamenta que una política de gestión de riesgo es, en general, menos costosa que reparar más tarde sus efectos. Además, las mejores soluciones suelen ser aquellas que permiten a cada individuo y a cada hogar auto-protegerse en vez de buscar asistencia del Estado (BM, 2003; Titelman, 2003). Pero los mercados pueden ser incapaces de proveer cobertura a los grupos vulnerables o de financiar la reducción del riesgo. Por eso, la protección social a cargo del gobierno comenzaría allí donde termina la capacidad de contención del contexto macroeconómico.

Más recientemente, la OMS también adhirió a la estrategia “metodológica” del WDR 1993, utilizándola para defender el “nuevo universalismo”, definido en el Informe Mundial de la Salud 2000 (*World Health Report 2000*) (Frenk,

1999; WHO, 2000), es decir, ya que no es posible tener todo para todos, se debe definir lo “esencial” y que puede ser ofertado, enfatizando la evaluación del desempeño de los sistemas de servicios de salud como eje estructural de la reforma sectorial (Murray y Frenk, 1999). Otros nuevos indicadores se crearon (*Disability-Adjusted Life Expectancy – DALE*), además de índices compuestos utilizados para hacer un *rank* entre los países, a partir de una metodología ampliamente criticada en la literatura (Almeida *et al.*, 2001; Blendon *et al.*, 2001; Braveman *et al.*, 2001; Jamison y Sandhu, 2001; Navarro, 2000, sólo para citar algunos). De esta forma, la actual dirección de la OMS adhiere explícitamente a lo que se entiende como la mejor gerencia del *big business*, esto es, la idea de que eficiencia y productividad son “metavalores” en la formulación e implementación de políticas y deben conseguirse a corto plazo y a cualquier precio, a partir de rígidos controles y estrategias normativas globales, con el fin de satisfacer exigencias externas “supranacionales”. Lo irónico de esta constatación es que “*hace más de una década el sector de los grandes negocios está empleando enfoques más colaborativos y suaves y valorando las virtudes de la cooperación, empoderamiento e intercambio de conocimientos*” (Lerer y Matzopolos, 2001:434). Aparentemente, la OMS habría adoptado *lo peor de los dos mundos*: lo peor de la gerencia del sector privado, tal como fue referido, y lo peor del sector público, por el autoritarismo y la falta de transparencia con que ha delineado la formulación de sus estrategias internacionales para el sector salud (Lerer y Matzopolos, 2001).

Paralelamente, en el marco de las críticas a los resultados de los ajustes económicos y de la reflexión sobre el riesgo económico y social de la región, y sobre los mercados de aseguramiento, ha sido formulada la propuesta de manejo del riesgo social para América Latina, postulada para el inicio del milenio, ya que articula una determinada visión sobre políticas de aseguramiento con propuestas estratégicas sobre política social (Banco Mundial, 2000, 2001). Esa propuesta tiene pretensiones paradigmáticas, sobre todo en lo que concierne al combate contra la pobreza y la delimitación del rol del Estado (de lo público), reiterando una responsabilidad social mínima para enfrentar la inseguridad y vulnerabilidad económica y social de las poblaciones. A diferencia de las ideas de focalización sumaria y reduccionista de los años 80 y 90, esta propuesta atribuye alguna importancia a las causas de la pobreza y recurre a una terminología propia del ámbito del aseguramiento (Sojo, 2003:134).

Así, el análisis del manejo del riesgo social apunta a que todas las personas son vulnerables a múltiples riesgos de diverso origen, e interrelaciona el riesgo, la exposición al riesgo y la vulnerabilidad. La protección social es definida como las intervenciones públicas que ayudan a los individuos, los hogares y comunidades en el manejo del riesgo y que apoyan a los más pobres; además, deben establecer relaciones de refuerzo mutuo entre las áreas de educación y salud, en la perspectiva de desarrollo del capital humano. Se formula entonces una propuesta global de política social que articula

tres planteamientos fundamentales, para cuya funcionalidad se propone una combinación específica público-privada: las responsabilidades del Estado en materia de bienestar social están circunscritas al combate a la pobreza; el aseguramiento contra los riesgos es una responsabilidad individual, y se desestima la solidaridad en la diversificación de riesgos. Se propone incrementar el gasto social en servicios básicos y establecer garantías de acceso, de calidad, de elección y de seguimiento respecto de los servicios. En síntesis, más que ayudar a enfrentar riesgos, se propone que las políticas busquen reducirlos y mitigarlos (Banco Mundial, 2000).

Por tanto, la nueva estrategia de política social se conforma por el aseguramiento individual en el mercado y la provisión de servicios para los pobres mediante “redes de protección”, y la focalización se contrapone a la universalidad, estableciéndose una responsabilidad pública mínima en materia de protección social, depositando el financiamiento y la prestación de los demás servicios relacionados con el bienestar social en manos privadas, y reiterando la desestimación del principio de solidaridad del financiamiento (Sojo, 2003:134).

De allí que de hecho no se ha cambiado la orientación anterior, toda vez que la analogía con las propuestas reduccionistas de focalización propugnadas a partir de los años 80 se mantiene. Aunque se reconozca en esa propuesta que los pobres están más expuestos y vulnerables, además de tener menor acceso a los bienes en general, lo que alude a las causas de la pobreza y denota una diferencia con las propuestas focalizadoras anteriores, centradas básicamente en los síntomas antes que en las causas de la pobreza, sin embargo hay una continuidad en lo que se refiere al papel del Estado en el bienestar social de sus poblaciones. Los pobres se conciben como “el grupo” objetivo de la política social y la acción del Estado se considera sinónimo de “redes de protección social”, entendidas como un sistema modular de programas, flexibles según los patrones específicos de riesgo. Ese sistema complementaría los arreglos existentes en una “mezcla adecuada” de proveedores públicos y privados, y

abarca esquemas e instrumentos - como fondos sociales, microseguros, seguro de salud, seguros de desempleo y programas de asistencia social (Banco Mundial, 2000).

En relación con América Latina, se resalta una visión excesivamente positiva de las políticas pasadas, contrastando con las revisiones críticas hechas por el propio Banco sobre el tema (Banco Mundial, 2002),¹⁷ y que coinciden en buena medida con otras críticas existentes en la literatura, no considerándolas e imputando a la propuesta de manejo social del riesgo características muy positivas, que tampoco son respaldadas por ninguno de los análisis existentes (Sojo, 2003).

En el Informe del Desarrollo Mundial 2004 (*Making Services Work for the Poor People* – Banco Mundial, 2003) el Banco explora la forma “cómo los países pueden acelerar su desarrollo para alcanzar las metas del Millenium (*Millenium Development Goals-MDGs*) haciendo que los servicios trabajen para los pobres”. Y reitera que el éxito de ello no dependerá de un crecimiento económico más acelerado y de mayor flujo de recursos para el área social, sino de la “habilidad” de los gobiernos para transformar esos recursos en servicios básicos de salud, educación, agua potable y saneamiento, toda vez que, muy frecuentemente, esos servicios no llegan hasta los más pobres. Las razones para ello serían: falta de incentivos para un mejor desempeño, corrupción, monitoreo y evaluación de imperfecciones y de problemas administrativos y gerenciales.

Más recientemente, se constata una “armonización” entre las diferentes agencias internacionales que actúan en el sector salud, inducida por orientación explícita de la dirección general del sistema de las Naciones Unidas, lo que refleja la decisión política de “trabajo conjunto”, colaboración y no enfrentamiento entre ellas. Obviamente, el Banco Mundial detiene todavía el mayor poder de financiamiento, e ideológica y políticamente sigue hegemónico en la formulación y conducción de las propuestas estratégicas para el sector social, reiterando el enfoque reduccionista en política social.

17. En esa revisión se desestima la contraposición de políticas orientadas a la oferta o a la demanda y se da importancia a la consideración de las variables institucionales específicas de cada país, en aras de lograr una inserción de fondos estratégica y no cortoplacista o aislada, que sea complementaria con las instituciones pertinentes y también sustentable, y que no desplace la reforma de políticas (Banco Mundial, 2002:45-50 *apud* Sojo, 2003:135).

5 Panorama económico y social de la región latinoamericana en las décadas de los 80 y los 90

De manera general, el balance de las décadas de los 80 y 90 en la región es desastroso y muy frustrante, con aspectos considerados positivos por algunos, pero prácticamente anulados por los efectos negativos concomitantes; por lo tanto, la perspectiva en el inicio del siglo XXI no es promisoría.

LOS AJUSTES ECONÓMICOS

El proceso de reformas estructurales implementado en los años 80, orientado a substituir el desarrollismo anterior impulsado por el Estado, fue orientado hacia la apertura de las economías a la competencia externa, y a la mayor participación del sector privado. Este modelo se consolidó en la década de los 90, aunque avanzando a ritmo desigual en los distintos países, ya sea en las áreas comercial, financiera, laboral, de seguridad social o de reforma del Estado.

Los ajustes económicos, centrados en políticas de estabilización monetaria ancladas en el cambio sobrevalorizado, si bien tuvieron éxito en el control de la inflación y en la reducción del déficit fiscal (con excepciones), desencadenaron un círculo vicioso impulsado por tasas de interés muy altas, en general por encima de la inflación, que estimularon la acumulación financiera privada e imposibilitaron la reanudación del crecimiento sostenido de la economía, exacerbando *“los desequilibrios macroeconómicos, que aprisionan y paralizan las políticas públicas, forzando a los gobiernos a realizar sucesivos e inútiles ajustes presupuestarios”* (Fiori, 2001:12).

Los programas macroeconómicos implantados fueron viabilizados a partir de varios préstamos del Fondo Monetario Internacional (FMI) a diferentes países de la región y, obviamente, la participación de los organismos multilaterales en estos procesos fue de inducción explícita, echando mano de todos los instrumentos corrientes de regulación y control, además de sanciones específicas en caso de insubordinaciones o intentos unilaterales de decisión.

Contrariamente a lo que se predecía, en los años 90, la deuda externa de los países de la región continuó creciendo, entrando algunos al nuevo siglo seriamente endeudados, externa e internamente. El peso de este factor no es despreciable, principalmente porque las frágiles y desiguales “burbujas de crecimiento”, que han caracterizado el desarrollo de las economías latinoamericanas, son fuertemente dependientes de la inversión externa y muy poco relacionadas con la capacidad interna de ahorro e inversión

(Altimir, 1998; CEPAL, 2000). Por otro lado, la mayoría de estas inversiones externas son de carácter financiero especulativo, extremadamente volátiles, lo que inviabiliza la sostenibilidad de un proceso de crecimiento y desarrollo a más largo plazo. El flujo de estos capitales se produce por coyunturas internacionales particulares, que aumentan comparativamente las tasas de interés en la región latinoamericana, estimulando el desequilibrio entre importaciones y exportaciones y profundizando la recesión. Por ello, el rápido crecimiento que se registró en algunos países en los primeros años de la década de los 90 se ha ido erosionando en la segunda mitad, con la única excepción de Costa Rica (CEPAL, 2000), ya que el crecimiento del PIB en la región fue negativo en el periodo 2000-2001, sea en términos generales (-0,5%) o per cápita (-1,9%) (World Bank, 2003). Segundo datos de la CEPAL (2003 y 2003a), en 2001 el movimiento fue de escaso crecimiento (0,3%), y el posterior retroceso se experimentó en 2002 (-0,7%). En consecuencia, el periodo de total estancamiento en la región comprende ya cinco años.

Ese puede ser considerado el escenario económico común para América Latina y el Caribe al final del siglo XX e inicios del XXI, con raras excepciones, y la dinámica de inestabilidad del crecimiento económico y de las crisis financieras permanentes se acentuó de forma importante. La heterogeneidad estructural de los sectores productivos ha aumentado con el establecimiento de más empresas de *“clase mundial”*, en general, subsidiarias de transnacionales, y de pequeñas y medianas empresas que no han logrado adaptarse al nuevo contexto, lo que da como consecuencia el deterioro del mercado de trabajo y del ingreso, la erosión de la calidad del empleo, el aumento del desempleo abierto y de la informalidad y empeoramiento de la concentración de la renta, afectando la cohesión social y la gobernabilidad, con un concomitante aumento de las desigualdades y de la violencia (CEPAL, 2000).

Las tasas de desempleo han mostrado una tendencia al alza, con aumento del desempleo urbano de 5,8% a comienzos de la década de 1990 a 8,7% en 1999 (CEPAL, 2000), y a 9,4% en 2002 (OIT, 2003). La diferencia entre los países es marcada: en 2002, en el Caribe el desempleo llegó a 13,8% de la población económicamente activa, y entre los países latinoamericanos con mayor índice de desempleo se destacan Argentina con 17,4% (que en 2001 alcanzó 25%); Panamá, 16,6%; Colombia 16,2%; Uruguay, 15,3%; Venezuela 13,5%; Nicaragua 11,3%; y Ecuador 10,4%. Aunque el desempleo hoy sea un problema

mundial, en el mismo año (2002) la tasa de desempleo en los países desarrollados fue de 6,9%. La región sólo es superada por la situación del Oriente Medio (18%), África y el Este Europeo. Esa situación es todavía más dramática entre los jóvenes, pues cada vez es más difícil incorporarlos al mercado formal de trabajo: en 1997 la tasa de desempleo entre los jóvenes de hasta 25 años de edad era 12%; en 2002 era de 16%. Además, se observa el incremento de la precarización de las relaciones de trabajo, evidenciada por el aumento de personas trabajando con contratos temporales y sin derechos a beneficios sociales (OIT, 2003).

POBREZA Y DESIGUALDAD

Los ajustes mencionados habían contribuido, en los años 80, al aumento del número de pobres y de aquellos que vivían en situación de extrema pobreza (Altimir, 1998; Banco Mundial, 1993a, 1993b; Borón, 1995; Bustello, 1994; CEPAL, 1990, 1993; Filgueira y Lombardi, 1995; OPS/CEPAL, 1994), tendencia más acentuada en las áreas urbanas y metropolitanas. Esto no quiere decir que la pobreza rural se redujo, sino que la población rural disminuyó; mientras tanto, las condiciones más extremas de indigencia se manifestaban en las zonas rurales, con valores alrededor de 37% de la población total en la región (Filgueiras, 1997). A inicios de la década de los 80, el número total de pobres alcanzaba 135,9 millones de personas (40,5%) de las cuales 62,4 millones (18,6%) eran indigentes (CEPAL, 2000 y 2000 b) y, a mediados de la década, estos números pasaron a ser 170,2 y 81,4 millones, respectivamente (Figueiras y Lombardi, 1995). En los años 90, la proporción de los hogares en estado de pobreza era de 48,3% y aunque se redujo a 43,8% en 1999, el número absoluto de pobres aumentó entre 1990 y 1999 de 200,2 a 212 millones de los cuales 91 millones eran indigentes (CEPAL, 2000; 2000 b; 2003 y 2003a).

El inicio de los años 2000 se caracteriza por un estancamiento en el proceso de superación de la pobreza en la región. Entre 1999 y 2002 la tasa de pobreza disminuyó sólo 0,4 puntos porcentuales, al pasar de 43,8 a 43,4, al tiempo que la pobreza extrema creció 0,3%, abarcando a 18,8% de la población regional, y el número de personas pobres se elevó hasta 220 millones, incluidos 95 millones de indigentes (CEPAL, 2003 y 2003a). En síntesis, tomando como referencia el año de 1997, las tasas de pobreza e indigencia se han mantenido prácticamente constantes, y en el ámbito de los países esa evolución entre 1999 y 2000/2002 también se caracterizó por variaciones más bien pequeñas, con pocas excepciones, por lo que se produjo un marcado deterioro de las condiciones de vida de la población, como en Argentina y, en menor medida, en Uruguay. Por otra parte, las proyecciones para 2003 basadas en el crecimiento económico previsto para los distintos países y el conjunto de la región indican que se volvería a producir un aumento de las tasas de pobreza e indigencia a escala regional, motivado

principalmente por la ausencia de crecimiento del producto por habitante. Excepciones serían Venezuela, donde se podría registrar un crecimiento significativo (por la drástica caída del PIB desde 2002), y en Argentina, donde la reactivación del crecimiento económico probablemente coadyuve a una reducción de la proporción de personas pobres (CEPAL, 2003 y 2003a).

Los países que nos interesa discutir de forma particular en ese trabajo, Brasil, Colombia y Costa Rica, presentaron variaciones pequeñas, tanto positivas como negativas, de la pobreza y de la indigencia: los dos primeros, de alza y el último de disminución. Chile, a su vez, está entre los países que ya han alcanzado anticipadamente la meta de reducción de la pobreza extrema a la mitad para el año 2015, según lo dispuesto en la Declaración del Milenio.¹⁸

Paralelamente, aumentó de forma importante la vulnerabilidad económica de los sectores bajos y medios, como consecuencia de la mala distribución de la renta, colocándolos más próximos de la línea de pobreza, sobre todo en las áreas metropolitanas, en todos los países. Vale la pena enfatizar que esta dinámica alcanza a los sectores medios ya consolidados, o en vías de formación, con especial impacto en los grupos con mayor nivel educativo (profesionales calificados y recién formados), debido, por un lado, a la dinámica de la reestructuración tecnológica y del desempleo, cíclica y selectiva, que alcanza más fuertemente a jóvenes y mujeres, y, por otro, a la composición de los nuevos puestos de trabajo, cuando existen - de baja calificación y productividad. Pero la vulnerabilidad de los pobres es más evidente debido a la exclusión, tanto del proceso productivo como de los beneficios sociales, de grandes segmentos de la población con baja capacidad de movilizar recursos individuales, frente a un abanico de opciones cada vez más estrecho (ya sea en el mercado, en el Estado o en la sociedad) y se crea, así, una estructura de *pobreza social heterogénea* (Filgueiras, 1998), para la cual la red de seguridad social tradicional (familia, vecindario, etcétera) y los mecanismos o instrumentos sociales disponibles son insuficientes o inadecuados.

Se constata como rasgo común en todos los países una situación de “modernización excluyente” (Filgueira y Lombardi, 1995), en el que el desarrollo social y la distribución de la renta en general no corresponden a la riqueza relativa de cada país, medida en términos del Producto Interno Bruto (PIB) *per capita*, dato éste que gana importancia frente a la escandalosa concentración de la renta y a los bajos salarios.

Cualquiera que sea el indicador de desigualdad que se adopte, con excepción del de Uruguay, se registró como tendencia general en la región, en las dos últimas décadas, la concentración de la renta en los deciles más altos de la población, que aumentaron su participación en la renta total, con la consecuente caída en los inferiores (figura 1, anexo 1).

Los números indican que la distribución de la renta

18. En ese tópico no encontramos datos para Belice.

históricamente desigual en la región empeoró mucho en la década de los 80 y continuó deteriorándose en los años 90, ostentando la más pronunciada disparidad entre ricos y pobres de todas las regiones del mundo, y Brasil lidera esta lista (CEPAL, 2000; Filgueiras, 1997; Kliksberg, 2000; Londoño y Székely, 1997). La polarización aumenta más aún cuando se comparan los estratos más extremos de la estructura social, y las diferencias entre los países es notoria (figura 2, anexo 1).

La evolución de los grados de desigualdad medida por el Coeficiente de Gini (que varía de 0 a 1, donde 0 corresponde a la equidad total) indica que hubo una mejoría en la desigualdad de distribución de la renta de 1970 a 1980, que volvió a empeorar mucho de 1980 a 1990 y permaneció prácticamente inalterada en los años 90, a pesar de un mayor crecimiento económico. De hecho, al final de la década, el promedio regional fue estimado en torno de 0,57 (Londoño y Székely, 1997), mientras que el mundial es de 0,40 y el de los países desarrollados es de 0,30 (0,25 en los nórdicos escandinavos) (Kliksberg, 2000). En el periodo más reciente (1999-2002) la tendencia de inmovilidad de los indicadores de concentración del ingreso e incluso una tendencia al deterioro en algunos países se mantiene, ya que diez de los once países analizados por la CEPAL (2003 y 2003a) acusaron un estancamiento o bien un deterioro del índice de Gini, que alcanzó su máxima expresión en Argentina (aumentó de 7,2% en el área urbana); México sería la única excepción, ya que el valor del índice habría disminuído 5,1%. De esta manera, las nuevas cifras reafirman la enorme rigidez a la baja que caracteriza al grado de concentración del ingreso de los países de la región, factor que indudablemente limita las posibilidades de avanzar hacia el objetivo de reducción de la pobreza.

Se puede afirmar que está siendo consolidada en América Latina una pirámide de ingreso un poco más estrecha en la base inferior, muy afinada en la parte alta y con una gran concentración de población alrededor de la línea de pobreza, como resultado directo de los ajustes implementados (Bustelo, 1994; Filgueiras, 1997).

En síntesis, en ningún país de la región se han reducido los niveles de desigualdad en relación con los imperantes desde los años 70 y para muchos la desigualdad es mayor que entonces. Y se observa una relación positiva entre el aumento de las desigualdades y el aumento de la pobreza; prueba de ello es que en los países de menor población ese aumento fue mayor. Por otro lado, las desigualdades tienen un fuerte efecto negativo en la disminución de la pobreza, esto es, la reducción de la pobreza fue considerablemente inhibida por el aumento de las desigualdades, a pesar de las burbujas de crecimiento económico (CEPAL, 2000; Kliksberg, 2000; Székely, 2001).

El Índice de Desarrollo Humano – IDH (PNUD, 2001) de 26 países latinoamericanos confirma que la región concentra las

mayores disparidades mundiales, pues el IDH del país mejor colocado, Barbados (IDH 0,864) es casi el doble del peor colocado, Haití (IDH 0,467), y su renta *per capita* es 10 veces superior (aun estando solamente a algunos centenares de kilómetros las dos islas) (PNUD, 2001).

LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

La población de América Latina y el Caribe representa cerca de 8,5% del total mundial y pasó de 165 millones de habitantes en 1950 a 509,2 millones a fines de los años 90, y a 527 millones en 2002. La fecundidad promedio en la región disminuyó de 3,9 en 1980 a 2,7 hijos por mujer en 1999, tasa que se mantiene en 2002. Aunque los niveles hayan bajado en todos los países, la diferencia entre los valores extremos no varió mucho, lo que quiere decir que la estructura de edad de la mayoría de los países sigue siendo predominantemente juvenil: en 2002, 62% de la población regional tenía entre 15 y 65 años de edad (cerca de 319 millones de personas), 32% tenía menos de 15 años y 6% estaba sobre los 65 años (CEPAL, 2001; PRB, 2002). Una serie histórica de los principales datos e indicadores regionales se encuentra en la tabla 1, anexo 1.

La tasa de crecimiento poblacional de la región se mantuvo en torno de 3% al año hasta el final de los años 70, cuando comenzó a decaer; llegó a 2,1% en el período 1980-1990 y a cerca de 1,7% en el período 1990-1999, dato que se confirma para 2002, como consecuencia de la disminución de la tasa de fecundidad (en 2002 alrededor de 2,7 hijos por mujer) (CEPAL, 2001; PRB, 2002). Entretanto, la reproducción diferencial de diversos estratos sociales demuestra que la mayoría de los nacimientos continúa ocurriendo en los sectores más vulnerables, o sea, los pobres, los indigentes y las clases más bajas. El aumento del número de embarazos precoces (en adolescentes) y de madres solteras, así como el número de divorcios y separaciones (oficiales o no), la postergación del matrimonio y el número de mujeres jefas de familia, aluden a la desintegración de la idea de la familia tradicional y a la pérdida de la red primaria de soporte que debería ofrecer (Filgueiras, 1997; PRB, 2002; CEPAL, 2003b).

La “transición demográfica”, esto es, el tránsito de altos hacia bajos índices de fecundidad y mortalidad y aumento de la esperanza de vida al nacer, se consolidó, como en otras regiones, pero no se verificó el “bono demográfico”,¹⁹ o sea, el crecimiento de la población en edad productiva y de la población económicamente activa en valores mayores que el del crecimiento de la población no fue aprovechado para desarrollar el capital humano en la región, principalmente por la escasa generación de empleo, sobre todo aquellos con altos niveles de productividad, la pobreza generalizada, la marcada desigualdad y exclusión social que golpea más duramente a niños, mujeres o jóvenes en nuestra región (Ocampo *et al*, 2001; CEPAL, 2003b). Por otro lado, hubo un

19. Por “bono demográfico” se ha entendido la potencialidad que representa para los países disponer de una masa de población en edad productiva, de una proporción nunca antes registrada. Pero esa estructura poblacional encierra, además de oportunidades, grandes retos y grandes riesgos (CEPAL, 2003b:11).

importante aumento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo (tabla 1).

Se señala además, de manera general, el mayor envejecimiento de la población que, para algunos autores, es un proceso que se expresa de forma muy variada en la región y sólo como tendencia se puede prever cambios importantes en los perfiles epidemiológicos y en la demanda de servicios de salud (OPS, 1995, 1998). Para otros, la región estaría repitiendo la transición demográfica europea, pero con un ritmo diferente, pues estaría tomando mucho menos tiempo para mostrar una disminución significativa tanto en la mortalidad infantil como en la fecundidad. Por lo tanto, advierten que producirá efectos importantes en un período mucho más corto, lo que redundará en necesidades y demandas crecientes de servicios sociales, incluidos los de salud (Carvalho, 1998; CEPAL, 2003b).

En realidad, la determinación de la magnitud de estas transiciones y de las demandas que serán generadas en este proceso es una tarea difícil, ya sea por la dispersión de los cambios sociales que tienen lugar dentro de cada país y entre países, o por las diferencias en el comportamiento de las distintas clases y grupos sociales en cada sociedad, o por la tendencia contradictoria de estas transformaciones. De cualquier manera, indiscutiblemente es una transición “mixta que combina los efectos de una sociedad segmentada - tradicional y moderna” (Figueira, 1997:138), agravada, empero, por los altos niveles de desigualdad y las graves condiciones económicas.

LOS JÓVENES EN LA REGIÓN

Del total de la población de América Latina y el Caribe, alrededor de 60% (tres de cada cinco personas) son menores de 30 años de edad. Como cerca de 62% de esa población es pobre o indigente, con mayor tasa de fecundidad que otros grupos sociales y, siendo América un continente joven, se puede afirmar que *la mayoría de las personas pobres tienen menos de 30 años de edad y enfrentan graves problemas en el acceso a los servicios básicos sobre todo en salud y educación* (CEPAL, 2003b:3).

Según la Organización de las Naciones Unidas, son considerados jóvenes todos los hombres y mujeres entre los 15 y 29 años de edad. Aunque ese sea un criterio demográfico, es reconocido que “la juventud” es una “construcción social”: *la edad sirve para delimitar un espacio demográfico con un fenómeno sociológico - la juventud* (Brito, 1996:29 apud CEPAL, 2003 b).

El aumento de la esperanza de vida al nacer y la

disminución de las tasas de fecundidad y de mortalidad llevó a un envejecimiento de la población, a la disminución sostenida del segmento de 0 a 15 años de edad y a un incremento nunca antes vivido de la población joven, aunque con marcadas variaciones entre grupos de países. La proporción de jóvenes de 15 a 29 años de edad dentro de la población total llegó a su máximo en 1990 (28,5%). Si bien la baja fecundidad impulsará el descenso de esta proporción en el futuro y, estimándose que llegará a 24% en el año 2020, el tamaño absoluto de la población joven seguirá aumentando en los países de transición moderada e incipiente y también –por lo menos durante el primer decenio del siglo XXI– en aquellos que se encuentran en plena transición, los que reúnen el grueso de la población regional (CELADE, 2000:21-22).²⁰

Como síntesis, podemos registrar las siguientes tendencias (CEPAL, 2003b:13):

- La proporción del grupo más joven respecto al grupo total (15 a 19 y 15 a 29 años de edad) muestra una tendencia descendente desde los años 70, indicando que el propio grupo tiene una leve inclinación a envejecer, pasando de 55% en 1970 a una estimativa de 51% en 2005.
- La relación creciente entre el número de jóvenes (15 a 29) y el de niños (0 a 14 años de edad) muestra una tendencia al aumento: en 1970 eran 61 jóvenes por cada 100 niños y en 2000 eran 89 por 100, lo esperado debido al descenso de la fecundidad y a su probable estabilización en niveles bajos.
- La relación entre jóvenes (15 a 29) y adultos (30 a 64 años de edad) revierte la propensión al aumento que registraba en el pasado y a partir de 1985 desciende de 97 a 80 jóvenes por cada 100 adultos en 2000, y se espera que esa tendencia continúe acelerándose.
- La relación que evidencia el gran cambio en la estructura por edades de la población corresponde a jóvenes (15 a 29) y a la población de la tercera edad (65 años y más): mientras sí se mantuvo hasta cierto punto estable de 1970 a 1985 (alrededor de 62 jóvenes por cada 100 adultos mayores); desde entonces se registra una acentuada declinación – la relación se reduce a 52 en el año 2000.

Al crecer tan rápidamente la población joven, crecen al mismo ritmo las demandas de servicios básicos, de alimentación, de atención en salud, de educación y de capacidad de absorción de mano de obra. En un contexto de pobreza generalizada, de marcada desigualdad y de exclusión social que golpea más duramente a niños, mujeres o jóvenes en nuestra región, la oportunidad potencial se convierte en

20. Estudios anteriores de la CEPAL identifican tres grupos de países en términos de transición demográfica: *transición avanzada*: natalidad y mortalidad bajas o moderadas y bajo crecimiento (Argentina, Barbados, Chile, Cuba, Jamaica y Uruguay), que desde el inicio de los años 90 empezó a declinar y a contrastar con el crecimiento progresivo de la población adulta y adulta mayor; *plena transición*: natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, que determinan un crecimiento natural moderado (Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Surinam, Trinidad y Tobago, Venezuela), donde la población joven llegó a su índice porcentual más alto en la primera mitad de los años 90, y seguirá creciendo probablemente durante la primera década de este siglo, y empieza a registrar una tendencia a la declinación; *transición incipiente o moderada*: alta natalidad y mortalidad alta o moderada y crecimiento natural elevado (Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay), los que debido a la alta fecundidad seguirán registrando importante incremento en el número de jóvenes probablemente hasta estaría ubicado en ese último grupo, aunque las estimativas indican un inicio de declinación en la cuarta década de este siglo (CEPAL, 2003b:10-9). Según datos de 1998 Belice, probablemente a partir de la segunda década de este siglo (CEPAL, 1998).

riesgo (CEPAL, 2003b:11). Por otra parte, también significa un desafío, toda vez que por las crecientes demandas de servicios de la población joven, sobre todo en los países en plena transición, que contienen la mayor cantidad de población de la región y en los de transición incipiente y moderada, deberán competir con los servicios requeridos para la atención materno-infantil, ya que se mantendrá, aunque decreciente, un ritmo importante en su fecundidad; y también con los servicios demandados por la población adulta mayor, debido a que la característica de envejecimiento de la población se incrementa de manera sostenida. Si consideramos, además, que en muchos de esos países existen grandes déficits en la cobertura de servicios básicos, incluidos los de salud, sobre todo para los grupos más rezagados, los que a por su vez son los que mantendrán por más tiempo alto niveles de fecundidad, la necesidad de fuerte inversión social en esos grupos sí se configura como un inmenso reto político. En suma, *además de sus efectos sobre la demanda potencial de servicios sociales (básicamente, educación y salud), estas tendencias entrañan importantes desafíos, tanto para la incorporación de los jóvenes en forma productiva y creativa como para su participación social, política y cultural* (CELADE, 2000:21).

Es importante destacar que los jóvenes son más susceptibles a salir en busca de nuevas oportunidades cuando no las encuentra en su lugar de origen, llegando a concentrarse en las grandes áreas urbanas 80% de la población joven (CEPAL/FNUAP/CELADE, 2000:22 *apud*, CEPAL, 2003b), en general mujeres y hombres que se insertan en servicios de baja calificación y poca remuneración, o en el empleo informal, o engrosan las filas del desempleo urbano. Si a esto agregamos que los países de transición moderada o incipiente todavía tienen un gran porcentaje de población rural, con bajos y hasta nulos niveles de educación, pero que se desplazan hacia las zonas urbanas, pero sin las herramientas necesarias para insertarse en un mercado laboral urbano, veremos cómo rápidamente los cinturones de las periferias urbanas crecen con grupos poblacionales con muy malas condiciones de vida y trabajo.

Del mismo modo se registra también el fenómeno de la migración intraregional y extra-regional, que siempre existió pero registró importante incremento en los años 70, 80 y 90, primero por problemas políticos generados por las dictaduras y, posteriormente, por el deterioro de las condiciones de vida y trabajo. Los países tradicionalmente receptores (como Argentina y Venezuela) dejaron de ser atractivos, por sus graves conflictos políticos y económicos, desplazándose la migración mayoritariamente para los EUA, hasta el 11 de septiembre de 2001, cuando se han endurecido sus controles migratorios. Más recientemente, países como España se han convertido en importantes receptores de migración latinoamericana.

En el Caribe angloparlante tradicionalmente esa migración siempre extraregional se dió para EUA y algunas metrópolis de Europa. Más recientemente, los movimientos migratorios intraregionales se han institucionalizado y

adquirido mayor visibilidad, en la medida de la reducción de importación de mano de obra y al establecimiento de mayores exigencias para la migración (como el Reino Unido). Por otra parte, hacia 1990 cerca 800 mil caribeños anglófonos se encontraban viviendo en EUA, 54% de ellos mujeres, y los jóvenes entre 15 a 29 años de edad aglutinaban a 29% de esos inmigrantes, fundamentalmente de Jamaica, Guyana y Trinidad y Tobago. Esa migración fue mayor en los años 80, y también se redujo bastante recientemente (Mills,1997).

Actualmente, se identifica una nueva etapa de migración intraregional: un pequeño número de microestados se han convertido en importadores netos de fuerza de trabajo, después de haber ostentado la condición de exportadores, sobretodo aquellos de altos ingresos per cápita basados en la industria del turismo (Bahamas, Islas Vírgenes de los EUA, Guadalupe, Islas Caimán, Turcos y Caicos, Antigua y Barbuda, entre otros). En varios de estos territorios la población extranjera excede 10% de los efectivos demográficos, con significativa predominancia de adultos jóvenes, hombres y mujeres.

En el Caribe, los jóvenes de los sectores menos favorecidos se ven forzados a ganar “dinero fácil” (trabajo informal, tráfico de drogas y prostitución), como única vía posible de llevar ingreso a la familia, y estas formas de “ingreso” son muchas veces incentivadas por el turismo internacional, por los traficantes, por las propias familias o los medios de comunicación, lesionando muchas veces de forma permanente la integridad de estos jóvenes (Banco Mundial, 2003b).

Entre la diversidad de “juventudes” que coexisten en las “sociedades excluyentes” al interior de la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños se puede constatar una gran diferencia en la estructura de oportunidades, la formación de capacidades individuales, y los espacios de realización de esas aspiraciones individuales. Al ser los hogares pobres en todos los países los que mantienen las mayores tasas de fecundidad, las estadísticas indican que los niños, los pre-adolescentes entre 10 y 14 y los de 15 a 19 años de edad, constituyen los grupos más afectados por la pobreza en la región (CEPAL, 2003b). En consecuencia, muchos de los problemas de salud de las personas jóvenes están asociados a la pobreza y exclusión social.

Esos requerimientos de atención en salud son menos visibles que los de otros grupos en los sistemas de salud, y más difícil de resaltar sus prioridades en políticas y servicios. Considerando que es un grupo de población, en general, con relativa baja morbilidad y mortalidad asociada a causas naturales o de enfermedades, en comparación con otros grupos etarios, son pocos los países que han priorizado a esos grupos en sus políticas sociales, entre ellas las de salud.

En relación con la educación básica, en América Latina y el Caribe se han hecho grandes esfuerzos, sobre todo en las décadas de los 60 y 70, por ampliar la cobertura educativa, principalmente la básica o primaria, lo que se ha logrado en casi todos los países. Sin embargo, persisten grandes problemas de inequidad en el acceso y en la calidad, en

detrimento de las poblaciones rurales e indígenas, y en los centros urbanos, también se evidencia, sobre todo en las últimas décadas la inequidad condicionada por las condiciones económicas de las personas. La tasa de analfabetos adultos (mayores de 15 años de edad) ha disminuido y la tendencia es a declinar (12% en 1999 y 11,5 en 2002) (BM, 2001 y 2003a).

También se han logrado avances en la cobertura de la educación secundaria y superior, presentándose las mismas inequidades mencionadas, además de grandes disparidades entre los países. Sin embargo, el problema de la calidad y la pertenencia en todos los niveles educativos sigue siendo muy grave y, en términos generales, la calidad de la enseñanza ha desmejorado notablemente en toda la región. La diferencia de calidad entre la educación pública y privada es, casi siempre, abismal, lo que aumenta la brecha de la inequidad y el acceso a las oportunidades, pero con grandes diferencias entre los países, siendo que en algunos, donde la educación pública era mejor, se observa un deterioro en las últimas décadas, debido a las condiciones económicas. Y en otros hubo una proliferación indiscriminada de establecimientos de enseñanza privada de muy baja calidad, pero que funcionan durante el periodo nocturno, para que los grupos de jóvenes que trabajan puedan estudiar (CEPAL, 2003b).

Se estima que las tasas de deserción de la escuela de los adolescentes y jóvenes del 25% de los hogares de más bajo ingreso es tres veces mayor que la del 25% de los hogares de ingreso mayores. Hacia en año 2000 cerca de 15 millones de jóvenes entre 15 y 19 años de edad (30% del total), habían abandonado la escuela antes de completar 12 años de estudio. Alrededor de 70% de ellos (10,5 millones) lo habían hecho tempranamente, antes de completar la educación primaria o una vez terminada la misma.²¹ Entre las razones que motivan la deserción (estudio en ocho países) figuran las económicas en primer lugar, seguidas de la falta de acceso, problemas familiares entre otros (CEPAL, 2002).

En el Caribe se estima que la posibilidad de caer en conductas sexuales de riesgo, disminuye 30% entre los adolescentes y 60% entre las adolescentes, si están vinculados a la escuela (Banco Mundial, 2003b).

Aunque no se puede afirmar que el trabajo sea un factor expulsor del sistema educativo, si es claro que los jóvenes que trabajan tienen una mayor posibilidad de interrumpir su educación formal. En las áreas urbanas 53% de los jóvenes trabajadores han abandonado el sistema educativo y en las zonas rurales 71% de las personas jóvenes que trabajan no han completado su proceso educativo (CEPAL, 2003b).

Este difícil contexto agrava una situación que no es nueva: en casi todos los países el desempleo de las personas jóvenes duplica el desempleo general y es varias veces mayor que el de las personas mayores de 45 años de edad; siendo que en el caso de las mujeres jóvenes el desempleo es siempre más elevado

que el de los hombres. Obviamente, la variación entre los países es muy grande.

POBREZA Y DESIGUALDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

América Latina ya muestra una población femenina globalmente más educada, especialmente en los tramos superiores, lo que debe considerarse un logro. Durante los años 90, la tasa de actividad económica de las mujeres creció a un mayor ritmo que la masculina, aunque enfrentan mayores dificultades para ingresar en el mercado laboral: mientras las tasas de desempleo masculino se han incrementado en 2,9% entre 1990 y 1999, las de las mujeres lo han hecho en 6,1% aun cuando las económicamente activas tienen más años de estudio que los hombres. Y en 1999, los ingresos que percibían las mujeres en el mercado de trabajo eran aproximadamente el 75% de los ingresos masculinos y la brecha se hace más acentuada entre las mujeres de mayor educación (CEPAL, 2003c:20-21).

Sin duda, el capital humano femenino además de estar subutilizado para el desarrollo, es objeto de múltiples discriminaciones. *El mercado laboral, tal como está concebido en la actualidad, descansa sobre el trabajo doméstico que reproduce la fuerza de trabajo y crea las condiciones para el desarrollo de la vida* (CEPAL, 2003c:18).

El análisis de las encuestas de hogares permite una aproximación a la pobreza femenina desde el punto de vista de la “autonomía económica”. El porcentaje de mujeres mayores de 15 años de edad sin ingresos propios supera ampliamente el de varones: 45% de esas mujeres en las zonas urbanas y 21% de los hombres; y en la zona rural, 59% de las mujeres y 20% de los hombres. Esa diferencia desfavorable a las mujeres se verifica en todos los grupos etarios, de los 15 a los 60 años de edad y más (CEPAL, 2003c:19).

Las medidas de la pobreza en los hogares demuestran en general un número mayor de mujeres jefas de hogar entre los estratos pobres de la población en la región (Kabeer, 2003). Por otra parte, en 1999, las mujeres jefas de hogares contaban con menos ingresos monetarios que los hombres jefes, sea en los hogares pobres como en los no pobres, lo que es agravado por los datos de ingreso per cápita. Además, las mujeres que cuentan con ingresos propios contribuyen de manera significativa a la disminución de la pobreza de los hogares, que tiende a aumentar sin el aporte femenino, y su tasa de participación en esos hogares va en aumento, aunque son mucho menores que la de las no pobres, lo que confirma que la condición de pobreza para las mujeres es más importante que para los hombres, sobre todo para su acceso al mercado laboral (CEPAL, 2003 y 2003a).²² La segmentación ocupacional entre 1990 y 1999 se ha mantenido casi sin modificaciones, con un leve descenso entre las ocupadas en el servicio doméstico y

21. Estudios realizados por la CEPAL en 18 países de la región.

22. Datos disponibles para 17 países alrededor de 1999, entre ellos Colombia, Brasil, Chile y Costa Rica.

en los servicios personales, así como un ligero aumento en la agricultura y en el comercio. En ese mismo período, la brecha de género en sectores de baja productividad se ha reducido debido principalmente al deterioro de la inserción laboral masculina.

EL GASTO SOCIAL

Aunque la evolución de la crisis económica haya variado mucho de un país a otro, a lo largo de la década de los 80 el gasto social exhibió un deterioro generalizado, en términos absolutos, independientemente de la forma que se utilice para medirlo, y sólo en algunos pocos países hubo expansión relativa, con efectos asimétricos en los diferentes sectores (Bustello, 1994). La participación del gasto social en el gasto público total en general también sufrió una caída, lo que evidencia una política fiscal que no privilegió las áreas no sociales. Por lo tanto, a diferencia de lo que ocurrió en Europa, en América Latina, en los años 80, el gasto social fue, sobre todo, un instrumento de ajuste fiscal, mientras que su función compensatoria en relación con los salarios fue secundaria (Cominetti, 1994). Así, en muchos casos, el declive en la inversión humana fue altamente “*policy-induced*” y no sólo causado por la recesión (Hoeven y Stewart, 1993). Los sectores relativamente más vulnerables fueron vivienda y educación, pero también la seguridad social y la salud fueron alcanzadas de forma asimétrica. Los mayores cortes afectaron especialmente a las inversiones y no a los gastos corrientes, y el deterioro de la calidad de los servicios fue generalizado (Carciofi y Beccaria, 1993, *apud* Bustello, 1994). La ausencia de cambios institucionales radicales –salvo reformas aisladas en algunos países– que permitiesen contrapesar la pérdida de recursos con una mayor eficiencia, llevó al empeoramiento acentuado tanto del acceso de la población a los servicios sociales administrados por el Estado, como de la calidad de la atención al paciente.

Esta situación alcanzó particularmente a los grupos sociales más vulnerables, pues el impacto de la renta no monetaria sobre las familias es muy significativo en la región, ya que el gasto social representaba una fracción importante del ingreso efectivo de los sectores más pobres, variando de 26% en Uruguay hasta 50% en Chile y en Costa Rica (Bustello, 1994).

En contrapartida, y para intentar contrarrestar la tendencia anterior, en los años 90 el gasto social ha aumentado considerablemente – de 10,4% del PBI en 1990-1991 a 12,1% en 1996-1997 (CEPAL, 2001) y 13,8% en 2000-2001, a pesar de la pronunciada reducción del crecimiento del PIB per cápita en ese período, que pasó de 2,1% a 0,2% (CEPAL, 2003c). En efecto, de 1990-1991 a 2000-2001, el gasto social por habitante se elevó 58% promedio en la región (de 342 a 540 dólares *per capita* anuales) (en US\$ de 1997) (CEPAL, 2001; CEPAL, 2003c). También aumentó la parte pública de ese gasto –de 42 a 48% del gasto público total– como resultado de una mayor prioridad fiscal. Ese crecimiento ha sido generalizado (con excepción de Honduras y Venezuela), pero no tuvo la

misma magnitud en los distintos países: el aumento ha sido más rápido en los países de menores ingresos por habitante, donde dicho gasto suele ser más bajo, y en algunos hubo un aumento de más de 100% (Colombia, Guatemala, Paraguay, Perú y República Dominicana). Ese incremento tampoco fue homogéneo a lo largo de la década; en la mayoría de los países el ritmo de expansión fue mayor durante el primer quinquenio (cerca de 30%) y el aumento fue mucho menor en el segundo (16%), sobre todo a partir de 1998 (CEPAL, 2001; CEPAL, 2003c). Sin embargo, el aumento del gasto social no se acompañó de una reducción de las pronunciadas disparidades entre países existentes a fines de los años ochenta, manteniéndose la enorme heterogeneidad, y en algunos los valores son todavía insuficientes, si se compara con el propio patrón regional (CEPAL, 2003 c).

Esa situación es más evidente en América Latina que en el Caribe, que históricamente ha tenido y continúa teniendo, en términos generales, niveles de gasto social más elevados, pero con tendencias menos favorables a lo largo de los años 90 (CEPAL, 2000).

La cobertura de la seguridad social nunca fue significativa en la región, si se compara con los *welfare* europeos, y existe gran variación entre países. Argentina, Chile, Uruguay y Brasil fueron los pioneros en la creación de sus sistemas de protección social, pero también con coberturas diferenciadas y a inicios de la década de los 80, cerca de 61% de la población de la región estaba cubierta por alguna forma de seguridad social, pero con gran diferencia entre estos países (OPS/CEPAL, 1994); los datos apuntan que el sector de la seguridad social fue el menos comprometido durante 1982-1989. Sin embargo, esas condiciones de protección social, tradicionalmente débiles, se han deteriorado en los años 90, incluso entre los asalariados urbanos formalmente afiliados a la seguridad social, quienes disminuyeron de 67% a 62% entre 1990 y 1998 (OIT, 1999, *apud* CEPAL, 2000). Además, el número de cotizantes efectivos en los sistemas de previsión ha disminuido de forma pronunciada. Téngase presente que estas cifras representan una sobrestimación de la cobertura efectiva, por basarse en datos sobre afiliación en lugar de referirse a cotizantes activos; en segundo lugar, excluye a los trabajadores independientes y rurales, categorías generalmente desprotegidas. Las caídas en los niveles de empleo en el sector formal, combinadas con la desregulación del mercado de trabajo y el aumento del desempleo, contribuyeron al mayor debilitamiento de los sistemas de protección social (en los países donde estaban más consolidados) y han impedido la expansión en los demás. Además de ello, algunos de los que habían avanzado en las cuestiones de *welfare*, como por ejemplo Chile, fueron los que adoptaron la opción de desmontaje más radical; mientras que otros, como Costa Rica, han soportado mejor la crisis, exactamente por el mantenimiento de las opciones anteriores de política social.

El mayor efecto redistributivo del gasto se observa si se excluye la seguridad social. El efecto redistributivo neto del gasto público social varía según el grupo social – la

importancia relativa del gasto social es mucho mayor en los estratos de menores ingresos, representando cerca de 43% de su ingreso; en cambio en los estratos de mayores ingresos (quintiles cuarto y quinto) representa entre 13 y 7%. Nótese que esa baja repercusión del gasto social en los ingresos del estrato más rico involucra un volumen cuantioso de recursos que en varios países supera o incluso duplica lo destinado a los hogares más pobres. Eso se explica por la cuantía de las transferencias de la seguridad social: en el estrato superior, más de 60% de las transferencias corresponden a la seguridad social, mientras que en el quintil más pobre representan sólo cerca de 25% del total (CEPAL, 2001).

Se estima que, para el conjunto de la región, 44% de la expansión del gasto social correspondió a incrementos en educación y salud (28 y 16%, respectivamente); 51% a la ampliación del gasto en la seguridad social, principalmente pensiones y jubilación, y 5% restante a otros gastos, como vivienda, agua potable y saneamiento (CEPAL, 2000). Sin

embargo, a partir de de 1998, los recursos destinados a educación y salud en su conjunto absorbieron una fracción más elevada del PIB que la seguridad social (1%, comparado con 0,5%), y se invirtió la tendencia observada hasta 1998-1999, pero se tendió a “proteger” más el gasto en educación que el de salud (figura 3, anexo 1). En términos redistributivos, no fue igual en todos los países: en los de menor ingreso creció relativamente más el gasto en educación y salud (en general más progresivo), que representaron 56% del total, mientras que la seguridad social sólo representó una quinta parte. En cambio, en los países de mayor gasto, la seguridad social captó alrededor de la mitad del incremento, y los mayores aumentos se registraron precisamente en los países en que ésta capta una fracción considerable de los recursos públicos –Argentina, Brasil, Chile y Uruguay–. En lo referente a la salud, el incremento promedio regional ha sido de US\$ 28, a excepción de Chile, Colombia y Argentina (CEPAL, 2000).

6 Panorama general de la salud en la región en los años 80 y 90: algunos indicadores

También en la salud se observa en la región un agudo patrón de desigualdad. Aunque los promedios regionales y nacionales evidencien mejorías en algunos indicadores, principalmente cuando se comparan series históricas más largas, el refinamiento de los índices por niveles socioeconómicos, regiones geográficas, género, etnia y edad muestra amplios sectores de la población seriamente perjudicados, con diferentes estados de salud y con distintas oportunidades de acceso y utilización de los servicios de salud (OPS, 1999). Otra característica de este patrón regional es la gran diferencia de los indicadores entre los países, y entre regiones dentro de un mismo país.

La esperanza de vida al nacer promedio es de 71 años en la región (68 para los hombres y 74 para las mujeres), aumento importante en relación con los años 50 y 55, cuando era de 52 años, siendo todavía inferior a los niveles de los países de la OECD (*Organization for Economic Co-operation and Development-OECD*, 77 años), pero superando el promedio mundial (67 años). Como extremos de esta realidad están, de un lado, Haití (53,5) y Bolivia (62) y, de otro, Costa Rica (76,5), Cuba (75,3) y Chile (75) (CEPAL, 2001). Vale la pena mencionar que en 15 de los 10 países de la región el aumento quinquenal de la esperanza de vida al nacer fue menor en los períodos 1970-1975 y 1985-1990 y se observa una tendencia a la estabilización del indicador a partir de los años 90, o sea, es cada vez menor la tendencia al aumento de los años de vida de las poblaciones.

Distancias semejantes se observan en la mortalidad infantil. A pesar que los datos no están disponibles en todos los países para los mismos años, llama la atención la correlación entre las tasas de mortalidad infantil y el desarrollo social, sobre todo en los países con nivel de renta semejante. Entre 1980 y 1999 la tasa promedio de mortalidad infantil en la región bajó de 61 a 30/1.000 nacidos vivos (NV) (CEPAL, 2001). Aunque esa tasa regional sea inferior al promedio mundial (54 por mil NV), continúa siendo mucho mayor que la de los países de altos ingresos y miembros de la OECD (cerca de 9,4 por mil NV). Estas cifras disminuyeron prácticamente en todos los países, aunque con ritmos de disminución distintos, ya sea como resultado de políticas pasadas, sea porque fueron mantenidas acciones básicas y programas asistenciales específicos, o porque acciones en otras áreas se reflejaron positivamente impidiendo el empeoramiento de estos macro-indicadores en salud. No es por casualidad, por lo tanto, que Costa Rica (13), Cuba (11,8) y

Chile (10) en general mantuvieran sus indicadores próximos a los de los países desarrollados (CEPAL, 2001).

Se observa, además, gran disparidad entre países, y también en un mismo país, al desagregar el promedio nacional de mortalidad infantil en diferentes grupos sociales (CEPAL/CELADE/BID, 1996). Por ejemplo, la mortalidad infantil en Perú era cinco veces mayor para niños de hogares del quintil inferior de condiciones materiales de vida (medido por la tasa de activos – *assets indices*) que para el quintil superior; además, la existencia de enfermedades diarreicas fue, respectivamente, de 22 y 13% en los dos quintiles, y la de enfermedades respiratorias de 25 y 15% (Gwatkin *et al.*, 1999). Las diferencias son también bastante expresivas entre las zonas rurales y urbanas, donde las tasas de mortalidad infantil tienden a ser mayores en el campo. Estas asimetrías se acentúan aún más en las poblaciones indígenas (CEPAL, 2000, 2001; Kliksberg, 1999).

En relación con el perfil epidemiológico, las causas de muerte también han cambiado, presentando patrones mixtos donde conviven las muertes por enfermedades evitables –en los diversos grupos de edad– con aquellas producidas por enfermedades crónicas y degenerativas; dependiendo tanto del desarrollo económico-social como de la organización del sector salud, de la tasa de fecundidad, de las modificaciones en la estructura de edad, del proceso de urbanización y de las condiciones de vida. Se registra también el recrudescimiento o empeoramiento de los contextos endémicos y epidémicos. Esto significa que los países enfrentan un cuadro complejo, con distintos tipos de problemas de salud y capacidades muy diferentes para resolverlos. Además, estos indicadores varían mucho de un país a otro e incluso dentro de un mismo país, entre diferentes regiones, grupos sociales, según distintos niveles de renta, raza, etnias, educación, género, entre otras variables (OPS, 1999). En general las desigualdades en salud son acumulativas, conforme se combinan y agregan de diversas maneras tales variables.

EL GASTO NACIONAL EN SALUD

No es tarea fácil compatibilizar las fuentes de datos existentes en relación con el gasto nacional en salud en la región, pero algunas cifras son más o menos consensuales y es posible delimitar algunas tendencias.

Una de las características del gasto en salud en la región latinoamericana y del Caribe es su extrema heterogeneidad.

Así, en 1999, el Gasto Nacional en Salud (GNS) promedio regional era de US\$ 498 *per capita*, sin embargo, mientras que este promedio en las Islas Vírgenes Británicas es casi dos veces y media del promedio y en Uruguay y Costa Rica es casi el doble, en Haití es cerca de 17%. Se destaca además que alrededor de seis países destinan menos de US\$ 200 *per capita* anuales para la salud; ya el gasto de Bolivia y Ecuador está muy próximo a los US\$ 100 (OPS, 2000).

El gasto regional en salud como porcentaje del PBI es considerado alto (7,5% en 1995 y 7,3% en 1999), si se compara con el de las otras regiones “de renta media o baja” (alrededor de 5%), siendo que para algunos autores, también es alto en relación con los resultados obtenidos (Schieber y Maeda, 1999); entretanto, en 11 países de la región no alcanza el 5% del PBI y en otros cinco está muy próximo de ese valor (OPS, 2000).

Nótese que la dinámica del gasto sanitario de la región latinoamericana ha presentado un comportamiento diferente al de los países desarrollados.

En Europa occidental la evolución del gasto tuvo tres períodos distintos: (a) rápido crecimiento en los años 1961 a 1970 en términos absolutos y con relación con el PBI; (b) estabilización en los años 80, en respuesta a la crisis económica y a la necesidad de estancamiento del crecimiento de la inflación, que llevó a la adopción de los controles macroeconómicos del gasto, vinculados al crecimiento del PBI y a políticas de contención de costos de la asistencia médica, y (c) el aumento en la primera mitad de los años 90, *pari passu* la severa recesión, y en la segunda mitad también, como reflejo de otros factores tales como la unificación alemana y el aumento del gasto en los países del sur, como España e Italia (Almeida, 1995; EOHCS/WHO, 1999). La parte pública del gasto también aumentó, con una ligera disminución en los últimos años de la década de los 90; y la parte privada disminuyó, con un pequeño aumento al final de la década.

La dinámica en la región latinoamericana va en la vía opuesta: en los años 60 y 70 el gasto sanitario en general aumentó, aunque de forma heterogénea; en los años 80 disminuyó el promedio regional, como en 1985 cuando en algunos países esa caída fue del orden de 70% de los valores de 1980 (World Bank, 1990); y, en la segunda mitad de la década hubo recuperación, con un ligero aumento a mediados de los años 90 y disminución en la segunda mitad (tablas 2 y 3, anexo 1). Es preciso tener presente, sin embargo, que como el PBI disminuyó en ese mismo período, este aumento no significó más recursos para la salud en términos absolutos (tabla 3). La parte pública del gasto disminuyó en los años 80, aumentó un poco en el primer quinquenio de los 90, volviendo a decaer al final de la década; paralelamente, el gasto privado aumentó, declinando ligeramente al final de la década (tablas 2 y 3). De una manera general, la mayor parte de este gasto estuvo orientada a la atención curativa (72,6% en 1995), con apenas 7% para prevención, 12,1% para

administración y 8,3% para otros gastos (infraestructura, insumos y formación de recursos humanos) (Molina *et al.*, 2000).

La composición según sectores público y privado del gasto muestra que entre 1980 a 1999, el gasto privado fue el componente más importante del gasto total en salud: alrededor de 57% del gasto sanitario en toda la región (4,0% del PBI) en 1999, habiendo alcanzado 58,5% a mediados de la década. La parte pública de este gasto constituía en 1990 cerca de 43,4% del gasto sanitario total, lo que representaba 3,0% del PBI. Este porcentaje era poco más de la mitad del promedio de los países de la Unión Europea (4,9% del PBI), cuyo PIB es bastante más alto (OPS/CEPAL, 1994). Durante los años 90 se observa una recuperación del gasto público, pero al final de la década, el aumento verificado (de 3,0 a 3,4% del PIB) aún continuaba bastante por debajo del promedio europeo y el porcentaje privado del gasto prácticamente se estabilizó (de 3,99 del PIB en 1990 a 3,93 en 1998-2000); y el componente del gasto público atribuido a la seguridad social disminuyó de forma continua entre 1990 y 1999 (de 1,29 del PIB en 1990 a 1,03% en 1998-2000), mientras que la participación del gobierno central aumentó 10,8% y la de los gobiernos locales apenas cerca de 1%, con tendencia a la disminución al final de la década (tabla 3).

Según datos de la OMS (1999), calculados a partir de las Cuentas Nacionales en Salud (*National Health Accounts*), actualizados para 2002, el porcentaje del gasto público en salud en América Latina y el Caribe era cerca de 50% en ese año; el gasto directo de bolsillo era aproximadamente 34%; y la mezcla de todos los otros gastos privados era 16%, totalizando 50% de gasto privado.²³ Por tanto, confirmando la tendencia de fines de los años 90, se observa un aumento del gasto público y una disminución del gasto privado, pero el gasto directo de bolsillo continua bastante alto.

Las disparidades regionales en la composición público-privado también son significativas: en el año 2000, por un lado estaban Cuba, Guyana y Bolivia con baja participación del sector privado (10,8, 17,3 y 27,6%, respectivamente) y, por otro República Dominicana, Paraguay y Brasil con una alta participación (72, 61,7 y 59,2%, respectivamente). La relación del gasto público en salud con los gastos totales del gobierno en la región está alrededor de 13%, pero con gran variaciones entre los países, ya que en un extremo están El Salvador y Haití (con 26,2 y 22,1%, respectivamente), y en el otro Belice y Jamaica (con 5,5 y 7,0%, respectivamente). (Giovanni *et al.*, 2003).

La participación de recursos externos en el financiamiento de los gastos en salud de los países en la región ha aumentado en promedio de 6% en 1995 a 7,5% en 2000. Los países que más han recibido estos recursos son Haití (de 40,4 en 1995 a 67% en 2000) y Nicaragua (11,9 en 1995 y 30,5% en 2000); Granada y Bahamas no reciben tales recursos; y las mayores economías de la región –Brasil, México y Chile–

23. World Development Report 2004: Making Services Work For Poor People (p.137).

históricamente reciben porcentajes bastante bajos de estos recursos (promedio de 0,8, 1,2 y 1,4%, respectivamente, en el periodo 1995-2000) (Giovanni *et al.*, 2003).

La participación del gasto de las familias –gasto directo del bolsillo (*out of pocket*)– en el gasto total en salud es un componente importante del gasto privado en la región, cerca de 39% en promedio, con grandes variaciones entre los países: República Dominicana, El Salvador, Belice y México con participación promedio superior a 50%; y Cuba y Surinam con participaciones inferiores a 15% (10,8 y 14,9%, respectivamente) (Giovanni *et al.*, 2003). Durante la década de los 90 se observa el desplazamiento del gasto privado directo al gasto con esquemas de pre-pagos y seguros privados de salud.

Ese gasto directo del bolsillo está destinado principalmente a las consultas médicas y medicamentos, siendo que en estos últimos la mayor parte se realiza para medicamentos de marca (Molina *et al.*, 2000). Esta situación ha aumentado la inequidad en la región, pues las desigualdades en el gasto privado están estrechamente correlacionadas con las desigualdades de renta y, en general, están más concentradas que la distribución de la renta, pues en los países donde la participación privada es mayor los quintiles más pobres destinan porcentajes mayores de su renta a la salud que los quintiles más ricos; y lo inverso se verifica en los países con mayor participación pública en el gasto, donde los quintiles de menores rentas destinan menos a la salud y este porcentaje aumenta en los quintiles más ricos (Molina *et al.*, 2000).

En síntesis, mientras que en la Unión Europea se observó en la década de los 90 un aumento del gasto sanitario nacional, con una disminución de la parte privada y un concomitante aumento del gasto público, en América Latina prácticamente se observó el proceso inverso, pues la recuperación de la parte pública del gasto fue relativamente modesta y el gasto privado se mantuvo alto, con un aumento del componente indirecto (esquemas de seguros y pre-pagos privadas), a despecho de los lamentables indicadores socio-económicos y de las enormes desigualdades existentes.

La tabla 4 (anexo 1) sintetiza esos indicadores presentados arriba para los países estudiados en este trabajo –Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y Belice– que son coherentes con la estructura de sus respectivos sistemas de servicios de salud. La comparación de los datos demuestra que **Colombia** es el país que tiene una participación mayor del gasto total en salud como porcentaje del PIB y en relación con otros gastos gubernamentales, además del mayor gasto per cápita. **Brasil** tiene el segundo mayor gasto en salud como porcentaje del PIB, pero con menor porcentaje del gasto público en salud en relación con otros gastos gubernamentales, menor gasto per cápita, y la mayor participación del gasto privado en el total del gasto en salud, además de importante participación del gasto directo de bolsillo en el gasto total en salud. **Chile** tiene un gasto en salud como porcentaje del PIB similar a Brasil, pero con menor porcentaje del gasto público en salud en relación con otros gastos gubernamentales, y menor gasto per

cápita, además del mayor gasto con pre-pagos privados, una participación importante del gasto privado en el total del gasto en salud, y alta participación de los gastos con seguros sociales, aunque viene disminuyendo desde mediados de la década de los 90. **Costa Rica** es el país que tiene mayor participación del gasto público en los gastos totales en salud, la mayor participación de los gastos con seguros sociales, la segunda con mayor porcentaje de gasto en salud en relación con otros gastos, y la menor participación del gasto directo de las familias en los gastos totales en salud. Y, en comparación con los anteriores, **Belice** es el que menos gasta en salud (como porcentaje del PIB y como gasto per cápita) y que tiene mayor porcentaje de gasto directo de las familias, siendo también el que recibe mayor contribución de recursos externos

DESIGUALDADES EN EL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

En lo que se refiere a los sistemas de servicios de salud, la caída en el gasto público llevó al deterioro, particularmente en relación con la inversión en infraestructura de los servicios financiados con recursos públicos, que son mayoritarios en la región. Los sistemas públicos no consiguieron superar los problemas de eficiencia, cobertura y calidad de la atención anteriores a la crisis, e incluso en ciertos casos se agravaron. En algunos países, principalmente aquellos que hicieron reformas importantes de los sistemas de salud (como Chile y Colombia), los servicios públicos han tenido que absorber mayor clientela entre los que, anteriormente, poseían cobertura de la seguridad social o que fueron excluidos de las nuevas organizaciones proveedoras privadas. Prácticas “informales” y formales de coparticipación del usuario pasaron a ser adoptadas en muchos países.

Las desigualdades en el acceso a los beneficios sociales en salud persisten no sólo entre diferentes grupos sociales, sino también entre regiones geográficas, en un mismo país, y entre países (OPS, 1995; OPS/CEPAL, 1994). En 1992 se estimaba que la magnitud del déficit de los sectores de saneamiento ambiental y de servicios de salud se traducía en la existencia de 130 millones de personas sin acceso a agua potable y 160 millones sin acceso permanente a los servicios de salud (OPS/CEPAL, 1994). A fines de los años 90 se estimaba que 25% de la población carece de acceso permanente a servicios básicos (cerca de 127 millones de personas); otro 25% no tiene acceso a agua potable y 32% vive en áreas sin saneamiento básico (alrededor de 163 millones de personas) (CEPAL, 2001).

Un estudio realizado con seis países (Brasil, Ecuador, Guatemala, Jamaica, México y Perú) demuestra que estas desigualdades incluyen diferencias a favor de los ricos tanto en la oferta de servicios y de profesionales, como en el estado de salud (independiente de la *proxy* de variables que se use para medirlas), o aun en el acceso a los servicios de salud, además de que el financiamiento también tiende a ser regresivo. Entretanto, las desigualdades en el estado de salud

tienden a ser menos pronunciadas que las del acceso y de la utilización de los servicios; y las desigualdades en el acceso son menos pronunciadas que las desigualdades en el gasto privado. Además, las desigualdades son mayores en el acceso a cuidados preventivos que a la asistencia médica.

Los grupos de ingresos más bajos de la población enferman más y usan menos los servicios que los grupos de mejores ingresos. Se muestran también significativas las diferencias en el tipo de servicios utilizados por los diferentes grupos sociales: puestos, centros de salud y hospitales públicos son más utilizados por los pobres y grupos de baja renta, y los servicios privados son más utilizados por los grupos de renta más alta, con la excepción de los grandes hospitales públicos, generales, de emergencia o especializados (Suárez-Berenguela, 2000).

El mercado de servicios hospitalarios presenta un patrón complejo en la región, con enormes disparidades, y en algunos países (Argentina, Barbados, Cuba y Uruguay) el número de camas por habitantes es superior al de los países de la OECD. La relación entre el sector público y el privado está alterándose, con un rápido crecimiento de la infraestructura privada en la última década, a partir de una base de 20 a 40% de las camas disponibles.

En cuanto al consumo de medicamentos, también varía mucho de un país a otro: desde US\$ 80,00, en Argentina, a US\$ 7,00 *per capita* por año en la mayoría de los demás países (OPS/CEPAL, 1994). La industria farmacéutica es dinámica en

la región en lo que concierne a las innovaciones y a la elaboración de nuevos productos, sin embargo, está concentrada en el ámbito curativo y de alto costo. Hasta hace muy poco, en la mayoría de los países los precios de los medicamentos estaban sujetos a control público. La desregulación de este mercado ha significado el aumento en los precios relativos y absolutos de los medicamentos, con considerable costo directo para las familias, dado que las instituciones públicas redujeron la cobertura de medicamentos distribuidos a los beneficiarios. Las acciones de vigilancia sanitaria en esta área son bastante débiles en la región, siendo frecuentes las denuncias de laboratorios ilegales y del uso de productos prohibidos en otros países. Por otro lado, el grado de automedicación en la región es uno de los más altos del mundo.

La mayoría de los países están descentralizando sus sistemas de salud hace más de una década, con mayor o menor dificultad, en muchos casos bajo una perspectiva desconcentradora del gasto del gobierno central, o incluso de privatizaciones sumarias, sin posibilitar que los niveles subnacionales de gobierno tengan condición de sostener o incrementar la atención a la salud de sus poblaciones. Se mencionan también innovaciones exitosas y procesos de descentralización con mejoría de la gerencia de los sistemas de salud a nivel local (Bossert *et al.*, 2000; Levcovitz, *et al.*, 2001).

7 Panorama de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en la región en los años 80 y 90: algunos indicadores

Existen grandes inequidades de género en América Latina y el Caribe, que se manifiestan incluso en los países más equitativos en términos generales (como Chile, Vega *et al.*, 2001), pero todavía se conoce poco sobre esas inequidades y sus manifestaciones en la salud de las poblaciones en la región (Almeida Filho *et al.*, 2003). Se puede afirmar que de una manera general, los datos son diferentes en las distintas fuentes disponibles, para el mismo país, y a veces controvertidos, lo que hace difícil el real dimensionamiento del problema y la comparación.

Por otro lado, existe consenso en la literatura sobre el impacto de la pobreza en la SSR. *La relación entre pobreza y SSR no es lineal, sino circular: no sólo las malas condiciones socioeconómicas determinan una mala SSR; también una pobre SSR condiciona una situación socioeconómica precaria* (Langer *et al.*, 2000:4).

Como ya se ha mencionado, las mujeres tienden a sobrevivir a los hombres. Sin embargo, esa ventaja de supervivencia, la mayor esperanza de vida al nacer de la mujer, característica de los países industrializados y también una tendencia general en la región, no es la regla en los países pobres ni en los grupos de menores ingresos. Así, esa “ventaja” se ha visto históricamente disminuida, e incluso anulada, en ambientes de pobreza. La evidencia existente sugiere que la pobreza afecta de manera más negativa la salud y la supervivencia de las mujeres que la de los hombres. Este fenómeno ha sido observado, no sólo entre países de distinto nivel de desarrollo, sino también internamente, entre poblaciones pobres y no-pobres (Gómez, 2000:14; Gómez, 2002:456). Según cifras recientes, el riesgo de muerte temprana (entre 15 y 59 años de edad) es cerca de 2 o 3 veces mayor para los hombres en los grupos de mayores ingresos en 13 países estudiados en la región; pero para la población pobre esa diferencia por sexo se reduce considerablemente, aunque casi siempre son mayores para los hombres (nunca arriba de 10-20%), y llega incluso a desaparecer. Y las razones de las tasas de mortalidad entre pobres/no-pobres, según sexo, *revela que la pobreza conlleva un riesgo de muerte prematura que es 2 a 5 veces mayor entre los varones y de 4 a 12 veces*

mayor entre las mujeres (Gómez, 2002:456; Dachs, 2003:20).²⁴ Estos datos pueden ser interpretados como inequidad de género desfavorable a las mujeres en ese estrato poblacional (figura 4).

Por otra parte, la mayor longevidad no equivale necesariamente a una mejor salud. La equidad de género en el estado de salud resalta el énfasis en las mujeres, considerando la menor esperanza de vida al nacer y la mayor mortalidad de los hombres, en todas las edades.²⁵ Sin embargo, la evidencia empírica disponible indica que las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad que el varón, lo que se expresa en incidencias más altas de trastornos agudos a lo largo de la vida, mayores prevalencias de enfermedades crónicas no mortales, y niveles más elevados de discapacidades a corto y a largo plazo, particularmente durante las edades avanzadas (Gómez, 2000, 2002). Las encuestas de hogares realizadas en América Latina y el Caribe en los últimos años sugieren prevalencias femeninas de condiciones agudas y crónicas, significativamente mayores que las masculinas; y esa diferencia se mantiene a través de los países y de los distintos estratos sociales, además de responder a condiciones objetivas y no a diferencias de percepción o reconocimiento (OPS/BID/BM, 2000 *apud* Gómez, 2000:14).

Además, las causas evitables de enfermedad y muerte son diferentes en mujeres y hombres. Así, a la mayor morbilidad femenina se agregan los requerimientos exclusivos de la función materna, que aumentan la necesidad de servicios de atención a la salud de las mujeres. Se ha estimado que 34% de la carga de enfermedad de las mujeres se debe a problemas de salud reproductiva.

Ya en relación con las causas de mayor mortalidad masculina, particularmente en la población adulta joven, el panorama es muy desfavorable a los hombres, especialmente las relacionadas con accidentes, elevados índices de violencia, suicidios y conflictos armados (Gómez, 2002; Dachs, 2003). La sobremortalidad masculina en esas categorías alcanza proporciones dramáticas en la región: 5 a 20 veces más altas que las de las mujeres (Braveman, 1998). De manera

24. Datos de la OMS, The World Health Report, 1999 *apud* Gómez, 2000, 2000; Dachs, 2003).

25. La mortalidad masculina tiende a superar a la femenina a cualquier edad, incluso *in utero*, y la diferencia es especialmente pronunciada durante la etapa perinatal. Eso está asociado parcialmente con factores genéticos, sobretudo durante las primeras etapas de la vida (Gómez, 2002:456).

indiscutible, las mayores diferencias por sexo en la mortalidad por causas comunes a ambos sexos se concentran alrededor de causas evitables ligadas a comportamientos de riesgo culturalmente considerados masculinos. Cabe destacar la mayor carga de enfermedad en los hombres que en las mujeres por dependencia de sustancias tóxicas tales como el alcohol (siete veces mayor) y drogas (tres veces mayor); y es también notable respecto a enfermedades como cáncer de pulmón (10 veces mayor), cirrosis hepática (cuatro veces mayor), y SIDA (tres veces mayor). Es importante mencionar asimismo el impacto más perjudicial que ejercen el desempleo y la jubilación sobre la salud mental y la autoestima de los varones (Gómez, 2000:18). Esas tendencias se observan también en los países estudiados en este trabajo (tabla 3, anexo 4).

Se resalta también que aunque existe una tendencia general hacia la mayor utilización de servicios de salud por parte de las mujeres, debido principalmente a su rol biológico en la reproducción, pero también a su más alta morbilidad y mayor longevidad, la pobreza restringe desproporcionadamente el acceso de las mujeres a esos servicios. Si se ajusta por necesidad, la utilización de servicios, públicos o privados, en los sectores de bajos ingresos no es mayor entre las mujeres que entre los hombres, y se han registrado instancias en países en desarrollo y en estratos de pobreza, en las cuales esa utilización es menor que la de los hombres (Gómez, 2000:14; Gómez, 2002:458). En síntesis, en condiciones de amplio acceso de la población a la atención de la salud, las mujeres tienden a utilizar los servicios de salud más frecuentemente que los hombres. Sin embargo, cuando las condiciones económicas restringen tal acceso, la relación entre sexo y utilización de servicios es menos clara. Por ejemplo, recientes encuestas de hogares en cinco países de la región indican que, en caso de enfermedad, los pobres utilizan los servicios con menor frecuencia que los ricos y también que en los estratos pobres, particularmente dentro de sistemas privados de atención, las mujeres utilizan los servicios menos que los hombres (Casas, 1998 *apud* Gómez 2000:31). Por otro lado, algunos estudios son controversiales, evidenciando desigualdades de acceso a los servicios de salud desfavorables a los hombres, como en Brasil (Pinheiro *et al*, 2002), o grandes inequidades de acceso en las áreas urbanas, desfavorables a las mujeres, como en Ecuador (Waters, 2000).

Esa mayor necesidad de servicios de salud de las mujeres se asocia frecuentemente, especialmente en sistemas privatizados no-solidarios, con un mayor gasto en salud, ya sea porque las primas de aseguramiento son más altas para las mujeres entre los 18 a 44 años de edad (en Chile son dos veces mayores que las de los hombres de la misma edad), o porque el gasto directo de bolsillo en general es considerablemente más alto que el de los hombres: en los EUA, las mujeres pagan de su bolsillo para cuidar de su salud 68% más que los hombres del mismo grupo de edad (WREI, 1994 *apud* Gómez, 2000:27), y

en América Latina las encuestas de hogares sugieren que el gasto de bolsillo promedio en salud de las mujeres es entre 15 y 43% mayor que el de los hombres (Gómez, 2000:27).

Apesar de esos datos, existen pocas evidencias sobre las relaciones de determinación de las inequidades de género en América Latina y el Caribe y su reflejo en los indicadores de salud. Esta es una área que todavía necesita ser mejor explorada, pues esas desigualdades se manifiestan muchas veces de forma sutil e interactúan con otros determinantes de la salud de forma bastante particular.²⁶

En términos generales los registros y reportes de datos en esa área en la región son bastante precarios, lo que impide el establecimiento de líneas de base e informaciones sistemáticas y actualizadas que permitan la identificación de los problemas prioritarios. Además, la mala calidad de los datos disponibles niegan la posibilidad de comparaciones intertemporales e internacionales.

Asimismo, los autores mencionan que los principales problemas de salud relacionados con el área de la SSR identificados en la región latinoamericana son:

- La cuestión de la tasa de fecundidad diferenciada por grupos sociales y por países.
- La persistencia de elevadas tasas de mortalidad materna.
- La incidencia más elevada de infección por el VIH/SIDA, que entre las mujeres aumenta más rápidamente que en los hombres.
- La persistencia de alta prevalencia de patologías ginecológicas detectables por exámenes preventivos, como enfermedades sexualmente transmisibles, cáncer cervicouterino, el cáncer de mama y otros.
- La persistencia de elevadas tasas de abortos resultantes de embarazos no deseados, a pesar del subregistro.
- Elevadas proporciones de embarazo en la adolescencia.

En relación con la tasa de fecundidad, como ya se mencionó, hubo una disminución importante en las últimas décadas en América Latina, y los programas de planificación familiar en la región son considerados un éxito. La mayoría de los países adoptó políticas oficiales de planificación familiar, implementadas por organizaciones públicas y privadas, aumentando de forma sustantiva el uso de contraceptivos en general, aunque en determinados países la esterilización ha sido utilizada de forma importante, en edades cada vez más tempranas (Rutenberg *et al*, 1991 *apud* The Alan Guttmacher Institute, 1994). Sin embargo, aunque sea derecho de las parejas (o de las mujeres sin pareja) decidir sobre el número de hijos que desean tener, o si desean o no tener hijos, el porcentaje de reducción de la tasa de fecundidad, desde los años 50, ha sido bastante menor en los países de bajo ingreso, como Haití, Guatemala y Bolivia (tabla 5, anexo 1). Además, las mujeres jóvenes (25 a 29 años de edad) más pobres acumulan un número de hijos e hijas

26. Tampoco están disponibles indicadores de mortalidad infantil o de desnutrición diferenciados por sexo, como hay en otras regiones (Dachs, 2003).

significativamente mayor que el promedio de sus países y muy superior al de las del quintil socioeconómico más alto (CELADE, 2000:38-39). El número de nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad también es alto, 71/1.000 en la región y es mayor en la zona rural y entre las más pobres (UNFPA, 2001); las tasas de fecundidad son particularmente elevadas en mujeres con menores niveles de educación y con los niveles de menores ingresos (UNFPA, 2001); existen grandes diferencias urbano-rurales y entre los quintiles más pobres y más ricos, y son mayores en los primeros (UNFPA, 2001), y en las poblaciones indígenas las tasas de fecundidad son todavía mayores que los promedios nacionales (alrededor de 6,0) (CELADE, 2000) (tablas 6 y 6a, anexo 1). Esos datos refuerzan la impresión de que, además de la decisión o deseo de tener o no hijos, otros factores interfieren de manera importante en la tasa de fecundidad en grupos sociales específicos.

Las complicaciones del embarazo y del parto continúan figurando en la región entre las primeras causas de mortalidad de las mujeres en edad reproductiva.²⁷ La tasa de mortalidad materna en América Latina y el Caribe es todavía muy alta –promedio de 190/100.000 nacidos vivos (UNFPA, 2001)– lo que significa que cada año mueren 23 mil mujeres como consecuencia de problemas en el embarazo o en el parto, caracterizando la mortalidad materna como el principal problema de salud que afecta las mujeres en la región. Eso se debe a varios problemas entre los cuales se destacan: la insuficiencia de los servicios de atención prenatal, especialmente en los países más pobres, en las zonas rurales y en las áreas indígenas; baja cobertura y baja calidad de la atención del parto (falta de infraestructura y personal calificado), y embarazos no deseados, seguidos de abortos inducidos clandestinos, con complicaciones que pueden llevar a la muerte de la madre. Por otra parte, hay grandes variaciones entre los países: son muy elevadas en Haití (1.100/100 mil), las mayores de Occidente, seguidas de Bolivia (550/100 mil), Guatemala (270/100 mil), Brasil (260/100 mil) y Belice (140/100 mil); y bastante menores en Cuba, Chile y Costa Rica (24, 33 y 35/100 mil, respectivamente) (UNFPA, 2001) (tablas 6 y 6a, anexo 1).

La mayoría de las muertes de mujeres por causas vinculadas con el embarazo o el parto ocurren entre las más jóvenes, que ya tienen otros hijos o hijas y viven en países en desarrollo, y de las que sobreviven muchas quedan afectadas por alguna enfermedad, discapacidad o daño físico como consecuencia de las complicaciones del embarazo (Koblinsky, et al., 1993). Esas muertes maternas (60 a 80%) se producen por hemorragias obstétricas, parto obstruido, septicemia, trastornos hipertensivos del embarazo y complicaciones derivadas de un aborto en condiciones peligrosas (WHO, 1997). Se agregan también las llamadas “otras causas directas”, que

incluyen el embarazo ectópico, la embolia y las complicaciones derivadas de procedimientos anestésicos; además de las “causas indirectas”, que incluyen patologías maternas previas, como anemia, malaria y enfermedades cardíacas (*Family Care International*, 1998). En el inicio de la década de los 90 el riesgo de muerte por embarazo en el transcurso de la vida reproductiva de las mujeres en América Latina y el Caribe era de 1 de 130 (*Family Care International*, 1998), y la tasa más alta de abortos en malas condiciones se registra en América Latina y el Caribe (más de 20%) (Tinker, 1997).

La asistencia al parto por personal calificado es mayor en el grupo de mujeres con mayor nivel de educación, nivel de renta más alto y en el área urbana (OPS/PRB, 2003; UNFPA, 2001) (tabla 6a, anexo 1). El porcentaje de nacimientos por cesárea también es alto. La OPS recomienda un máximo de 15% de nacimientos por cesárea, pero en América Latina y el Caribe, esos nacimientos están concentrados entre las madres con mayor nivel educativo, y a menudo excede el máximo recomendable: por ejemplo, en Brasil, el porcentaje de nacimientos por cesárea en las mujeres con nivel educativo secundario o mayor es 46%; 28% en aquellas con nivel primario y 12% en las sin ningún nivel de educación (OPS/PRB, 2003).

Gran parte de las complicaciones del embarazo que ocasionan la muerte materna no se pueden anticipar, y la mayoría ocurre dentro de las horas siguientes o después de pocos días del parto (Li et al., 1996); pero otras son prevenibles o evitables por servicios de atención adecuados, y *de todas las muertes maternas evitables, aquéllas que se producen por abortos realizados en condiciones peligrosas son probablemente las más evitables* (Ingar Brueggemann, Secretaria General, IPPF, Día Mundial de la Salud, 1998). La tabla 6 (anexo 1) muestra esta relación: los países con más bajas coberturas (u oferta) de servicios de salud tienen como principales causas de muerte materna condiciones evitables o prevenibles.

Por otro lado, al analizar el estado del arte en materia de salud sexual y reproductiva, uno de los componentes menos documentados de manera sistemática es el conocimiento y la participación de los varones en los ámbitos de la reproducción, la sexualidad, la crianza de los hijos y su propia experiencia de salud. Todos los trabajos *siguen privilegiando la experiencia de las mujeres, limitándose la presencia de los varones a un factor participativo que afecta positiva o negativamente la salud de las mujeres y la de sus hijos* (Rico et al, 2003:196). La responsabilidad de reproducción se ha depositado casi que de manera exclusiva en las mujeres, como parte de su función natural en la vida, aunque en algunos países hay lugares donde la decisión sobre cuando y cuantos hijos tener suele ser de los hombres (Rico et al, 2003; Keijzer,

27. Por su carácter prevenible e injusto, la OPS ha calificado la mortalidad materna como el reflejo más claro de la discriminación, y de cómo su baja categoría social perjudica a las mujeres (Gómez, 2002:456). Además, las OMS afirma que el indicador más sensible ante diferencias económicas es, sin duda, la mortalidad materna (Langer et al., 2000:4).

2003). Además, *la salud reproductiva, como conjunción de los efectos sobre la salud del fenómeno reproductivo, constituye todo un reto para los hombres ... [y también] antes que se constituyera este campo especializado, el vínculo de los hombres con la salud y con la reproducción ya era una relación compleja y conflictiva. Entretanto, a muchos hombres, la salud y la reproducción les resultan ajenas, y sea porque ocurre en el cuerpo de la mujer, o por la idea generalizada de que el cuidado de la salud pertenece al mundo de las mujeres. Esto no siempre ha sido así, tanto históricamente como a través de todas las culturas* (Keijzer, 2003:59). Sin embargo, las necesidades de salud sexual y reproductiva de los varones raramente han sido consideradas en las políticas de salud reproductiva (Rico *et al*, 2003). Recientemente, algunas patologías, como la hipertrofia y el cáncer de próstata, la disfunción eréctil y la infertilidad han sido objeto de programas o campañas específicas de salud pública, pero desvinculadas de las políticas o programas de SSR.

Finalmente, el sector salud, tal vez sea el que más se ha apoyado históricamente en los roles de género asignados a la mujer y en su trabajo no remunerado (doméstico o comunitario), para la tarea de proveer cuidados a los niños, los enfermos, los ancianos, y al resto de la población que lo requiera. Más del 80% del trabajo de diagnóstico temprano y de promoción y cuidado de la salud se realiza fuera de los servicios formales (Gómez, 2000:18). Además, en el contexto de la representatividad, aunque las mujeres son quienes más activamente se involucran en las actividades de salud comunitaria, su participación en los consejos locales o en las decisiones de los servicios de salud es minoritaria y los “voceros” de la comunidad tienden a ser predominantemente hombres, quienes no necesariamente consultan o representan los intereses de las mujeres (Gómez, 2000:22).

Resaltaremos a continuación algunos temas especialmente importantes en términos de la SSR.

EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

En los años recientes el uso de anticonceptivos en la región viene aumentando continuamente, llegando a 60% en 2001. Esta tasa es un poco superior a la prevalencia mediana mundial (55,6%), la que es 59,2% para las regiones más desarrolladas y 54,9% para las menos desarrolladas (UNFPA, 2001). Durante la década de los 90, el uso de los métodos modernos aumentó anualmente más de dos puntos porcentuales en por lo menos tres países en la región, y aunque en menor escala, hubo aumento importante en por lo menos otros diez países. Entretanto algunos países continúan con porcentajes de uso de alrededor de 20% (World Bank, 2003, a partir de datos de UNFPA, 2001).

Por otro lado, la prevalencia de uso de anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 49 años de edad en la región es más baja para los métodos modernos (60%) y más alta para todos los métodos (69%). También es más alta en las zonas urbanas, entre las mujeres con más altos niveles educativos y con

mejores niveles de ingreso. Esas mismas diferencias se constatan en los distintos países, con grandes disparidades entre ellos: 22% usa métodos modernos en Haití y 70% en Brasil; mientras que para todos los métodos las tasas son de 78% en Puerto Rico y 28% en Haití (UNFPA, 2001) (tablas 7 y 7a, anexo 1).

Sin embargo, aunque en la mayoría de los países de la región latinoamericana el conocimiento de medios anticonceptivos modernos está relativamente bastante extendido entre las mujeres de 15 a 49 años de edad se observa que esa información es menor en los grupos de edad de 15 a 17 años y de menores ingresos (tabla 8, anexo 1). Entretanto, aunque conozcan los métodos muchas de esas mujeres no los utiliza correctamente, ya sea por falta de información, efectos colaterales adversos, o falta de confianza en el método. Se agrega también en muchos casos, la falta de colaboración del compañero sexual, que rechaza el uso de contraceptivos, sobre todo de algunos métodos como el condón.

Además, encuestas realizadas en 20 países, entre adolescentes de 15 a 19 años de edad demuestran tasas bastante bajas de uso de anticonceptivos en ese grupo de edad, pero son mayores en las mujeres no unidas y sexualmente activas (Guzmán, Hakkert y Contreras, 2000, *apud* CELADE, 2000) (tabla 9, anexo 1). Se refiere aunque las adolescentes unidas, sobre todo las más pobres, registran una prevalencia de uso de anticonceptivos modernos muy inferior a los demás grupos de jóvenes, incluso en aquellos países donde el conocimiento de anticonceptivos es casi universal, hecho que evidencia la presencia de barreras socioculturales, de acceso, o actitudes de rechazo (CELADE, 2000:45).

La esterilización quirúrgica es una técnica del siglo XX, pero sólo en los años 60 hubo un “renacimiento” de ese procedimiento con fines contraceptivos, cuando hubo un gran interés por la esterilización voluntaria, principalmente por cuestiones poblacionales, pero también por la introducción de tecnologías menos invasoras, como la laparoscopia. A partir de los años 70, esa técnica quirúrgica se consolidó como método contraceptivo, llegando a ser en la década de los 90, la forma de anticoncepción más utilizada mundialmente, con clara tendencia en favor de esa práctica en los países en desarrollo (OMS, 1992, *apud* Molina, 1999:128-9). En 1992 Ross estimó que mundialmente 20,1% de todas las parejas unidas en edad reproductiva habían optado por la esterilización, de las cuales 15,7% serían mujeres y 4,4% hombres (Ross, 1992, *apud* Molina, 1999:129). Esos números serían mayores en los países en desarrollo, con porcentajes de 22,3% para mujeres y 11,4% para hombres. Datos de 1998 del *Population Reference Bureau* indican que para América Latina y el Caribe, en 10 de los 15 países con datos disponibles, la esterilización femenina ya era la práctica anticonceptiva más utilizada. Entre ellos estaban Costa Rica, Brasil y Colombia (Molina, 1999:130-131).

Según datos de PRB/OPS (2003), fue bastante alto el porcentaje de mujeres entre 15 a 49 años de edad en unión que tuvieron como método anticonceptivo la esterilización en algunos países donde los datos estaban disponibles para el periodo 1993-2001. Así, en Puerto Rico fue de 46%, 41% en

República Dominicana, 40% en Brasil, 32% en El Salvador y 31% en México. El país donde la tasa de esterilización de mujeres es la más baja es Haití (3%). Los datos disponibles para esterilización en hombres en la región son mucho más escasos.

LA SALUD DE LOS JÓVENES: ALGUNOS INDICADORES

Las causas por las que las personas jóvenes se enferman y mueren, tradicionalmente compiladas por los gobiernos y organismos internacionales, nos informa algo sobre sus condiciones generales de salud y cómo éstas están muchas veces determinadas por el entorno social en el que se desenvuelven, pero arroja poca luz sobre las cuestiones vinculadas a la SSR. Como afirmamos anteriormente, la mortalidad de los jóvenes es relativamente baja en comparación con otros grupos etáreos. Un análisis de las tasas de mortalidad en la región en 1997, muestra que las principales causas de defunción del grupo de 10 a 14 años de edad son los accidentes, la violencia, los tumores malignos, y las enfermedades infecciosas; mientras que en la población de 15 a 19 años, son los accidentes, el homicidio, el suicidio, los tumores malignos, las enfermedades del corazón y las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (OPS, 1998).

Además, la mortalidad de los hombres por accidentes y homicidios es tres y seis veces mayor, respectivamente, que la de las mujeres. Sin embargo, es evidente que ciertos comportamientos inducidos por condicionantes de género afectan la salud y la integridad física de los varones. Las muertes violentas ocupan en casi todos los países de la región el primer lugar en las causas de mortalidad entre los hombres de 15 a 24 años de edad (tabla 10, anexo 1) (OPS, 1998).

En otra dimensión analítica, las decisiones sobre la trayectoria reproductiva están entre las más relevantes que toman las personas, sobre todo cuando jóvenes, y constituyen un eslabón muy decisivo en sus vidas. Además, el creciente reconocimiento de los derechos de los individuos y las parejas para decidir en forma libre e informada sobre las conductas que dan forma a su trayectoria reproductiva es crucial (Langer, Nigenda y García, 1999), pues el dominio que los individuos ejercen sobre eso expresa el ejercicio de sus derechos reproductivos y revela su capacidad de integrarla funcionalmente en su proyecto de vida. Sin duda, la reproducción biológica es importante para los individuos y también para la sociedad. Así, una fracción significativa de la reproducción biológica (60% o más) tiene lugar cuando las personas son jóvenes, por lo que las decisiones que se adoptan en esta etapa determinan sus niveles de fecundidad definitivos. Análogamente, moldearán el perfil demográfico futuro de los países, especialmente porque en todos ellos ha tendido a aumentar, en la región, el peso relativo de las tasas específicas de fecundidad juvenil total en los últimos 30 años (CELADE, 2000:32).

No obstante, esta etapa de la vida, definitiva en muchos aspectos, también puede ser decisiva en la adopción de estilos de vida saludables que sean garantía para una vida más protegida de la enfermedad, o bien para la adopción de estilos de vida de riesgo que impliquen graves peligros para el mantenimiento de la salud y de la vida misma. Es en edades tempranas, cuando se incurre en comportamientos sociales que implican serios peligros para la salud, como la violencia o la irresponsabilidad personal y con los demás (CEPAL, 2003b:20).

Sin ninguna duda, muchos de los problemas de salud de las personas jóvenes en América Latina y el Caribe están ligados a la situación de pobreza y exclusión. Como ya se ha mencionado, es en los hogares pobres donde se mantienen las más altas tasas de fecundidad y donde se producen también la mayoría de los embarazos adolescentes, otro de los grandes problemas de SSR en la región. Si bien en la mayoría de los países ha ido aumentando la edad en la que las mujeres contraen matrimonio o se reproducen, la información indica que la mayoría de las mujeres se inició sexualmente antes de los 20 años de edad (entre 53% y 71%), que una fracción algo inferior a la mitad ya se unió y más de un tercio fue madre también antes de esa edad (CELADE, 2000:33, a partir de datos de la OPS, 1998).

Si bien se ha registrado en la región una considerable disminución de la fecundidad, se ha incrementado el embarazo en edades más tempranas, siendo las mujeres de entre 15 y 17 años de edad las que registran, como tendencia, un incremento en su probabilidad de ser madres. Las encuestas del DHS de mediados de los años 90 demostraron que en Bolivia, en 1994, cerca de 44% de las mujeres menores de 19 años de edad estaban embarazadas o ya habían tenido un hijo; en Colombia esa tasa era de 39% en 1995, y en Paraguay de 41% en 1996. En las últimas encuestas del DHS, alrededor del año 2000, y en esos mismos países, entre 15 y 20% de las niñas entre 15 a 19 años de edad estaban embarazadas. (Médici, 2003). Por lo tanto, el embarazo adolescente sigue siendo un grave problema para enfrentar en la región.

Está probada la relación existente entre los años de educación y el mejoramiento de la condición de las mujeres, y el matrimonio o el embarazo precoz: a partir de ocho años o más de educación que reciba una mujer se puede percibir un efecto en la reducción de la fecundidad, y cuando alcanza el nivel superior se produce un claro efecto disuasivo de la fecundidad (Rodríguez, 2003). El embarazo precoz tiene relación también con condicionantes de género que signan a la mujer un rol reproductivo ajeno a su control y decisión, a la presencia de una baja autoestima, y a la falta de un proyecto de vida o de oportunidades para realizarlo (CEPAL, 2003b). En 1996, se estimó que 50% de los adolescentes menores de 17 años de edad eran sexualmente activos en América Latina, en ocho países cubiertos en las encuestas de salud y demografía. Por otro lado, la actividad sexual temprana, asociada al bajo rendimiento escolar, suelen ocasionar mayores tasas de natalidad, exponiendo a las adolescentes al riesgo de quedar embarazadas y de contraer la infección el VIH o el síndrome de inmunodeficiencia

adquirida y otras infecciones de transmisión sexual, porque los jóvenes de la región a menudo no se protegen contra el embarazo y esas infecciones o no buscan tratamiento para esas enfermedades, sea por las normas sociales, restricciones financieras, actitud de los dispensadores de atención, falta de confidencialidad y poca información (CELADE, 2000:140).

Mientras no menos de un 15% de las muchachas latinoamericanas y caribeñas de 18 y 19 años de edad han sido madres antes de los 18 años, en los países de Europa occidental esta proporción no supera el 5% (CELADE, 2000:36).

Esa situación es particularmente dramática en el Caribe, mencionándose algunos aspectos que delimitan el problema: la edad de inicio de la actividad sexual es la más temprana en el mundo (con excepción de África), y eso se traduce en una alta incidencia de embarazos adolescentes e infecciones por el VIH-SIDA, por lo tanto ese grupo es considerado de alto riesgo;²⁸ existe una alta incidencia de violaciones y el abuso físico es sumamente frecuente y aceptado en muchos países (se estima que uno de cada diez adolescentes que asisten a la escuela ha sido sexualmente abusado) (CEPAL, 2003b:21-22).

Hay un grupo importante de adolescentes (15 a 19 años de edad) sexualmente activos(as) que no cuentan con acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva, lo que les impide ejercer sus derechos y atenta contra su integridad fisiológica y sus proyectos de vida (CELADE, 2000:45).

Otro aspecto que incide seriamente en la salud de las personas jóvenes en América Latina y el Caribe, es el consumo de drogas, lícitas o ilícitas y las adicciones. Aunque los datos disponibles no sean muy confiables, se puede decir que en la adolescencia y la juventud es más común el consumo que la adicción, que se revela en las edades posteriores. Sin embargo, el consumo es el primer paso hacia las adicciones. El consumo de las drogas lícitas –alcohol y tabaco– sobre todo el segundo, es generalizado entre los jóvenes varones de la región, sin distinción de clase social, con una creciente tendencia de aumento del consumo entre las mujeres jóvenes (CEPAL, 2003b:23). Una proporción considerable de adolescentes entre 15 a 19 años de edad fuman cigarrillos en América Latina y el Caribe: 57% de los varones y 40% de las mujeres en Perú, y 41% de varones y 28% de las mujeres en Cuba, en comparación con 28% y 32% en los EUA y el Canadá –varones y mujeres–, respectivamente; 17% del grupo entre 11 a 15 años de edad, en México, de ambos sexos (Burt, 1998:19, *apud* CEPAL, 2003b:23). En el Caribe, donde se dispone de poca información, existen claras evidencias del consumo del alcohol y marihuana entre los jóvenes, con un gran margen de aceptación social en muchos países.

El consumo de las drogas lícitas, pero altamente adictivas, sobre todo el tabaco, es promovido abiertamente en los medios de comunicación masiva que han orientado su público objetivo

hacia la gente más joven, posicionan imágenes que vinculan su consumo al éxito social, a la hombría o a la sensualidad y la atracción. Son pocas e insuficientes las regulaciones que existen en América Latina y el Caribe para controlar este tipo de mensajes altamente nocivos para la salud de nuestros jóvenes (CEPAL, 2003b:23).

Además, en toda región, especialmente en algunos países, está presente el narcotráfico, que trae muchos perjuicios para la sociedad en su conjunto, pero representa un grave riesgo para la juventud, tanto de caer en el consumo, como de ser utilizados por los traficantes para actividades ilícitas.

En fin, ciertos comportamientos inducidos por condiciones de género afectan en esta época de la vida la salud y la integridad física de los jóvenes, sobre todo de los varones. Las conductas de riesgo, la violencia, la intrepidez y la osadía, asumidas socialmente como actitudes positivas masculinas, están cobrando muchas vidas en la región. El fenómeno de las pandillas, bandas, maras o *gangs* se ha generalizado, sobre todo en áreas marginales y que han desertado del sistema educativo, pero también en las clases medias y hasta altas de las sociedades (como se constató recientemente en Brasil). En el Caribe, 20% de los varones y 12% de las mujeres estudiantes, en algún momento han pertenecido a una de estas organizaciones (Banco Mundial, 2003, *apud* CEPAL, 2003b:26). Y cada vez es más alto el porcentaje de jóvenes que portan armas de fuego en las escuelas, ya sea en el Caribe o en Brasil, sobre todo en la periferia de las grandes ciudades.

LAS INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES (ITS)

Actualmente las ITS son el grupo más común de las enfermedades infecciosas notificadas en la mayoría de los países del mundo. Además de la persistencia de las infecciones por bacterias clásicas (sífilis, infección gonocócica, trichomoniasis urogenital), durante las décadas recientes hubo un aumento en la incidencia de las llamadas ITS de “segunda generación”, incluyendo la infección por *chlamydia* y las virales tales como el Virus del Herpes Simple (VHS) y el Virus del Papiloma Humano (VPH). El aumento de la incidencia es atribuido a diversos factores, entre los cuales se resalta: cambios en los comportamientos sexuales, falta de educación en salud, aumento de la movilidad geográfica, tabús referentes a las ITS, falta de conocimiento acerca de que la gran mayoría es curable, y desarrollo de resistencia a los antibióticos (Lowndes, 1999:258).

La OMS (1995) estimó que habrían ocurrido 333 millones de casos curables de ITS en el mundo de los cuales 36 millones en América Latina y el Caribe (WHO, 1995 *apud* Lowndes, 1999:259). Aunque los datos sean escasos en los países en desarrollo, las informaciones disponibles sugieren que en

28. El 2000, el costo financiero debido a muertes por SIDA en personas que fueron infectadas en la adolescencia, correspondió al 0,01% del PIB en Surinam, Antigua y Barbuda; y al 0,17% en Bahamas (Banco Mundial, 2003b).

general las ITS son más comunes y más graves en estos países, principalmente por el inicio más temprano de la actividad sexual, de la pobreza, de falta de información y de acceso a los servicios de salud, o de la mala calidad de la atención médica, y de la práctica generalizada de automedicación con antibióticos no prescritos.

En la actualidad los datos sobre ITS diferentes a la infección por el VIH/SIDA, para la región de América Latina y el Caribe, son muy difíciles de encontrar.

LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA

La infección por el VIH/SIDA, en los años 90 fue uno de los más importantes problemas de salud en la región latinoamericana, particularmente en el Caribe y Centro América. De acuerdo con estimaciones de ONUSIDA (2000 *apud* Izazola-Licea y Cardona, 2003:3), en 1999 había en el mundo 34 millones de personas que vivían con la infección. En 2003, se estimó que en promedio 40 millones de adultos y niños viven con el VIH/SIDA en el mundo; alrededor de cinco millones se infectaron en ese año; la prevalencia entre adultos es de 1,1% promedio²⁹ y la epidemia cobró la vida de más de tres millones de personas. De aquel total mundial, un promedio de 1,6 millones están en América Latina y 470 mil en el Caribe; 150 mil adultos y niños están recién infectados por el VIH en América Latina y 62 500 en el Caribe; la prevalencia promedio de la enfermedad entre adultos es de 0,6% en América Latina y 2,5% en el Caribe; y en promedio el SIDA causó la muerte de 59 500 adultos y niños en América Latina y de 40 000 en el Caribe. En síntesis, en 2003 son más de dos millones de personas las que viven con el VIH en América Latina y el Caribe, incluidas las aproximadamente 200 000 que contrajeron el VIH en 2002; y al menos 100 000 murieron de SIDA en el mismo periodo, el más alto número de víctimas mortales a escala regional después de África subsahariana y Asia, con especial concentración en el Caribe (ONUSIDA, 2003) (tabla II, anexo I).

La prevalencia nacional del VIH es de al menos 1% en 12 países en la región, todos pertenecientes a la cuenca del Caribe. La prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas alcanza o supera el 2% en seis de dichos países: Bahamas, Belice, la República Dominicana, Guyana, Haití y Trinidad y Tobago. Por el contrario, la mayoría de los demás países de la región presentan epidemias altamente concentradas, especialmente en América del Sur, donde el Brasil (sin duda alguna el país más poblado de toda la región) tiene a la gran mayoría de personas que viven con el VIH en América Latina y el Caribe (ONUSIDA, 2003).

En la mayoría de los países, todos los principales modos de transmisión coexisten en medio de importantes niveles de comportamientos de riesgo, tales como, un inicio de la

actividad sexual precoz, las relaciones sexuales con parejas múltiples sin protección, y el uso de material de inyección no estéril. En la mayor parte de los países sudamericanos, el VIH está transmitiéndose básicamente por medio del consumo de drogas intravenosas y de las relaciones sexuales entre varones (con la subsiguiente transmisión heterosexual a otras parejas sexuales), mientras que en América Central, la mayoría de las infecciones por el VIH parecen producirse por transmisión sexual (tanto heterosexual como entre varones que tienen relaciones sexuales con varones). En el Caribe, predomina la transmisión heterosexual (y, en muchos casos, asociada al comercio sexual), aunque en Haití, la grave epidemia, que no remite, está ahora muy presente en el conjunto de la población. Una excepción digna de mención la encontramos en Puerto Rico, donde el consumo de drogas intravenosas parece ser el principal transmisor de la epidemia (ONUSIDA, 2003).

Dos de las epidemias más graves en la región son las de Haití y de la República Dominicana. En Haití, que presenta indicadores de salud y de desarrollo entre los más bajos de la región, los niveles de prevalencia nacional del VIH se han mantenido en 5 a 6% desde finales de los años 80, pero con variaciones entre regiones del país (desde 13% en el noroeste hasta 2 a 3% en el sur, a lo largo de la frontera con República Dominicana); según estimaciones, la epidemia cobra 30.000 vidas por año y ya ha dejado huérfanos a unos 200 000 niños. La utilización del preservativo es muy baja entre los jóvenes, pese al hecho evidente de que el conocimiento sobre el VIH/SIDA es relativamente alto (si bien más entre los varones). En la República Dominicana, los esfuerzos de prevención realizados en los últimos años parecen haber estabilizado la prevalencia del VIH entre la población de 15 a 24 años de edad en Santo Domingo (capital del país).³⁰ Entre los factores de esta reducción parecen figurar el mayor uso del preservativo y la disminución del número de parejas sexuales; no obstante, la situación parece haber empeorado en otras ciudades, donde entre las profesionales del sexo se ha registrado una elevada prevalencia del VIH (12%). Por otro lado, poco es lo que se sabe de las pautas del VIH entre los varones que tienen relaciones sexuales con varones (ONUSIDA, 2003).

En América Central, la prevalencia nacional de VIH ronda el 1% en Guatemala, Honduras y Panamá y nuevos datos indican que en las profesionales del sexo esa prevalencia varía de modo significativo: de menos de 1% en Nicaragua, 2% en Panamá, 4% en El Salvador y 5% en Guatemala, a más de 10% en Honduras. La prevalencia entre varones que tienen relaciones sexuales con varones ha resultado igualmente alta en dichos países: desde 9% en Nicaragua 18% en El Salvador (ONUSIDA, 2003).

En Colombia y el Perú, la propagación del VIH se concentra principalmente entre los varones que tienen relaciones

29. La prevalencia es la proporción de adultos (15 a 49 años de edad) que viven con el VIH/SIDA en 2003, basándose en las cifras demográficas de 2003.

30. Tras haber alcanzado, en la capital, en 1995, la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de ese grupo de edad (15 a 24 años) ha disminuido a menos del 1% (ONUSIDA, 2003).

sexuales con varones: en Bogotá la prevalencia del VIH es de 18%, con un uso sistemático de preservativo muy bajo en dicho grupo. Se hace hincapié en el considerable potencial para la transmisión del VIH que los varones que tienen relaciones sexuales con varones representan para sus parejas femeninas, y para sus hijos: en Perú, en la ciudad de Lima, se ha registrado un aumento de esa prevalencia de 18 en 1995 a 22% en 2003; en esa ciudad, uno de cada 10 varones encuestados afirmó haber mantenido relaciones sexuales con otros varones y, de éstos, nueve de cada 10 afirmaron tener también relaciones sexuales con mujeres. Una vez más, la utilización sistemática del preservativo parece ser una rara excepción, sobre todo en las relaciones heterosexuales (ONUSIDA, 2003).

En términos generales, la incidencia de la infección por el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe aumenta entre las mujeres más rápidamente que entre los hombres, sobre todo en la edad reproductiva, donde se concentra el mayor número de casos, a pesar de los avances en la prevención perinatal (Liguori, 2003). El porcentaje promedio de mujeres entre 15 y 24 años de edad con SIDA en la región es 0,3%, pero alcanza 2,91% en Haití, 2,78% en la República Dominicana, 1,66% en Honduras y 1,36 en Paraguay (Médici, 2003).

En un estudio realizado por el BIRD en quince países³¹ la razón hombre-mujer de los casos de SIDA notificados para el período 1995-2001, fue más alta –es decir, con menor participación femenina– en Costa Rica (6,09), Chile (5,82), México (5,58) y Nicaragua (7,86); y fue más baja –mayor participación femenina– en Guatemala (2,08), Brasil (1,96), República Dominicana (1,45) y Honduras (1,17) (Izazola-Licea y Cardona, 2003:3). Según un estudio del Banco Mundial, en Brasil alrededor de 50% de los nuevos casos figuran entre las mujeres (Ruiz Abril, 2003). En la región, en 2001, las mujeres como porcentaje de adultos con el VIH/SIDA era igual o mayor de 40% en Bahamas (44%), Belice (45%), Guatemala (43%) y Jamaica (40%); y igual o mayor que 50% en Guyana (50%), Haití (50%), Honduras (50%), República Dominicana (51%) y Surinam (50%) (OPS/PRB, 2003).

Aunque en Brasil la epidemia se ha propagado de los principales centros urbanos a municipios más pequeños de todo país, la prevalencia mediana del VIH entre mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales se ha mantenido por debajo de 1%, con una escasa variación durante los últimos cinco años. Probablemente esto es el resultado de los programas de prevención puestos en marcha desde los años 90, y también de los esfuerzos para ampliar la cobertura de los programas de reducción del daño y de prevención en grupos vulnerables, además del programa activo y eficaz para tratar a las personas que viven con el VIH. Sin embargo, en Rio Grande do Sul se han registrado tasas de prevalencia de 3 a 6% entre mujeres quienes sólo en raras ocasiones acceden al sistema de salud pública³² (ONUSIDA, 2003).

La proporción de pacientes que necesitan y reciben tratamiento antirretrovírico en la región varía muchísimo, y si en algunos países la cobertura es de menos de 25%, en otros supera a 75%. En términos generales, se ha estimado que el tratamiento antiviral se administra a casi la mitad de los pacientes que lo necesitan (ONUSIDA, 2003).

Diversos países han aumentado sus presupuestos nacionales para el combate al VIH/SIDA, mientras que en los países de América Central y el Caribe, y en comparación con las cifras de hace tres años, los recursos externos para el SIDA se han multiplicado prácticamente por cuatro. Entretanto, el estigma y la discriminación siguen siendo dos importantes obstáculos: un reciente estudio del gasto nacional destinado al SIDA (proyecto SIDALAC/ONUSIDA), ha puesto de manifiesto que la inversión en actividades de prevención y atención dirigidas a las poblaciones más vulnerables (varones que tienen relaciones sexuales con varones y profesionales del sexo) no está todavía a la altura de la importancia que estos grupos tienen en la epidemia y la causa principal de esa tendencia parece ser la discriminación (ONUSIDA, 2003).

EL CÁNCER CERVICAL Y OTROS CÁNCERES GINECOLÓGICOS

Los países de América Latina y el Caribe se encuentran entre los que presentan las tasas más altas en el mundo de incidencia de cáncer cervical, junto con países del Sub-Sahara (en África), y el sureste de Asia. En el año 2000, al menos 76.000 casos incidentes de cáncer cervical y 30.000 muertes se estimaron para la región, lo cual representa 16 y 13% del total de mundo, respectivamente. Este tumor es la segunda causa más común de cáncer entre las mujeres (alrededor de 40%) y la segunda causa de muerte por cáncer (también alrededor de 40%) y en general está asociado a falta de acceso a servicios médicos o a falta de personal calificado (Arrossi, Sankaranarayanan y Parkin, 2003; IARC/GLOBOCAN 2000). Aunque la incidencia y la mortalidad de este cáncer aumenta con la edad, la mayor carga de la enfermedad ocurre en las mujeres con edad entre 35 a 54 años (IARC/GLOBOCAN 2000).

La variación de la incidencia entre los países es grande: existen tasas muy altas en Haití (93,9/100 mil), considerada la más alta del mundo, Nicaragua (61,1/100 mil) y Bolivia (58,1/100 mil); y tasas semejantes a las de Europa Occidental, como en Argentina (14,2/100 mil), Uruguay (13,8/100 mil) y Puerto Rico (10,3/100 mil) (Arrossi, Sankaranarayanan y Parkin, 2003:309). Y las tasas más altas de mortalidad por cáncer cervicouterino estimadas por 100.000 mujeres en el período 1993-1997, entre los países en los que el dato estaba disponible, fueron de 29% en Barbados, 24% en Paraguay, 23% en Nicaragua, y 21% en Anguila y Dominica (PRB/OPS, 2003).

31. Ese estudio utilizó la metodología de las cuentas nacionales y los países estudiados fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, y Uruguay (Izazola-Licea y Cardona, 2003).

32. El Ministerio de salud de Brasil acaba de lanzar una iniciativa para captar, someter a la prueba y (en caso necesario) tratar a las mujeres embarazadas que no acuden regularmente a los centros de atención prenatal (ONUSIDA, 2003).

Este cuadro no es nuevo y la falta de éxito en la prevención y control de ese cáncer contrasta con lo que se observa en otras regiones. Históricamente, el cáncer cervical está asociado con diversas variables demográficas, culturales y socio-económicas, tales como inicio temprano de actividad sexual, multiplicidad de parejas sexuales, bajo nivel socio-económico y educativo, tabaquismo y la infección por el virus del papiloma humano (VPH), que también ha sido descrita como factor necesario para la ocurrencia del cáncer cervical. Además, hay evidencias de que la acción de los servicios o programas de detección precoz de ese cáncer puede potencialmente reducir la incidencia y mortalidad en más de 90%, sobretodo en los países desarrollados. Pero en América Latina y el Caribe esos programas de tamizaje (*screening*), cuando existen, enfrentan los problemas más variados –cobertura incompleta, falta de calidad y organización adecuada– y no han logrado sus objetivos (Arrossi, Sankaranarayanan y Parkin, 2003:307).

Cuando los programas de tamizaje son efectivos (como en Puerto Rico y Cali en Colombia), entre 1960 y 1994, se observa una tendencia a declinar persistente en la mortalidad, concomitante con la introducción de programas de detección precoz, cuyo efecto puede ser comprobado con la declinación específica en edades específicas (30 a 69 años de edad) cuando el *screening* tiene su mejor efecto. Entretanto, en Cuba, Chile, México y Costa Rica, hubo pocos cambios en la mortalidad por cáncer cervical después de la introducción de programas de *screening* (Arrossi, Sankaranarayanan y Parkin, 2003:311-12).

Varios estudios se han llevado a cabo para evaluar programas de tamizaje en la región, señalando problemas relacionados con frecuencia, difusión insuficiente, inadecuada colección y lectura de muestras citológicas, así como con el seguimiento incompleto de las mujeres después de la prueba (Robles, White y Peruga 2002; Restrepo, 1993; Parkin, 1991, entre otros). Por otra parte, la prevención primaria “radical” del cáncer cervical está focalizada en el cambio del comportamiento sexual y en la erradicación del tabaquismo. Pero, ya sea para la prevención primaria o para la secundaria de sus estadios iniciales, la estrategia mundialmente reconocida es la detección precoz por los exámenes preventivos periódicos de Papanicolaou (INCA, 2003). De esta manera, aparentemente, el principal cambio para los países de América Latina se encuentra en cómo organizar programas efectivos de tamizaje y en la necesaria integración entre los servicios en distintos niveles de complejidad.

El cáncer de mama en mujeres es la segunda neoplasia maligna más incidente, así como una de las causas relevantes de muerte por cáncer (Parkin *et al*, 2001).

Los autores refieren que no existen medidas prácticas específicas para la prevención del cáncer de mama en el ámbito poblacional, aunque estudios observacionales hayan

sugerido alguna asociación con tabaquismo, alcoholismo, obesidad y sedentarismo, y por tanto, la prevención de estos problemas podría reducir el riesgo de estos tumores. Por otro lado, los avances tecnológicos dirigidos a la detección y tratamiento precoz han demostrado mejora substantiva en la sobrevida y cura de las pacientes (INCA, 2003). Los estudios internacionales han presentado un aumento global en la sobrevida de las mujeres principalmente en los casos en los que la enfermedad se encuentra en los estadios clínicos iniciales: en Europa la sobrevida acumulativa es de 91% después de un año y de 65% después de cinco años; en los EUA es de 96,8% en el primer año (Parkin *et al*, 2001).

A pesar de ser considerado un cáncer de relativamente buen pronóstico, si diagnosticado y tratado oportunamente, las tasas de ese cáncer todavía son altas en América Latina y el Caribe, aunque los datos sean muy difíciles de organizar y, muy probablemente, el principal motivo sea porque la enfermedad viene siendo diagnosticada en estadios avanzados (INCA, 2003). Así, entre 1993 y 1997, las tasas más altas de mortalidad por cáncer de mama estimadas por 100.000 mujeres fue de 45 en Bermuda; 31 en Barbados; 28 en Argentina; y 22 en Antigua y Barbuda (PRB/OPS, 2003).

Vale la pena mencionar que los datos disponibles para estas enfermedades, como también para otras infecciones sexualmente transmisibles (ITS) son bastante precarios en la región, ya sean los de incidencia o de mortalidad. Aunque en la región varios países han iniciado en los años 90 los registros de datos de cáncer basados en la población (*PBCRS-Population-based cancer registries*), como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Paraguay, Perú, Puerto Rico y Uruguay, de hecho muchos de ellos han enfrentado serios problemas relacionados con la calidad de los datos.

LA VIOLENCIA

La violencia es un problema grave en la región latinoamericana, y afecta a hombres y mujeres de forma distinta. Y aunque las estadísticas disponibles subrayan la gravedad y magnitud de la violencia de que son objeto las mujeres en todo mundo, sin embargo todavía no muestran la verdadera extensión de esta violación de los derechos humanos (Amnistía Internacional, 2004a).

América Latina y el Caribe constituye la región más violenta del mundo, con las más altas tasas de homicidios y crímenes, muchas veces más altas que las tasas de Asia, Europa, Asia Central, el medio este y el norte de África (Fajnzylber *et al*, 1998, *apud* Shraber, 2000:2); y la violencia entre los hombres es la que prevalece. La tasa de homicidios para la región latinoamericana (en 1990, el promedio era de 28.4 homicidios por 100 000)³³ aumentó 44% durante el periodo de 1984-1994 (PAHO, 1996 *apud* Buvinic, Morrison y

33. La tasa de homicidios –el número de muertes violentas por 100.000 habitantes– es la medida más usual para evaluar el nivel de violencia de una sociedad, pues es la menos sujeta a subestimación o malinterpretación. Según datos de investigación (y no datos jurídicos) el concepto incluye, ya sea los homicidios intencionales o las muertes violentas accidentales (los homicidios involuntarios o accidentales etcétera.) (UNICRI, 1995; Shrader, 2000:5).

Shifter, 1999). De todos los homicidios, 28.7% fueron atribuidos a hombres jóvenes de entre 10 a 19 años de edad (Guerrero, 1997 *apud* Arriagada y Godoy, 1999).

La violencia entre los jóvenes es también responsable por muchas de las lesiones graves y discapacidades no fatales. Según datos estimados de la OPS, por cada niño o adolescente muerto por trauma en América Latina, 15 tienen lesiones graves debidas a la violencia (Inter-American Development Bank, 2001). Para la América Latina, se estima que 3% de los DALYS (*Disability Adjusted Life Years*) se deben a la violencia, pero con grandes variaciones entre los países, con homicidios, asaltos que representan más de 25% de los DALYS (Dane, 1997, *apud* Shraber, 2000:2).

En la esfera pública los crímenes son un hecho cotidiano de la vida en las ciudades, y afectan el comportamiento de las personas en relación con el transporte, el trabajo, la escuela, el consumo y las actividades cotidianas. En la esfera privada la violencia también está muy presente en la región, puesto que alrededor de 25 a 69% de las mujeres en las Américas sufrieron abusos por sus *partners* (Population Reports, 1999, *apud* Shraber, 2000:2), y la prevalencia de abuso en los niños alcanza 65% en algunos países como Chile (Larrain, 1994; WHO, 1990a, *apud* Shraber, 2000:2). En el mundo más de 70% de las mujeres asesinadas lo han sido por sus parejas sexuales (Amnistía Internacional, 2004a y b).

Las fuentes de datos primarios más utilizadas para los indicadores de violencia son las tasas de homicidios, las estadísticas sobre crímenes y las encuestas de victimización. Aunque útiles, esas fuentes de datos presentan solamente un panorama parcial del comportamiento violento en nuestras sociedades; y el diferencial de género en la violencia refuerza la idea de que esos indicadores son *proxies* inefectivas para la evaluación de la violencia familiar, doméstica y sexual. Varios estudios han comprobado que las mujeres embarazadas son víctimas de violencia doméstica por sus *partners*, pero las muertes de mujeres embarazadas u ocurridas hasta 42 días pos-parto son usualmente agregadas como mortalidad materna (Shrader, 2000:5-7).

Por otro lado, el estupro es una de las formas más usuales de violencia sexual y la más violenta, y ha sido asociado también con embarazos indeseables e infecciones sexualmente transmisibles, inclusive el SIDA: una de cada cinco mujeres será violada u objeto de intento de violación durante su vida (OMS, 1997 *apud* Amnistía Internacional, 2004a). Y pocos países dispensan formación especial al personal policial, judicial y médico sobre cómo tratar los casos de violación. Además, en gran medida, la violencia contra las mujeres no se combate ni se castiga (Amnistía Internacional, 2004a).

Además, pasó a ser también utilizado “como arma de guerra psicológica en conflictos armados”. La violación en

masa se utiliza con frecuencia de forma sistemática, como un arma más de guerra. Además, durante un conflicto, se fuerza a las mujeres, tanto física como económicamente, a convertirse en prostitutas, a veces para poder cubrir necesidades básicas de su familia. La guerra también repercute de otra manera: 80% de los refugiados de guerra son mujeres y niños (Amnistía Internacional, 2004a).

En los EUA, por ejemplo, cada 90 segundos ocurre un estupro; en Francia llega a 25 mil por año el número de víctimas de ese delito, y estos datos pueden demostrar sólo la punta del *iceberg*, ya que muchas mujeres no denuncian el estupro por el estigma social (Amnistía Internacional, 2004). En América Latina solamente 5% de las víctimas adultas de abuso sexual denuncian ante la policía la violencia. Los datos sobre las mujeres víctimas de sus maridos también se subregistran: 15% en Nezahualcoyotl/México; 20% en San José/Costa Rica; 14% en León/Nicaragua, y 29% en Santiago de Chile. En la violencia política, particularmente vinculada a los abusos contra los derechos humanos, las dificultades para hacer el registro son todavía mayores, lo que origina altos niveles de impunidad (Shraber, 2000).³⁴

Por tanto, la violencia, doméstica o no, contra la mujer continúa siendo un gran desafío y un enorme problema de salud pública, y puede asumir diversas formas: esparcimiento (la más común) y otras formas de violencia doméstica; la violación, el tráfico de mujeres y niñas; la prostitución forzada; la violencia vinculada a los conflictos armados, y la mutilación de los órganos genitales de la mujer (la mayoría en las mujeres residentes en África, Medio Oriente y Asia).

Los procesos de socialización vigentes consolidan la violencia contra la mujer. Las normas sociales y las expectativas alrededor de los papeles de género y de la identidad masculina muchas veces incentivan la violencia contra la mujer. Por otra parte, las actitudes culturales también interfieren en ese proceso, pues la violencia doméstica es considerada una cuestión privada entre el hombre y la mujer, en la cual los de afuera no deben interferir; en segundo lugar, la vergüenza, la culpa y el estigma asociados a la agresión física o al abuso sexual y al estupro, impiden o dificultan que las mujeres registren la agresión; por fin, la falta de información y sensibilidad de las autoridades (políticas y judiciales) para ese problema complica aun más la situación.

En Perú, más de 30% de las mujeres ya fueron agredidas por un compañero íntimo; en Nicaragua, México y Chile más de 25%; y en Colombia, casi 20%. Haití es el país con la tasa de violencia doméstica más elevada en la región, donde más de 70% de la población femenina reporta algún tipo de violencia, siendo 37% de naturaleza sexual (Ruiz Abril, 2003:6). El riesgo de abuso físico contra la mujer disminuye con el mayor nivel

34. La Encuestas Demográficas de Salud (EDS), grandes encuestas multi-país, diseñadas para generar datos transnacionales sobre reproducción, contracepción, y salud de los niños, llevadas a cabo en más de 50 países en desarrollo, entre mujeres de 15-49 años de edad, son la más importante fuente de datos disponible mundialmente sobre el tema, pues incluyen también un módulo destinado a la violencia doméstica. Entretanto, aunque capturan varios datos clave a escala nacional y permiten comparaciones en el ámbito internacional, las EDS parecen todavía subestimar la prevalencia de abusos y violencias domésticas, por su inadecuada metodología (Shraber, 2000:11).

de renta y grado de escolaridad, aumenta con el matrimonio y, lo más preocupante, con la independencia financiera de la mujer. Por ejemplo, en Colombia, el trabajo se asocia a un aumento de seis puntos porcentuales en la probabilidad de la mujer de sufrir cualquier violencia doméstica y con un incremento de cuatro puntos porcentuales en la probabilidad de sufrir violencia doméstica grave (Idem).

Datos de la OPS/PRB (2003), informan que el porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años de edad, alguna vez unidas que afirma haber sido víctima de violencia por parte de su esposo o compañero, en Colombia, es de 41% para la violencia física y 11% para la violencia sexual; en Perú 41% para la primera y no hay reportes para las violaciones; en Nicaragua³⁵ los datos son 29% y 10%, respectivamente; y en Haití son 27% y 17%, respectivamente. En el área urbana los porcentajes de violencia física son mayores que en el área rural; y disminuyen con el nivel educativo en todos los cuatro países (OPS/RPB, 2003).³⁶

Para intentar enfrentar esa situación Amnistía Internacional lanzó una campaña mundial el ocho de marzo de 2004, para combatir la violencia contra las mujeres, *verdadero cáncer y atrocidad para los derechos humanos* (Amnistía Internacional, 2004b).

Otro número preocupante es el relativo a la prostitución infantil: anualmente dos millones de niñas entre 5 y 15 años de edad son forzadas a vender su cuerpo por dinero, y “la industria del tráfico de mujeres” rinde alrededor US\$ 7 billones en todo el planeta (Amnistía Internacional, 2004).

Por fin, otro problema muy importante, para el cual no se cuenta con datos confiables oficiales es la violencia contra los niños, doméstica o no, sea por agresión física o sexual. Estudios recientes en los EUA indicaron que muchos casos de homicidios de niños fueron diagnosticados como síndrome de la muerte súbita (Shrader, 2000).

LA CUESTIÓN DEL ABORTO

Otro grave problema de salud en la región es el aborto, pero es muy difícil tener informaciones confiables y actualizadas sobre éste en la región, por varios motivos, pero tal vez el más importante sea la situación del acceso al aborto legal en los diferentes países. Las dificultades para la legalización del aborto en la mayoría de los países son de varios órdenes –religiosos, culturales, políticos y sociales–. Aunque hubo avances significativos en esa temática en la región, sobre todo debido a la efectiva actuación de los movimientos feministas, solamente Cuba y Guyana tienen el aborto totalmente legalizado, Chile y El Salvador no lo permiten en ninguna situación; en varios países sólo está permitido para salvar la vida de la mujer,³⁷ y en otros está permitido en situaciones específicas, en general relacionadas

con la preservación de la salud de la mujer, pero jamás por solicitud de la misma (Berquó, 2003:289-301).

Las cifras sobre el aborto en el mundo son impactantes. Del total de embarazos en el mundo (200 millones) 75% serían no planeados (75 millones) (UNFPA, 1997); de los 46 millones de abortos inducidos, 19 millones (41%) serían abortos inseguros (Alan Guttmacher Institute, 2001), y de éstos 95% se realizan en países subdesarrollados (OMS, 1997); 80.000 mujeres mueren en el mundo por abortos inseguros, y 13% de las muertes de mujeres relacionadas con el embarazo son por abortos inseguros (Alan Guttmacher Institute, 2001).

En los países desarrollados, 3 de cada 1000 mujeres se realizan abortos inseguros, de las cuales 500 mueren cada año; en América Latina, 30 de cada 1000 mujeres se realizan abortos inseguros cada año y 5000 mueren por ello (OMS, 1998), o sea, 4 millones de mujeres se practican abortos inseguros, cada año en la región, y 21% de las muertes relacionadas con el embarazo se deben a abortos inseguros (OMS, 1998).

Las consecuencias adversas del aborto clandestino de riesgo, ya sea para las mujeres o para la sociedad en su conjunto, son reconocidas por varios actores. Para las mujeres pueden incluir la muerte por complicaciones debidas a procedimientos inseguros y, a largo plazo, efectos nocivos para la salud (como problemas ginecológicos o infertilidad), y para la sociedad, los altos costos de la asistencia médica hospitalaria a mujeres con complicaciones graves provocadas por abortos de riesgo. Esa situación ha sido una de las más importantes justificaciones para el apoyo a los programas de control de la natalidad y de planificación familiar.

En 1992, una investigación realizada en seis países de la región latinoamericana (Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y República Dominicana) demostró que las mujeres utilizan una gran variedad de métodos para interrumpir el embarazo no deseado, y que la mayor parte de las mujeres pobres en las áreas rurales y urbanas inducen su propio aborto (con prácticas variadas, desde el uso de hierbas hasta agresiones físicas), o utilizan personas no habilitadas técnicamente, quienes a su vez también utilizan las más distintas formas de intervenciones, algunas de muy alto riesgo. De estas mujeres, alrededor de 50 a 60% presentan complicaciones (inclusive aborto incompleto), en comparación con un riesgo de complicaciones estimado de 20 a 30% en mujeres que utilizan los servicios de una profesional habilitada, y de 7 a 14% en aquellas que consultan a un médico. Sin ninguna duda, las mujeres pobres tienen riesgos globales de complicaciones pos-aborto acentuadamente mayor que las otras. Se considera que más de cinco entre 10 mujeres pobres rurales, y cerca de cuatro entre 10 mujeres pobres urbanas experimentan complicaciones pos-aborto inducido, en comparación con

35. En Nicaragua ese dato incluye la violencia por el esposo, pareja o otra persona (OPS/PRB, 2003).

36. La fuente de esos datos son: Encuestas de demografía y Salud (1997/2000) (OPS/PRB, 2003).

37. Esos países son: Antigua y Barbuda; Dominica, República Dominicana, Haití, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Brasil, Colombia, Paraguay, Surinam y Venezuela (apud Berquó, 2003, Anexo 1, pp. 289-301).

poco más de una entre 10 mujeres urbanas de nivel de ingreso superior (Alan Guttmacher Institute, 1994:17-19).

Por otro lado, no todas las mujeres con complicaciones por aborto inducido son hospitalizadas. Eso se debe tanto a complicaciones menos graves (como hemorragias durante algunos días), como al hecho de que en la mayoría de los países el aborto es penalizado por la ley, lo que lleva al temor por las posibles consecuencias legales, y también a la falta de acceso a servicios adecuados, principalmente en las áreas rurales. Por otro lado, entre las mujeres que son internadas con complicaciones, no siempre se explicita claramente el

motivo de la hospitalización causada por aborto inducido, además éstos suelen ser los casos más complicados. Esos “casos clandestinos”, o no relatados, dificultan todavía más la confiabilidad en las estadísticas sobre el aborto en América Latina y el Caribe, en general subestimadas, y pueden llevar también a una sobrestimación de las complicaciones. Por tanto, en la región la cuestión del *status* legal del aborto y las relaciones entre el aborto de riesgo y la mortalidad materna, la salud y la dignidad de las mujeres, sigue siendo un problema importante de salud pública a ser enfrentado por los distintos países.

8 Los seguros materno-infantiles

En este apartado del trabajo se discute la propuesta de los seguros materno-infantiles (en el ámbito de los llamados “seguros públicos de salud”), y muy sumariamente, su implementación o desarrollo en algunos países seleccionados (Ecuador, Bolivia, Perú, Argentina y México).

La disponibilidad de bibliografía sobre la implementación de esos seguros en los países latinoamericanos todavía es escasa. Por ello, lo que sigue es una primera y muy preliminar aproximación al tema.

LA PROPUESTA

La propuesta de los seguros materno infantiles (incluidas en el ámbito de los seguros públicos de salud) se inserta en las estrategias del Banco Mundial de focalización de los programas sociales, para tratar de enfrentar los alarmantes niveles de desigualdad y pobreza en el mundo y, sobre todo, en la región latinoamericana (Grosch, 1992).

Paralelamente a los informes publicados periódicamente, el Banco Mundial ha ido generando nuevas instancias para combatir la pobreza, entre ellas la iniciativa para los Países Pobres Muy Endeudados (PPME), que consiste en el alivio de la deuda externa de esas naciones, en la medida en la que adopten actividades que el mismo Banco recomienda, de reestructuración estatal, ajuste fiscal y focalización de recursos en los más vulnerables.³⁸

Otra de las iniciativas consiste en que cada país solicitante de algún crédito para el desarrollo, debe realizar una evaluación de la pobreza, formular estrategias sectoriales, implementar la reforma institucional y las “redes de protección social” que el país en cuestión considera como “prioritarias y de éxito local”. Así, los países podrán demostrar su compromiso a través de una estrategia que prevea las principales características de un plan integral de reducción de la pobreza, así como el calendario y el proceso participativo en que se basaría su elaboración. Tales recomendaciones serían recogidas en el Documento de Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DELP) que elaborarían los países.

Para el Banco Mundial, los DELP transformarían los principios del Marco Integral de Desarrollo generado por esa institución, en planes de acción que pueden adoptarse en la práctica, permitiendo fortalecer la identificación de los países con sus estrategias de lucha contra la pobreza; ampliar la

representación de la sociedad civil –sobre todo de los más pobres– en el diseño de tales estrategias; mejorar la coordinación entre los organismos de desarrollo; y concentrar el análisis, la asesoría y los recursos financieros de la comunidad internacional en el logro de metas de reducción de la pobreza.³⁹

En los documentos de los países, las prioridades deberían focalizar las áreas de salud pública, de servicios preventivos y servicios clínicos básicos para madres e hijos, asegurando el mejor acceso de los pobres a servicios de mayor costo, “en caso de necesidad” (Claeson *et al*, 2000). Esto implicaría, en la práctica, que el gasto sectorial debería ser focalizado prioritariamente en esas intervenciones específicas. Entre tanto, la forma de medir la “necesidad” o no es clara o está basada en cálculos de costo-efectividad que definen las intervenciones a ser incluidas en los paquetes.

En el proceso de formulación del diagnóstico del DELP, que cada uno de los PPME debería elaborar para recibir los préstamos, además de establecer los niveles de pobreza y las estrategias para enfrentarla, según las recomendaciones del acreedor, el Banco Mundial acordó establecer cuatro áreas de acción (FMI/Banco Mundial, 2002):⁴⁰

- Adopción de un “seguro básico de salud” (o sea, distribución de un paquete básico de servicios por persona).
- Implementación de un programa ampliado de inmunización.
- Modernización de los seguros de salud basados en sistemas de seguridad social.
- Descentralización y fortalecimiento institucional.

En resumen, el Banco Mundial declara como sus principales objetivos proteger a la población del empobrecimiento a partir de la atenuación de los efectos de las enfermedades y de la desnutrición y para eso propone: apoyar políticas de salud y programas que aseguren un financiamiento sostenible o alternativas financieras para movilizar adecuados niveles de recursos (amplios arreglos de agrupamiento de riesgos, designados como “seguros públicos de salud”), mecanismos de aseguramiento comunitario y protección estratégica de programas para grupos vulnerables. La atención a la madre y el niño integran los paquetes básicos de intervenciones recomendadas por el Banco Mundial en el

38. “El Grupo del Banco Mundial en la colaboración y en la transformación del desarrollo: nuevos enfoques para formular estrategias de lucha contra la pobreza que los países consideren como propias. Un nuevo consenso mundial”. (Marzo 2000).

39. “Examen del mecanismo de los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP): Principales conclusiones”, preparado por el personal del FMI y del Banco Mundial, aprobado por Masood Ahmed y Gobind Nankani, 15 de marzo de 2002.

40. Idem.

área de salud, a ser desarrolladas por los países muy pobres y endeudados, en la lucha contra la pobreza, argumentando que de esa forma se asegura mayor protección contra los riesgos de ese grupo social.

Para estas actividades, el BM brinda apoyo a través de: a) préstamos financieros globales; b) inversiones en el sector salud como en otros sectores (agua, saneamiento, transporte, infraestructura, medio ambiente), en la perspectiva de mejorar la salud de los niños; c) préstamos para “ajustes” en la política de salud, y d) estudios, actividades de análisis y consultoría (promoviendo los llamados “Diálogos Técnicos Nacionales” para la formulación de políticas, investigación y análisis de resultados). Actualmente, la mayoría de los países en Latinoamérica se encuentran en distintos procesos de diagnóstico, formulación y desarrollo de estrategias locales para la erradicación de la pobreza y disminución de las desigualdades sociales, bajo el asesoramiento del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a partir de los llamados “Diálogos Nacionales”.

Hasta 2003, han sido financiados en la región los siguientes Seguros Públicos de Salud (Banco Mundial, 2003):

1. Ley de Maternidad Gratuita de Ecuador (1994-2000), vinculada al Programa de Modernización de los Servicios de Salud (Modersa) (inversión).
2. Seguro Básico de Salud (1998) (inversión) y Seguro Universal Materno Infantil (SUNI) de Bolivia (2002) (inversión).
3. Seguro Integral de Salud (Perú) (2000) (inversión y ajuste sectorial).
4. Seguro Materno Infantil de Argentina 2003 (ajuste sectorial).
5. Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) (1996) y Seguro Popular de México (2002 y 2003) (inversión).

Estos financiamientos son el resultado de los compromisos firmados en cada país solicitante, luego de realizar sus diagnósticos situacionales. A pesar de la declarada intención del BM de “no globalizar las estrategias”, sino de “potenciar la localización”, los países en desarrollo en general parecen reproducir la fórmula general preconizada, con algunos matices, según cada realidad nacional.

Presentamos a continuación brevemente algunos ejemplos de “seguros públicos de salud” y “seguros materno infantiles” que vienen siendo implementados en algunos países en la región.

EL CASO DE ECUADOR

La situación en Ecuador, así como la de varios países de Latinoamérica, se ha caracterizado por la inestabilidad política, económica y social en los últimos 30 años, lo que incide en las dificultades para establecer políticas de salud efectivas y programas continuos y permanentes.

La década de los noventa fue particularmente marcada

por la implementación de políticas de ajuste estructural, inestabilidad política y debilitamiento de la institucionalidad democrática que contribuyeron al deterioro de las condiciones de vida de la población ecuatoriana. (CLADEM, 2003). Ejemplo de esta inestabilidad es que en menos de un quinquenio el Ecuador tuvo cinco presidentes, dos de los cuales fueron derrocados.

En el año 1999 vivió una de las crisis económicas más grandes de la década, con una caída del PIB de 7,3%. Durante el año 2000 la economía se dolarizó como estrategia para contener los niveles de inflación y desajuste monetario. Pero como resultado de esta crisis, los niveles de pobreza aumentaron irremediablemente. Para ese mismo año, 79% de la población se encontraba bajo la línea de la pobreza (PNUD, 2001).

Hasta el año de 1967 la mayoría de las funciones de regulación y conducción del sector salud correspondía a la cartera del Ministerio de Previsión Social y Trabajo (MPST), que contaba con una Dirección General de Sanidad y con Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Social, encargadas de formular y ejecutar las acciones de recuperación de la salud, con concentración de recursos en las zonas urbanas. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IES) integra esa estructura y tiene bajo su responsabilidad el Seguro General Obligatorio y el Seguro Social Campesino, que sostienen gran parte de la prestación de servicios de asistencia médica en el país. En ese mismo año (1967) se crea el Ministerio de Salud, para hacerse cargo de la sanidad, asistencia social, nutrición y vivienda, pero se mantienen la Dirección General de Sanidad y las Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Social bajo la dirección del MPST.

En 1970 se inician políticas de extensión de las actividades de salud al área rural, en un intento de mejorar el acceso a los servicios de este grupo de la población. A partir de 1972 se reestructura el Sistema de Servicios de Salud y se derogan las Juntas Centrales y Provinciales de Asistencia Social, con lo cual el Ministerio de Salud asume el control de casi la mitad de las camas hospitalarias, como también se inicia un proceso de renovación de la infraestructura y construcción de servicios de atención básica: Centros de Salud Urbanos y Subcentros de Salud, además de Puestos de Salud rurales (PHR/LACHSR, 1998).

A pesar de las modificaciones de la estructura del sector salud realizadas para mejorar la gestión y las coberturas de la población, y de la creación de distintas modalidades de seguro social, en 1994 sólo 22,7% de la población estaba afiliada a alguno de esos seguros. La mayor parte de la provisión de asistencia médica es prestada por el sistema público conformado por los servicios del IES, general y campesino, y los seguros de las Fuerzas Armadas y Policía, que en conjunto cubren el 20,5%. A estos se suma una porción pequeña de aseguramiento a través de las empresas de medicina prepaga (2,2 %) (OPS, 2001).

Entre los años 1992 y 1996, el Consejo Nacional de Modernización (CONAM) presenta una propuesta de reforma a la seguridad social que incluía los servicios médicos, cuyas líneas fundamentales apuntaban a la organización de un

Sistema Nacional de Salud basado en la división de funciones, donde el Ministerio de Salud Pública (MSP) tuviera el rol conductor y regulador, así como el fortalecimiento de las acciones de salud pública y de la atención médica a las personas, mediante un esquema de “seguro nacional de salud” descentralizado y solidario (MSP, 2003). Este proceso de reforma estructural nuevamente se frena por los cambios políticos del país y por el fuerte rechazo de ciertos sectores a la implementación de lo que ellos llamaban “privatización del sector salud”.

Un hecho importante de notar es que en el año 1996 se introdujeron reformas constitucionales en las cuales se hacía constar que “la salud es un derecho ciudadano, del cual es responsable el Estado y la sociedad civil” y se requiere “la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, con participación del sector público y privado, con base en los principios de equidad, universalidad, integridad, eficiencia y solidaridad”. Específicamente el Artículo 42 de la Constitución estipula que “el Estado garantizará el derecho a la salud y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de la salud”; y el Artículo 43 registra que “los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos” (Idem).

Ante el diagnóstico de la persistencia de enormes deficiencias del sector salud expresadas en un gasto público insuficiente, mal uso de recursos, orientación de gran parte del gasto en salud a acciones curativas en niveles más especializados de la atención, excesivo gasto privado y una elevada proporción de la población desprotegida, en 1997 el Ministerio de Salud inicia un nuevo proceso de reformulación de la Política Nacional de Salud. A partir de esta reforma se definen los roles del Estado en salud y los lineamientos básicos de la política de salud en los ámbitos interinstitucional y sectorial. Los ejes centrales son: a) rectoría; b) acceso equitativo (aseguramiento y financiamiento); c) provisión descentralizada de servicios, y d) promoción de la salud (OPS, 2001a).

Entre tanto, anteriormente a esas reformas constitucionales, en 1994, el Decreto N° 523 (09/09/1994) había instituido la Ley de Maternidad Gratuita, que nació a partir de la definición de que “es obligación del Estado proteger a la maternidad y amparar al hijo desde su concepción, garantizándole las condiciones necesarias para su integridad mental y física”, y “que es necesario dotar a las instituciones de salud pública de los recursos indispensables para que presten real y eficaz servicio de maternidad gratuita a la mujer ecuatoriana”. En esta primera Ley se especifica que toda mujer ecuatoriana que acuda a dar a luz en un hospital, centro o institución pública tendrá derecho a que el parto sea enteramente gratuito (Artículo 1); además se define, de manera general, que el MSP cubrirá todos los gastos y el origen de los recursos sería un impuesto especial sobre bebidas alcohólicas, gaseosas y cigarrillos, además de otras inversiones de recursos internacionales de cooperación en esa área. Pero, por razones políticas y administrativas, esa ley no se aplicó, quedando pendiente hasta que en 1998 es reformada

como resultado del proceso de modernización del Estado y de la reforma del sector salud.

En el contexto de amplia discusión de la reforma de la seguridad social y de la nueva política de salud, se producen las reformas a la Ley de Maternidad Gratuita. Mediante un proceso cooperativo que incluía diversas instituciones, entre ellas el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU), el MSP, el CONASA, el Banco Mundial (con un proyecto para la Modernización de los Servicios de Salud-MODERSA), la OPS y el Centro para la Paternidad Responsable (una organización no gubernamental (ONG), se formula la nueva ley llamada “Ley Reformatoria a la Ley de Maternidad Gratuita y de Atención a la Infancia” (Decreto N° 381, 10/08/1998).

Esa Ley propone un nuevo modelo de atención de la salud orientado a mejorar el acceso a los servicios para las mujeres y los niños; disminuir las tasas de morbilidad y de mortalidad materna e infantil; garantizar la atención de salud reproductiva integral; diversificar los proveedores de servicios; lograr la participación de los servicios de salud, los gobiernos municipales y las organizaciones comunitarias en la gestión de los recursos, y fortalecer la participación de la sociedad civil en la toma de decisiones y el control social de la calidad de los servicios (CLADEM, 2003).

El artículo primero de la Ley precisa: “Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera, se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado”.

Se define también la creación de un Fondo Solidario de Salud (en el mismo Decreto 381) encargado de financiar la Ley de Gratuidad, que será integrado por recursos estatales, derivados de impuestos y fondos de programas, y por recursos de cooperación internacional. Este Fondo es conformado por recursos generales del Estado, de los empleados y empleadores del mercado formal de trabajo, además de los empleados del sector informal, desde que se inscriban en el IES, y por donaciones y préstamos de las organizaciones nacionales e internacionales. Se crean también, como medida de descentralización, los Comités de Gestión Local del Fondo Solidario Local (Artículo 5c del Decreto 381), quienes se encargarán de coordinar los recursos (federales y locales) para financiar la implementación de la Ley, quedando en libertad de agregar prestaciones de salud, requeridas por el análisis epidemiológico y socioeconómico local de las Direcciones Provinciales de Salud.

Hasta el año 2002, la Ley ha incorporado nuevas modificaciones, ampliando la cobertura de los beneficiarios y el tipo de servicios considerados como gratuitos. Actualmente, el Programa de Maternidad Gratuita considera como beneficiarios a mujeres en edad fértil y sus parejas, mujeres embarazadas, recién nacidos sanos y enfermos, menores de cinco años de edad, y mujeres de 35 a 64 años de edad, para la detección de cáncer del cuello del útero.

Pero la implementación de la Ley en todo el Ecuador se ha visto limitada por la fragmentación del sistema, el no-aseguramiento de los recursos para el mantenimiento de los programas y la desarticulación de los sectores involucrados. Por ejemplo, hasta 2003, los Comités de Gestión del Fondo Solidario Local, encargados de gerenciar el financiamiento de las acciones previstas en la Ley en los distintos cantones del Ecuador (divisiones administrativas del Estado), aún no se implementan en la totalidad de ellos, existiendo amplios sectores de la población todavía desprotegidos y excluidos (El Mercurio, 2003).

El informe alternativo presentado a la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres (*Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women-CEDAW*), de julio de 2003, describe que actualmente la Ley de Maternidad Gratuita tiene graves limitaciones para su cumplimiento debido a la falta de recursos asignados por el Estado y a la desorganización de la descentralización de los mismos.

La Ley de Maternidad gratuita, así como su reforma, no han sido efectivas para reducir los indicadores de morbilidad y de mortalidad materna. La aplicación de la normativa ha encontrado múltiples dificultades. Los recursos captados por el Ministerio de Salud se han destinado a fines distintos de los estipulados legalmente, además de que ha faltado voluntad política, especialmente en lo relacionado con la descentralización del sistema de salud, lo que implica que los servicios de nivel local no cuenten con equipamientos ni medicamentos para cubrir la demanda. Menos de 15% de las atenciones contempladas en la Ley de Maternidad Gratuita no tienen costo realmente. Los hospitales y centros de salud cobran a las usuarias por las prestaciones previstas en la Ley, o las obligan a comprar los insumos necesarios para las atenciones (CLADEM, 2003).

Durante el año 2002 se promulga la Ley del Sistema Nacional de Salud, un nuevo instrumento de construcción de un sistema universal de salud, ya que las múltiples intenciones previas de articular el sistema en esa dirección fueron dificultadas por la fragmentación y segmentación del sector en diversos componentes, paralizando la ejecución de los programas.

También durante 2002 se publica el “Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en Ecuador”, en el que se definen la nueva Política Nacional de Salud, y la Agenda Nacional de Salud, además de detallar la Ley del Sistema Nacional de Salud. De su folleto explicativo se destaca la intención de poner en marcha un “Plan Integral de Salud Garantizado por el Estado” a toda la población, dentro de una estrategia de protección social basada en el derecho universal a la salud (MSP 2002), con orientación hacia una extensión del aseguramiento social público.

En este contexto, la Ley de Maternidad Gratuita es considerada como la experiencia inicial de asignación de recursos de acuerdo con un plan de prestaciones establecidas para un grupo específico y se está evaluando la posibilidad de que en el futuro se convierta en un Seguro Materno Infantil

en la medida en la que ese modelo de aseguramiento ha sido definido como estrategia de Protección Social (MSP, 2003).

EL CASO DE BOLIVIA

Durante la primera mitad de los años 80, Bolivia vivió una aguda crisis económica, caracterizada por la caída sostenida del PIB e hiperinflación. La crisis fue agravada por el problema de la deuda externa, factores climáticos adversos, crisis política y social y un manejo macroeconómico ineficiente (Jemio, 1999). Entre 1980 y 1985, la caída acumulada del PIB llegó a casi 10%, mientras que la inflación anual a septiembre de 1995 fue de 25.000%. Esta situación condujo al gobierno de ese momento (presidente Víctor Paz Estensoro) a aplicar, en agosto de 1985 (promulgación del Decreto Supremo 21.060, de 1985), un plan radical de estabilización económica de corte ortodoxo, convirtiendo a Bolivia en uno de los primeros países en la región en iniciar un plan de estabilización de ese tipo. El plan incluía, entre sus medidas más importantes, la devaluación del tipo de cambio oficial, apertura externa mediante la reducción generalizada de aranceles, liberalización de las tasas de interés, libre negociación de contratos de trabajos en el sector privado y ajuste fiscal.

La esencia del plan fue mantenida durante el período 1985 a 1993, que incluye también el gobierno de Paz Zamora (1989-1993). Pero durante el gobierno de Gonzalo Sánchez de Lozada, a partir de 1993, es ampliado en alcance y profundidad. Las reformas más recientes incluyen un programa de capitalización de las empresas públicas, la reforma de los sistemas de pensiones, educativo, de salud, junto con la descentralización de la inversión pública y la participación popular.

Las reformas, sobre todo con el plan de estabilización, han logrado controlar la tasa de inflación, que en 1993 fue de un solo dígito y ha permanecido en ese nivel desde entonces; recuperar una la tasa de crecimiento económico muy modesta, pero sostenible; aumentar las exportaciones y la tasa de inversión. Sin embargo, las tasas de crecimiento económico aún son muy bajas como para mejorar sustancialmente los niveles de vida de la población y no se puede asegurar que esas reformas vayan a conseguir los objetivos de acelerar el crecimiento y reducir los índices de pobreza (Jemio, 1999).

Actualmente, Bolivia presenta uno de los más elevados niveles de pobreza en América Latina. El Censo de Población y Vivienda de 1992 reveló que 70% de la población tenía necesidades básicas insatisfechas. Más aún, a fines de los años 90, 63% de la población continuaba generando ingresos familiares por debajo de la línea de pobreza. Por otra parte, Bolivia presenta una gran diversidad geográfica y cultural que se ha traducido en enormes dificultades para organizar las estructuras sociales del Estado. Las características más importantes de las últimas décadas en relación con los procesos políticos son: crisis de gobernabilidad, pérdida de legitimidad del sistema político y su institucionalidad, ausencia de proyectos nacionales con márgenes relativos de

autonomía, muy marcados por la agenda y los agentes de la comunidad internacional (OPS, 2001b).

Los niveles de exclusión política han provocado una creciente demanda de democratización, expresada principalmente en el crecimiento e intensa participación de los movimientos indígenas. Los conflictos sociales y la inestabilidad política, marcada en los últimos años a partir de 2000, han llevado al país a un estancamiento político y económico.

El sistema de salud en Bolivia está constituido por el sector público que cubre aproximadamente a 25% de la población, el Sistema Boliviano de Seguridad Social (SBS), con una cobertura teórica de 15 a 20%, y el sector privado (tradicional y no tradicional), que supuestamente proporcionaría cobertura al resto de la población (Maceira, 2003:6). El sector privado tradicional está conformado por organizaciones no gubernamentales (ONG); instituciones de voluntariado, compañías de seguros privados y de medicina prepaga, que tienen una cobertura aproximada de 19% de la población. Dada la diversidad cultural, la presencia de la medicina tradicional es de gran importancia y se considera parte del sistema de salud: se estima que 10% de la población hace uso de estos servicios (OPS 2001b). Luego de los conflictos sociales de principios de 2003 se modifica la organización del poder ejecutivo, y el MSPS se transforma en Ministerio de Salud y Deportes.

El SBS provee cobertura de salud para los empleados del mercado formal de trabajo y sus familias y su estructura de financiamiento y gerencia está separada de los programas de jubilaciones y pensiones. Está constituido por ocho Cajas de Salud, de las cuales la Caja Nacional de Salud es la más importante, cubriendo 85% de los asegurados, principalmente funcionarios de la administración pública. Las otras Cajas, organizadas según la rama de producción, cuentan con población cautiva de acuerdo con el Código de Seguridad Social, de 1956, que norma su creación y define en qué caja el empleador debe efectuar los aportes, los cuales constituyen 10% del salario total. Todas las cajas están sometidas a la normativa del Ministerio de Salud y a la fiscalización del Instituto Nacional de Seguro Social (INASES). Cada Caja es autónoma en términos de gestión, recauda sus aportes y administra los recursos centralizadamente, prestando servicios de salud mediante infraestructura y recursos propios. Estos servicios comprenden cobertura de enfermedades comunes, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo, y el nivel de subcontratación de servicios de terceros es muy reducido (Maceira, 2003:6).

A principios de 1993 se inician, junto con las reformas estructurales, esfuerzos de reforma en el sector salud boliviano. En 1994 el gobierno empezó un proceso de redistribución de funciones entre los niveles nacionales, departamentales y municipales, todavía en curso (Leyes de Participación Popular y de Descentralización Administrativa). El objetivo central era impulsar políticas focalizadas, y la principal herramienta para aumentar la cobertura de salud fueron los seguros públicos, que culminaron con la

institución del Seguro de Maternidad y de Niñez, el Seguro de Salud de la Vejez. Por un sin número de razones esas iniciativas no llegaron a colmar las expectativas con que nacieron. El binomio madre-niño, basado en un enfoque de riesgo, fue el que marcó el accionar normativo y operativo de lo que más tarde sería el Programa de Atención Integral a la Mujer.

El Plan de Desarrollo Económico y Social (PGDES) estableció para el periodo 1997–2002 los cuatro pilares que debían sostener la política del gobierno y las reformas estructurales: equidad, oportunidad, dignidad e institucionalidad. Estas reformas se enmarcaron en los cambios emprendidos en el país en los últimos años y buscaron impulsar un proceso político y operativo que fuese económicamente sustentable.

En el plan normativo, la reforma en salud se pautó por el pilar de la equidad, dirigido a la lucha contra la pobreza, y se implementó a partir de 1997, con el objetivo de “mejorar los indicadores de desarrollo humano en el área de salud”. Las dimensiones priorizadas en la propuesta de reforma fueron: a) institución del Seguro Básico de Salud; b) compromisos de gestión, c) establecimiento del llamado “escudo epidemiológico”, y d) profundización del proceso de descentralización. Las tres líneas estratégicas definidas fueron: a) reducción de la mortalidad materna e infantil; b) prevención y control de las enfermedades endémicas prevalentes; c) fortalecimiento institucional, y d) descentralización del sistema de salud.

En realidad, desde 1996 había sido instituido el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (D.S. N° 24303/1996), diseñado para ampliar la cobertura y eliminar las barreras económicas de acceso a los servicios públicos de salud en la atención al embarazo, parto y puerperio. Además, incluyó la atención de algunas de las patologías prevalentes en el grupo de niños menores de cinco años de edad. Este seguro estuvo en vigencia hasta 1998, cuando fue creado el Seguro Básico de Salud, que incluía también como objetivo mejorar las prestaciones para la madre y el niño, inclusive con aumento del aporte de recursos a los municipios con esa finalidad (Gobierno de Bolivia, 2003).

El Seguro Básico de Salud (SBS) fue instituido, por tanto, como la política principal de la reforma sectorial de entonces (Decreto Supremo N° 25.265/1998) y se constituyó en un paquete ampliado de servicios básicos de salud para los niños, la mujer y la población en general, ofrecido por la red de establecimientos de salud del Ministerio de Salud y Previsión Social, a partir de marzo de 1999.

Entre tanto, el 21 de noviembre de 2002 se aprobó en el Congreso Nacional Boliviano la Ley del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) (Ley N° 2.426/2002), de carácter universal, integral y gratuito, que reemplaza al SBS y entró en vigencia el 1° de enero de 2003. Este seguro forma parte del Plan Bolivia del Gobierno de Responsabilidad Nacional (2003), que formuló la nueva Política Nacional de Salud. Sus objetivos incluyen la atención gratuita e integral para todas las patologías que se pudieran presentar en las mujeres

embarazadas, hasta seis meses después del parto. Al mismo tiempo, serían atendidos, sin costo para la familia, todos los menores de cinco años de edad, en todas las patologías que pudieran presentar incluyendo, en ambos casos, cirugías, pruebas diagnósticas y medicamentos en todos los niveles de atención. Este nuevo seguro pretende responder a la urgente necesidad de reducir aceleradamente la mortalidad materna y de los menores de cinco años de edad. El SUMI es considerado la “punta de lanza” de la expansión de la cobertura de los servicios de salud, con perspectivas (teóricas) de ampliación para toda la población que, junto con los Directorios Locales de Salud (DILOS) a ser creados, constituyen el primer paso del proceso de reforma que actualmente se está llevando a cabo en Bolivia.

EL CASO DE PERÚ

Perú no ha escapado a las crisis que durante la última década azotó a los países de la región. Los gobiernos de Alan García (1985-1990) y Alberto Fujimori (1990-2000) se caracterizaron por presentar grandes crisis económicas, inestabilidad política y social y altos niveles de corrupción que han mantenido el país en el subdesarrollo. Después de su elección, en 1992, Fujimori se mantuvo en el poder a partir de un auto-golpe, promoviendo el quiebre del orden constitucional (disolvió el Parlamento e intervino en el poder judicial). A pesar de ello, en 1995 es reelegido en elecciones directas y se restablece el orden institucional, iniciando entonces una política dura de ajuste macroeconómico (la “terapia de choque de Fujimori”), según las normas acordadas con el FMI (CIDOB, 2001).

Hasta 1997, el crecimiento económico se sustentó en la austeridad fiscal y monetaria, la restructuración del gasto público, la reinserción en la economía internacional y los incentivos a la inversión privada, estimulados por la reducción significativa de la violencia en el país y la desregulación del mercado. A partir de 1998, la actividad económica se contrajo fuertemente debido a problemas internos de carácter social y político, principalmente las denuncias de corrupción que involucraron a Fujimori y sus asesores, a lo que se agregó la irrupción de factores externos tales como bruscas salidas de capitales asociadas a las crisis financieras internacionales, catástrofes ambientales y variaciones en los precios de los principales productos de exportación. Es así como el PIB por habitante decreció mucho durante 1998 y 1999, con una leve recuperación en 2000 (OPS, 2001c). La crisis política e institucional terminó con la fuga de Fujimori hacia el extranjero, mientras que en 2000 el 54% de la población era considerada pobre.

Con la salida del ex-presidente se instituyó un gobierno de transición luego de nuevas elecciones democráticas en 2001.

Además de los graves problemas políticos mencionados, entre las debilidades institucionales que impidieron mejorar los logros de las políticas de ajuste, y por tanto los indicadores sociales y económicos del país, se constataron problemas de coordinación intersectorial y duplicidad de acciones, ausencia

de capacidad de rectoría en sectores sociales, deficiente focalización, problemas de regresividad en la ejecución del gasto y reducida transparencia, falta de planificación estatal, problemas de calidad en la gestión de los programas sociales, postergación de una real descentralización, debilidad funcional de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) y carencia de una política social articulada con la política económica de desarrollo (OPS, 2001c).

Actualmente, los principales problemas sociales y políticos del Perú están vinculados a la pobreza, altamente asociada a la carencia de empleo, a la amplia variedad étnica y cultural con incompleta integración, y a gran dispersión poblacional, especialmente de comunidades andinas y amazónicas.

El sistema de salud peruano es una compleja mezcla de un subsector público, que desarrolla varios programas, y de un sector privado amplio, los cuales siguen un curso independiente con poca coordinación entre ellos. Entre los órganos públicos está el Ministerio de Salud (MINSA), que presta servicios a los sectores pobres con una cobertura de 40%, el Seguro Social de Salud (ESALUD), que cubre a los trabajadores del sector formal de la economía (20% de la población), concentrándose en las principales ciudades del país, y los servicios de las Fuerzas Armadas (3%). Por otro lado, está el sector privado constituido básicamente por clínicas particulares, seguros privados de salud y consultorios financiados por pago directo de pacientes y familias, que cubre cerca de 12% de la población. Se estima que el 25% de la población no tiene cobertura de salud, pues la población rural en casi un 70% no cuenta con servicios básicos en general (MINSA, 2002).

A inicios de la década de los 90, el gobierno realizó ajustes en la administración pública como parte del proceso de reforma del Estado, con el fin de reducir gradualmente su participación en la administración de bienes y servicios y reforzar su rol rector y regulador, lo que dio inicio a la modernización de diversos sectores, entre ellos el de salud. La reforma en el sector salud se desarrolló al interior del MINSA y, en medida muy inferior, en ESALUD. Los lineamientos de la reforma fueron: (a) acceso universal a los servicios de salud pública y a la atención individual; (b) modernización; (c) restructuración de las funciones de financiamiento, prestación, y fiscalización; (d) prevención y control de los problemas prioritarios de salud, y (e) promoción de condiciones y estilos de vida saludables. El fin principal de la reforma era garantizar un plan básico de atenciones individuales y de salud pública para toda la población, combinando un régimen de subsidio parcial o total por el Estado para la población más pobre, con un régimen contributivo para las personas empleadas y con capacidad de pago.

Para lograr estos objetivos se planteó la separación de las funciones de gobierno - financiamiento, administración y provisión de servicios; y la búsqueda de nuevos esquemas de financiamiento, gestión y gasto, y el máximo aprovechamiento de la capacidad física instalada en los subsectores público y no público mediante la concertación y formas de venta de servicios.

El proceso de reforma del sector salud en el Perú se puede dividir en tres etapas. La primera se inició entre 1991 y 1994, período en que la prioridad fue la recuperación del sistema de servicios de salud del colapso operativo de finales de los años 80, para lo cual se incluyeron estrategias de recuperación de costos en los hospitales y los establecimientos del primer nivel de atención (Banco Mundial, 1999a). Así, en 1994 aparece el Programa de Salud Básica Para Todos (PSBPT), que permitió desarrollar una importante expansión de la oferta de servicios y recursos humanos en las zonas rurales. (OPS, 2001c).

La segunda etapa, de mediados de 1997, consistió en la aplicación de experiencias iniciales de reforma en distintas regiones o sub-regiones de salud. De este modo, estrategias como los Comités Locales de Administración (CLAS), Acuerdos de Gestión de Redes de Servicios de Salud, Programa de Salud y Nutrición Básica, Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud y Participación Social en la Administración de los Servicios de Salud, se implementaron de manera transitoria y parcial.

Durante la tercera etapa, a partir de 1999, se empezó a afrontar el problema del costo de los servicios de salud para los pobres, mediante la introducción de esquemas de subsidios para grupos seleccionados, como el Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI).

El SMI nace, por tanto, como estrategia de contingencia para disminuir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, y se basaba en la mejoría de la calidad de la oferta y el financiamiento de la demanda.

Ambos proyectos contaron con el apoyo técnico y financiero del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo, ya que formaban parte de las actividades que ambas instituciones proponían para la superación de la pobreza en los países en desarrollo. Sin embargo, a pesar del apoyo brindado, el financiamiento del SEG y del SMI, declarados prioritarios por las autoridades de entonces, sólo alcanzó a 90 millones de soles anuales, es decir, escasamente 5% del Presupuesto del Ministerio de Salud. Entre las causas de ese resultado se encuentran la vulnerabilidad de los gastos focalizados para los más pobres y la canalización de recursos de la cooperación internacional sin coherencia con las prioridades y necesidades en salud pública del país, como consecuencia de la falta de una propuesta de lineamiento estratégico por parte del Ministerio de Salud (MINSA, 2003).

Posteriormente, a partir de la promulgación de la nueva Ley de Salud a finales de 2001 (Ley N° 27.657, de 2001), se crea el Seguro Integral de Salud (SIS), que nace a partir de la fusión del SMI y del SEG, como una medida para ahorrar recursos de gestión e ir paulatinamente extendiendo la cobertura a todo el país.

Dadas las características históricas del sistema de salud en el Perú (funcionamiento desarticulado; duplicidad de esfuerzos e inversiones) y para asegurar la implementación del SIS, el 13 de agosto de 2002 el Poder Ejecutivo promulgó la Ley N° 27.813 que creó el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDs). Los primeros pasos de esta

reforma se iniciaron con la creación de una Comisión de Alto Nivel que se encargó del proceso de organización, concertando políticas y articulando las propuestas de todas las instituciones del sector. En octubre de ese mismo año fueron promulgadas las leyes sobre las fuentes de financiamiento del SIS, y se procedió a instalar el Consejo Nacional de Salud (CNS), órgano que dinamiza todas las acciones del SNCDs. Esta es una de las principales reformas del Estado que el MINSA ha promovido en las últimas décadas.

El SIS, que entró en funcionamiento en enero de 2002, es un seguro subsidiado de atención en salud, focalizado y dirigido fundamentalmente a la población de escasos recursos económicos y que no cuenta con ningún tipo de cobertura en salud. Es concebido como un programa social que busca disminuir las barreras económicas de acceso a los servicios. A través de sus cuatro planes de beneficios, este seguro de salud atiende a niños de 0 a 4 años de edad, niños en edad escolar de 5 a 17 años, gestantes, dirigentes de comedores populares, del Programa del Vaso de Leche, Clubes de Madres, trabajadores informales y adultos en situación de emergencia (Diario El Peruano, 2002). Incluye actividades preventivas de carácter individual (control prenatal, control de crecimiento y desarrollo del niño) y las atenciones de recuperación en servicios de consulta ambulatoria, emergencia, hospitalización y cirugía, incluyendo medicamentos e insumos, pruebas de laboratorio, diagnóstico por imágenes, procedimientos especiales que se requieran y cobertura del sepelio.

A pesar de los múltiples esfuerzos por la continuidad y el aumento de cobertura gradual de las prestaciones y de los beneficiarios, durante 2003 se presentaban dificultades para la ampliación del presupuesto, siendo el segmento materno infantil el más afectado con las limitaciones de los recursos.

EL CASO DE ARGENTINA

Argentina no escapa al complicado panorama por el que atraviesa la región de América Latina y el Caribe: la crisis de la deuda y las sucesivas políticas de ajuste, aplicadas en forma intermitente en los últimos 20 años en el país, reestructuraron drásticamente la economía en el marco de un proceso de transformación que se vincula a la decadencia real, política o ideológica, del frágil Estado de bienestar históricamente construido (Findling, 2002).

Las propuestas económicas centradas en la restitución del mercado como rector de la vida social y en la redefinición de los ámbitos de intervención estatal a fines de los años 90 muestran como resultado una creciente inestabilidad por la apertura económica, las privatizaciones de empresas públicas y la desregulación estatal y financiera. Esta política condujo a desiguales patrones de crecimiento, regresiva distribución del ingreso, índices elevados de pobreza e indigencia y una mayor exclusión social asociada con el desempleo y la precarización laboral. La salida de la convertibilidad y la brusca devaluación provocaron una drástica caída en el nivel de salarios, un fuerte aumento de los precios de los productos

básicos y mayor cantidad de pobres. Durante la década de los 90, y a pesar de la estabilidad de precios y de algunos años con crecimiento económico, la pobreza se acrecentó paralelamente a la mayor desigualdad en el ingreso y a un agudo proceso de concentración de la riqueza. En 2002 se estimaba que la pobreza alcanzaba en todo el país a cerca de 53% de la población, pues 24,8% de las personas no estaba en condiciones de cubrir el umbral mínimo de una canasta básica de alimentos (los indigentes constituyen el 47% de los pobres). La distribución de la pobreza es bastante heterogénea en el país (Censo Demográfico, 2000; INDEC, 2002 *apud* (censo demográfico, 2000; INDEC, 2002 *apud* Findling *et al*, 2002).

La atención médica en Argentina se canaliza a través de tres sub-sectores interrelacionados –el sector público, la seguridad social⁴¹ y el sector privado– que comparten el financiamiento, la producción y la provisión de los servicios. Las políticas de salud implementadas a lo largo del tiempo estructuraron un sistema cuyas características más sobresalientes son la fragmentación, la desigualdad y la diferenciación de coberturas y clientelas.

Las reformas del sector salud en los años 90 se inscribieron en la profunda crisis fiscal y en los costos sectoriales crecientes de los años 80, además de insertarse en el marco general de la reforma del Estado. Básicamente, se definieron cuatro grandes directrices de políticas para la salud: lograr el derecho a la salud para toda la población, con la implementación de un sistema basado en principios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad; mejorar el acceso, eficiencia y calidad de la atención médica, mediante la extensión de cobertura a toda la población; disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, con acciones de promoción y protección de la salud, y redefinir el rol del Estado nacional, fortaleciendo el proceso de federalización y descentralización. Sin embargo, las medidas concretas implementadas fueron centradas en la contención de costos y guiadas por objetivos macroeconómicos. Las estrategias centrales de reforma aplicadas durante la década de los 90 consistieron en completar la descentralización (iniciada a fines de los años 70); en la promoción de la autogestión del hospital público y en la desregulación de las condiciones de afiliación a la seguridad social. *Los avances regulatorios se concentraron en la unificación de aportes y contribuciones, la definición de un paquete básico de prestaciones, y la creación de un programa nacional de garantía de calidad de la atención médica y de una superintendencia de servicios de salud* (Alonso, 2003:4).

El proceso de descentralización se completó a principios de la década y los autores afirman que predominó *la prosecución de objetivos financieros, con poca atención a los requerimientos de eficiencia y equidad* (Cetrángolo y Devoto, 1999 *apud* Alonso, 2003:4). Además, los sistemas provinciales

se alimentan de recursos propios y federales, lo que implica disparidades en la asignación de recursos federales, debido a que *las provincias con necesidades básicas insatisfechas (NBI) o menor producto geográfico no reciben necesariamente mayor proporción de recursos del gobierno central* (Maceira, 2002 *apud* Alonso, 2003:4).

Las Obras Sociales, que constituyen la base de la organización de la seguridad social, atraviesan graves dificultades financieras para poder garantizar un seguro obligatorio para los asalariados formales y su grupo familiar. Una parte del gasto en seguridad social es financiado por partidas del presupuesto general del Estado, ya sea de la nación o de las provincias, y la mayor parte es cubierta con fondos que tienen origen en impuestos al trabajo. Si bien son entidades de derecho privado, dado el origen tributario de sus recursos, su actividad forma parte del gasto público en salud y se financian con aportes y contribuciones sobre el salario. La estructura del sistema cubre a casi 50% de la población (se estima que este porcentaje era de 42 en 2002), reproduciendo las desigualdades de ingresos vigentes en la actividad económica, y presenta un alto grado de heterogeneidad en el acceso. De ese modo, existen diferencias significativas entre el tamaño de las Obras Sociales y su ingreso promedio mensual *per capita* (Findling *et al*, 2002).

El proceso de transformación de las Obras Sociales (llamado de *reconversión*) fue iniciado para legitimar la transformación ocasionada por la crisis financiera que las afectó, y cuya gestación remonta a los años 80, relacionada con la redefinición de los mecanismos contractuales, nuevas tecnologías de gestión y la conformación de uniones transitorias de empresas (Belmartino, 2000; Findling, 2002). Los proyectos gubernamentales de reconversión de Obras Sociales en Argentina se enmarcan en un proceso de desregulación de ese subsector. El argumento central de la reforma era aumentar la eficiencia y eficacia de las instituciones desregulando su dinámica. El supuesto se basaba en el reemplazo del concepto de población cautiva por el de libre elección, con cambios profundos en el vínculo del beneficiario con su prestador de servicios de salud. Pero muchas propuestas han sido obstaculizadas por la férrea lógica corporativa de los principales actores involucrados en el sistema. Los ejes del proceso (planificado en 1993, pero implementado a partir de 1997, mediante decretos y omitiendo explícitamente al Poder Legislativo) se basaron en: a) introducir la libre elección de afiliados entre Obras Sociales sindicales; b) crear un Programa Médico Obligatorio (canasta básica de prestaciones de salud) para los afiliados de Obras Sociales y de empresas de medicina prepaga privadas; c) mejorar los desniveles de ingreso entre entidades a través de la compensación del Fondo Solidario de Redistribución, y d) crear un Fondo de Reconversión financiado por el Banco

41. La seguridad social en Argentina comprende tres tipos de instituciones: las Obras Sociales Nacionales organizadas por rama de actividad productiva; las obras sociales provinciales, que benefician a los empleados públicos provinciales, y el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), destinado a la cobertura de jubilados y pensionados (Findling, 2002; Alonso, 2003).

Mundial para mejorar la eficiencia de las entidades (Findling, 2002).

Buena parte de la población en situación de pobreza en Argentina tiene graves problemas para acceder a los servicios de atención médica, siendo las barreras de accesibilidad geográfica, administrativa y económica las más frecuentes, pudiendo considerarse que la totalidad de estos obstáculos se superarían con una mejor organización de los servicios. No ha existido una planificación de los servicios del primer nivel de atención, pues se prestan con superposición en alguna las áreas y oferta insuficiente en otras; la organización proviene de iniciativas múltiples, provinciales, municipales y de ONG, los servicios son heterogéneos en cuanto a sus niveles de complejidad. Además, la gente tiene una imagen negativa de este primer nivel. Un porcentaje mayoritario de la población que utiliza el sistema público ignora la puerta de entrada ubicada en el primer nivel de atención y acude directamente a los servicios hospitalarios (Belmartino, 2000).

La mayor parte de los servicios ambulatorios está localizada en las áreas de mayor pobreza y son de dependencia municipal. Existen múltiples vías de financiamiento: municipalidad, provincia, instituciones privadas, cooperadoras, pacientes a través de la compra de bonos voluntarios. Esta heterogeneidad institucional, con diferente capacidad de resolución, formas organizativas y posibilidades de financiamiento, genera un déficit importante en la coordinación de la atención médica y estimula la conducta errática de búsqueda de atención, observada en la población a cargo (Belmartino, 2000).

Durante la década de los 90, también se creó una serie de programas verticales en el Ministerio de Salud, que incluyeron algunas dimensiones de la salud reproductiva y, en ciertos casos, combinaron recursos internos y externos, sumándose a las unidades del Ministerio que ya trabajaban con salud materno infantil y educación en salud, coexistiendo casi sin articulación con otras iniciativas de diferentes áreas del gobierno nacional (Alonso, 2003:5).

En la década de los 90 se inician en Argentina las políticas de reforma de los sistemas de servicios de salud provinciales, en general con asesoramiento y apoyo financiero del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.⁴² En algunas de ellas se definieron estrategias de organización de sistemas de servicios basadas en el subsidio a la demanda a través de la ampliación de la población beneficiaria de las Obras Sociales Provinciales incorporando a la población indigente, usuaria tradicional de las instituciones públicas, lo cual conformó un primer modelo de Seguro Público Provincial

de Salud. En 1999 se discutió con la representación del Banco Mundial la puesta en marcha de experiencias piloto de seguro público para indigentes en las provincias de Río Negro y Salta. En la actualidad, después de algunos años de discusión y ensayos de distintos proyectos de ese tipo en diferentes provincias, puede señalarse que no se cuenta con resultados consistentes que permitan fundar expectativas en el fortalecimiento de estos procesos de cambio (UNDP, 2003).

Los antecedentes de la propuesta de Seguro Público Materno Infantil en Argentina radican en el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), que opera desde 1993, y en el Programa Materno Infantil regular (PMI), que cuenta con financiamiento del Banco Mundial. Operando desde 1994, ambos se ubican en la jurisdicción del Ministerio de Salud (MS). Estos dos Programas realizan actividades paralelas y relativamente coordinadas, pero no logran compensar la demanda de los sectores más carentes de la población, situación que empeoró aún más con la crisis económica que vivió el país durante el período 2001-2002. La implementación de los programas está determinada por las capacidades institucionales que tienen en cada territorio particular y por la forma de organización de los servicios.

El PMI ha desarrollado normativas, estrategias de intervención e instrumentos de intervención, pero no ha avanzado en la supervisión y evaluación del cumplimiento de metas y resultados, además de enfrentar obstáculos de naturaleza administrativa para ejecutar los fondos transferidos por la Nación al PMI. En relación con el PROMIN, las acciones que propone adicionalmente a las desarrolladas por las Secretarías de Salud y Acción Social municipales han tenido dificultades vinculadas a la transformación del modelo de atención en los servicios. Entre tanto, en términos generales, los cambios producidos han facilitado una implementación que puede considerarse exitosa en la mayoría de los efectores.⁴³

Según informes del Ministerio de Salud, ambos programas presentan distintas fortalezas y debilidades derivadas más de las diferencias en sus modos de intervención que en sus objetivos. Mientras el PROMIN ha mostrado importantes potencialidades para promover y fortalecer procesos de cambio al nivel de los servicios municipales de salud, el PMI ha tenido impactos –aunque desiguales– en las instancias regionales. Los déficit del PROMIN –dado el carácter focalizado del programa que define servicios y municipios PROMIN y no PROMIN– pueden atentar en el futuro contra su sustentabilidad una vez que se haya retirado la asistencia derivada de los subproyectos de inversión a cargo del Banco Mundial (Idem).

42. El Banco Mundial tiene un programa activo de apoyo en el área de salud en Argentina, a partir de préstamos: a) Reforma de las Obras Sociales y el PAMI, así como también el fortalecimiento del marco regulatorio de las obras y los sistemas pre-pagos (PROS - Programa de Reforma de las Obras Sociales y SAL -Préstamo Especial para el Ajuste Estructural); b) Fortalecimiento del sistema provincial de salud pública (PRESAL Programa de Reforma del Sector Salud Provincial); c) Reforma del sistema provincial de seguros de salud como parte de un programa más amplio de reformas [Programa de Reforma Provincial II]; d) Mejoramiento de la nutrición y la salud materno-infantil (PROMIN) (La Salud en Argentina, "Luchando contra la pobreza, a través de una mejor salud" http://alc.gdln.org/sectores/salud/documentos/Lavadenz_BancoMundial_mortalidad_i (consultada 15 de diciembre de 2003).

43. Ponencia presentada por Ernesto Báscolo en las "Jornadas sobre Seguros Públicos de Salud", promovida por la Asociación Médica de Rosario y el CEES, Rosario, Argentina, Mayo de 2003.

De acuerdo con lo firmado en los préstamos para los programas sectoriales, el gobierno argentino se comprometió a reducir drásticamente los índices de mortalidad infantil y materna mediante acciones específicas y focalizadas a escala nacional, garantizar el acceso de toda la población a los medicamentos y procurar la adquisición de los insumos indispensables para la prevención de las enfermedades, recuperación o rehabilitación de la salud de todos los argentinos. En este contexto, una de las primeras medidas adoptadas por el Ministerio de Salud fue la implementación del Seguro Público Materno Infantil, de vocación universal y que comenzó a funcionar, en una primera etapa, en la provincia de Jujuy, sin grandes resultados, y más recientemente se está intentando implementarlo en la provincia de Buenos Aires. Los paquetes de intervenciones son variados y autónomamente definidos por las provincias. Pero se pretende que su cobertura se extienda, en un futuro próximo, al conjunto del país (PNUD, 2003).

EL CASO DE MÉXICO

A ejemplo de lo que ocurrió en otros países de la región latinoamericana, la reforma del sector salud coincide con las políticas de ajuste estructural, cuando el gobierno acepta las condiciones de los bancos acreedores, y que incluyen un nuevo papel para el Estado en el sector social, inclusive en el de salud. Asimismo, está articulada a la reestructuración del Estado y del modelo de desarrollo todavía en curso. *Las condiciones impuestas por el ajuste estructural, en cierta medida, coincidían con los intereses [del gobierno] ... el Programa Inmediato de Reordenamiento (PIRE) anunciado en 1982, fue un indicador de que el gobierno mexicano había aceptado el severo programa del FMI, conocido como “plan de choque ortodoxo”, que repercutió de forma importante en el sector salud* (Pego y Villafuerte, 2003:5). Los recursos destinados a la salud y al sector social disminuyeron de manera importante y los programas sufrieron discontinuidades. La llamada Reforma Estructural (1982-1988) representó cambios en la Constitución, en la Ley de Salud y en la Ley Orgánica de la Administración Pública. Uno de los programas más importantes de ese período, formulado para superar los estragos provocados por la política económica fue el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASPA), cuya negociación fue iniciada en 1987 y duró hasta noviembre de 1989. Con este Programa se *inicia una nueva dinámica de resolver los problemas de pobreza a través de la focalización en grupos de extrema pobreza con recursos de préstamos del Banco Mundial y del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento ...[ese Programa] también representó el inicio de una tendencia a atender los graves problemas de salud pública a través de un paquete cerrado de servicios que no son definidos a partir de una demanda de los beneficiarios potenciales, sino por grupos técnicos del*

gobierno y de los organismos internacionales de financiamiento (Pego y Villafuerte, 2003:9-10).

A mediados de los años 90, el nuevo Programa de Reforma del Sector Salud inaugura otra etapa en ese proceso. La nueva reorganización sectorial reflejaba el proyecto del grupo de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) basado en el modelo teórico llamado “Pluralismo Estructurado” (Almeida, 1999; Pego y Almeida, 2002), lo que implicó conflictos y ajustes a la propuesta inicial. Se retoma entonces la propuesta de descentralización *aunada a la introducción de un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS) a través del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), financiado por el Banco Mundial, de carácter asistencial y selectivo, para llevar servicios a las zonas de mayor marginalidad* (complementado con) *el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) dirigido a las familias en extrema pobreza bajo la estrategia de la corresponsabilidad condicionada a las familias beneficiadas a un conjunto de obligaciones* (Pego y Villafuerte, 2003:11). Al mismo tiempo, la tendencia al aumento de la participación del sector privado y de las aseguradoras se consolidó y fueron creadas las Instituciones de Servicios Especializados en Salud (ISES), para articular los prestadores de servicios con los “consumidores”, para regular el mercado de seguros médicos privados. Concomitantemente, se aplica la reforma de la Ley del Seguro Social, instituyendo cuotas únicas para todos los asegurados y transfiriendo la gestión de los fondos de la seguridad social al sector privado. Entre tanto, todos esos cambios introducidos no fueron capaces de promover una nueva organización sectorial (Idem).

A principios de 2002, como parte del proceso de reforma del sistema de salud, se puso en operación un programa piloto en cinco estados, denominado Seguro Popular, que consistía en la aplicación de un subsidio público para el financiamiento de prestaciones de salud para familias que no tenían ningún tipo de seguro social.

En abril de 2003, el Congreso de la Unión aprobó reformas a la Ley General de Salud, con lo que se creó el Sistema de Protección Social en la materia, que es complementario de la seguridad social, y está enfocado a las personas no asalariadas que no tienen la protección del Instituto Mexicano de los Seguros Sociales (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE). Estas reformas dan nacimiento formal al Seguro Popular (SP), cuya propuesta es que sea implementado en todas las entidades federativas de la República.

La afiliación al Seguro Popular será gradual durante siete años, en cada uno de los cuales se incorporará 14,3% de los beneficiarios potenciales; es voluntaria y las cuotas tripartitas – una parte la cubre el gobierno federal, otra el gobierno estatal y cada familia hace una contribución de acuerdo con sus posibilidades económicas. El servicio médico es proporcionado por las Secretarías Estatales de Salud.⁴⁴ En realidad, se configura como un subsidio público.

44. Secretaría de Salud de México, <http://www.ssa.gob.mx/seguropo.htm> (consultada 15 de diciembre, 2003).

Este programa de aseguramiento para la asistencia médica otorga un paquete de servicios que reduciría potencialmente el gasto directo de bolsillo y el gasto catastrófico en problemas de salud que ponen en riesgo de empobrecimiento a las familias que menos tienen, supuestamente protegiéndolas ante las enfermedades.

En síntesis, el Seguro Popular de Salud tiene como objetivo general brindar una cierta protección financiera a la población no derechohabiente, mediante un seguro público de salud, voluntario, con co-participación financiera del ciudadano. Sus objetivos específicos explicitados por el gobierno son: disminuir el gasto privado de bolsillo, reducir riesgos de empobrecimiento de familias vulnerables, fomentar la atención oportuna de la salud, fortalecer el sistema público de salud, superar la brecha entre derechohabientes de la seguridad social y los que no lo son y contribuir a superar inequidades y rezagos en la distribución del gasto entre entidades federativas.

Pero hasta la fecha, si bien se ha desplegado una amplia propaganda del seguro en todos los estamentos gubernamentales, se ha generado un gran debate y fuerte rechazo por parte de los gremios de la salud y de otros actores sociales, por considerar que se ha retrocedido en el tema de la seguridad social de la salud, al solicitar a las familias que inviertan financieramente en una seguridad que el Estado por derecho constitucional les debe brindar.

Asimismo, recién está comenzando su implementación, y al finalizar 2003 la cobertura llegó a 623 mil familias, cifra que representó 2,5 millones de habitantes en 24 estados. Hasta enero de 2004, son 11 las entidades federativas incorporadas a este programa. Se espera que en el ámbito Nacional, en 2004 se alcance la meta de afiliar a 1.700.000 familias.

ALGUNAS OBSERVACIONES

El poco tiempo del proceso de implementación de esos seguros en la región y el fracaso de esas iniciativas en algunos países aún no permiten evaluaciones más concluyentes.

Sin embargo, por lo discutido anteriormente, confirmamos que, en términos generales, históricamente en América Latina los sistemas de salud se caracterizan por una importante fragmentación y una gran segmentación, ya sea en el financiamiento o en la prestación de servicios. La seguridad social universal nunca fue efectivamente consolidada en la región, excepto en algunos pocos países (como Costa Rica), lo que hace del sistema de aseguramiento social en general, y en salud en particular, una estructura compartimentada, que limita las posibilidades de partición de riesgos entre distintos grupos sociales o con diferentes necesidades de salud, y transferencias de ingresos entre subsectores (Maceira, 2001, 2003; Almeida, 2002). Además, *las alternativas de aseguramiento o subsidios diseñadas en la región no consideran la necesidad de estos mecanismos* [o no logran implementarlos], *limitando temporalmente su impacto.* (Maceira, 2003:2). Los ejemplos son frecuentes en toda región (Bolivia, Argentina, Chile, Colombia, Uruguay,

entre otros). Los esquemas implementados carecen de sustentabilidad financiera, terminan por estimular la selección adversa de los usuarios y la selección de riesgo por los aseguradores, promoviendo la consolidación (o creación, como en Chile y en Colombia) de sistemas duales de aseguramiento (o todavía más fragmentados). El subsistema público solidario resulta “descremado” por los aseguradores privados, y sobrecargado por la demanda de atención, reduciendo bastante (o impidiendo) la posibilidad de articulación de una respuesta equitativa ante las necesidades de la población.

Un seguro social se define a partir de por lo menos cuatro características (a partir de Maceira, 2003:2; Almeida, 2003): a) patrón definido de beneficiarios; b) establecimiento de un paquete conocido y accesible de servicios, disponible para cualquier usuario del sistema (o ciudadano); c) criterios de aseguramiento universal en el diseño del sistema de atención, en el manejo financiero de los fondos y en la organización de los aseguradores y prestadores de servicios, de modo que se identifiquen subsidios cruzados entre usuarios sanos y enfermos; y d) criterios de solidaridad en la constitución y manejo financiero de los fondos, con existencia de subsidios cruzados entre grupos de mayores y menores ingresos, siendo esta última característica la que distingue a un sistema de aseguramiento tradicional o privado de un sistema social de seguros de salud, o un seguro público de salud.

Ninguno de esos “seguros públicos de salud” o “seguros materno infantiles” que vienen siendo implementados en la región cumple con los requerimientos mínimos que identifican la noción de seguro social, como vimos brevemente en los casos presentados. En realidad, esas iniciativas utilizan el nombre de “seguro público” sin ningún significado conceptual, pues constituyen *esencialmente variedades de subsidios* (Maceira, 2003:4), o sea, la definición de un paquete de servicios básicos para grupos específicos de la población, como forma de intentar mitigar las graves consecuencias de la pobreza y de la falta de cobertura en términos de política social (y de salud).

Asimismo, las experiencias latinoamericanas con esas formas de focalización no han sido efectivas, por varios motivos entre los cuales resaltamos;

1. Privilegiar y fortalecer sistemas de salud duales en sociedades ya marcadas por segmentaciones perversas, o sea, esas propuestas apuntan a una resegmentación en las segmentaciones estructurales ya existentes.
2. Estigmatización de grupos específicos, con el rótulo de la pobreza, con el riesgo de que no se inscriban en el beneficio.
3. Riesgos de empeoramiento de la ineficiencia y de la calidad de la atención, toda vez que esos paquetes de servicios son insuficientes para atender las necesidades de atención de los grupos de beneficiarios, tienden a estimular la demanda y aumentar los costos de forma diferenciada, engrosando las referencias para el sector

- público, sobre todo en las intervenciones más sofisticadas y más caras.
4. Dificultades en la definición de la elegibilidad de los beneficios diferenciados, en los más necesitados (pobres), y de la composición de los “paquetes”, debido a que se deben hacer inversiones en sistemas de información e identificación de beneficiarios.
 5. Problemas de incentivos, segmentación, fragmentación y pluralidad de fondos, generando comportamientos oportunistas e incentivos cruzados perversos, consolidando o reafirmando las desigualdades históricas y afectando la equidad del sistema.
 6. Dificultades de sustentabilidad de las iniciativas pues, en general, son financiadas con fuentes externas, recursos parciales y limitados en el tiempo. Además, hay pérdida de apoyo a largo plazo de los grupos sociales más activos en términos de capacidad de verbalización de demandas (estos grupos están localizados en el mercado formal o en la clase media y son cerca de 30 a 35% de la población de la región), estimulados a comprar seguros de salud privados y cada vez más empobrecidos e insatisfechos con los impuestos a pagar.
 7. Problemas con costos de inversión y de transacción (administrativos y operacionales) que deben tomarse en cuenta, dada la restricción de recursos y las limitaciones de la organización institucional.
 8. Consolidación de la hegemonía del modelo médico tradicional, dado que los paquetes se concentran en la asistencia médica, relegando las medidas de salud pública, de prevención de la enfermedad y de protección de la salud a un plano secundario.

Aunque la definición de un paquete de intervenciones en el ámbito de la asistencia médica pueda constituir una herramienta programática eficaz en países con enormes déficit de cobertura de salud de la población y, en algunos casos, los seguros originalmente focalizados hayan sido ampliados (como en Bolivia, pero con posterior retroceso, y como las propuestas de alguna de las provincias de Argentina, todavía en elaboración), la no-articulación efectiva con el sistema de salud y sus distintos niveles de complejidad, la falta de coordinación y cooperación entre los distintos prestadores (públicos y privados), además de la incapacidad técnica de implementación, sobre todo en términos de monitoreo y evaluación, hacen que *esos instrumentos resulten válidos como aplicaciones de corto plazo, en la medida que no revisten características de aseguramiento [social efectivo], y sus fuentes de financiamiento no son sustentables en el tiempo. Su combinación con mecanismos estructurales requiere de esfuerzos adicionales de políticas de salud y económicas* (Maceira, 2003:21).

9 Los estudios de caso –Colombia, Brasil, Chile, Costa Rica y Belice– una breve comparación

Como parte de este trabajo fueron realizados cinco estudios de caso, con el objetivo de discutir los distintos procesos de reforma en los sistemas de servicios de salud y, en ellos, la cuestión de la salud sexual y reproductiva. Los países estudiados fueron: Chile, Colombia, Brasil, Costa Rica y Belice. La elección de estos países se dió en función de sus especificidades, ya sea en relación con los diferentes procesos de reforma sectorial, o en relación con la SSR.

Presentamos a continuación una síntesis de los estudios de caso y un breve análisis comparativo de los principales hallazgos *vis a vis* el marco teórico y conceptual que desarrollamos a lo largo de este trabajo. Pero algunas observaciones previas son necesarias, para entender tanto el ámbito, la magnitud y la profundidad de cada uno de estos estudios, como la breve comparación elaborada.

El primer punto a destacar es que esta parte del trabajo tiene limitaciones metodológicas, que se reflejan en los resultados obtenidos, pues los estudios de caso se hicieron por distintas autoras, en diferentes países, concomitantemente con la discusión del marco teórico general y el análisis crítico de la bibliografía ya producida sobre el tema.⁴⁵ En otras palabras, no hubo una discusión previa del marco teórico que orientara la elaboración de los estudios de caso, ni una instancia conjunta de discusión entre la investigadora principal y coordinadora del trabajo y las diversas autoras de los estudios de caso, aunque hubo, sí, un esquema único a ser seguido por todas en la elaboración de los casos y, en la medida de lo posible, se mantuvo una comunicación constante, en general “a distancia”, entre la coordinación y las diferentes autoras. Esa fue la opción posible, toda vez que no había tiempo suficiente para desarrollar las dos etapas de forma simultánea, lo que hubiera sido deseable y metodológicamente más correcto.

Por tanto, estos estudios, y la comparación que sigue, son aproximaciones bastante preliminares, debido a que la decisión tomada fue la de que los casos serían básicamente descriptivos y servirían de sustento para una discusión posterior más profunda de un marco teórico que permita relacionar analíticamente los procesos de cambio en los sistemas de servicios de salud y el área de SSR

El segundo punto a destacar es que las síntesis de los casos

y la breve comparación aquí presentada pone en consideración el análisis regional más general efectuado en este trabajo, así como también agrega elementos de nuestra experiencia con el estudio de los procesos de reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Pero, en lo que toca con el área de SSR el análisis está fundamentalmente basado en los datos elaborados y presentados en cada uno de los casos, pues no ha sido posible, en esta etapa, una mayor profundización de la discusión de cada país estudiado.

Presentamos a continuación una síntesis de los puntos centrales de cada caso y después hacemos una comparación entre ellos. La idea de este sumario no es repetir lo que los casos analizan con mucho más detalle, sino destacar los hechos y datos que nos ayudan a identificar proximidades y diferencias.

UNA SÍNTESIS DE LOS ESTUDIOS DE CASO

CHILE

Chile es uno de los países de América Latina y el Caribe que presentan muy buenos indicadores de desarrollo económico y social. Después de períodos de inestabilidad a partir de mediados de los años 70 en adelante, desde 1987 hasta la fecha el país ha mantenido un continuado proceso de crecimiento económico con grados crecientes de integración a la economía mundial, con aumento constante tanto de la inversión extranjera directa y financiera como de la inversión chilena en el exterior. Las exportaciones también crecieron a una tasa promedio de 9,3%, básicamente centrada en productos tradicionales (celulosa, harina de pescado, fruta fresca, vino y otros) y cobre, el principal producto nacional, exportado sin manufacturar.

Diferente de la mayoría de los países de la región, en la década de los 90, el PIB creció en promedio 6,5% pero, en el inicio de los años 2000, presentó una baja importante, como repercusión de la crisis internacional de 1998, la que repercutió negativamente en todos los indicadores económicos, no obstante que entre 2000 y 2002 el crecimiento del PIB fue de 3,1% (y en 1999 llegó a -1,1%). Esa reversión de tendencia también se constata en el PIB per cápita, que subió

45. Los estudios de caso fueron elaborados por las siguientes autoras y en distintos países: Chile –María Eliana Labra y Amarilis Tapia; Colombia– Ana Cristina González Vélez y Claudia Lucía Boada Chaparro; Brasil –Celia Almeida y Eliane dos Santos Oliveira; Costa Rica– Raquel Abrantes Pêgo; y Belice –Raquel Abrantes Pêgo y Florence Lise Théodore–.

de US\$1.704 en 1989 a casi US\$5.000 en 1997, pero luego declinó, encontrándose en US\$4.262 en el año 2002. A su vez, la inflación, que era tradicionalmente de dos dígitos, desde el año 1994 ha venido declinando, manteniéndose en torno 2,6% en 2002 y 2003. En cuanto a la deuda externa, entre 1990 y 2002 pasó de 17.400 millones de dólares a 41 200 millones, pero debe acotarse que mientras la deuda del sector público se redujo en un 29%, la del sector privado creció 482,5% (Mideplan, 2001a; 2003).

En relación con su organización político administrativa, Chile es una República unitaria de gobierno presidencialista, que comprende 51 provincias y 342 comunas agrupadas en 13 regiones, además de la región metropolitana de la capital Santiago,⁴⁶ como resultado del proceso de regionalización iniciado en el año 1974 tendiente a desconcentrar la Administración Central. El Presidente de la República está representado en cada región por un Intendente cuyas funciones son apoyadas por las Secretarías Regionales Ministeriales. La administración provincial la ejerce un Gobernador subordinado al Intendente, y la comunal, correspondiente a la Municipalidad, está a cargo del Alcalde y de un Concejo con carácter resolutivo y fiscalizador que aquél preside. Esos cargos son de elección popular, salvo intendentes y gobernadores que son de nominación presidencial.

En cuanto a su desarrollo político institucional, Chile se tornó república independiente desde 1810 hasta la fecha, y ha pasado por cuatro etapas distintas, en las cuales se crearon y consolidaron las instituciones democráticas, se elaboró y promulgó una Constitución liberal moderna, y se perfila un sistema de partidos políticos que abarca todo el espectro ideológico. Entre 1925 y 1973 se gesta una creciente movilización popular, con la formación de una coalición de centro-izquierda (que gobernó el país entre 1938 y 1952) y la extensión de los derechos civiles, políticos y sociales. Asimismo, en ese mismo período, nace y se consolida el sistema de seguridad social.

Después de 140 años de progresivo avance, el sistema político democrático fue bruscamente interrumpido con el golpe militar de septiembre de 1973 que desalojó del poder al Presidente de la República Salvador Allende y colocó en su lugar al general Augusto Pinochet. Bajo su comando, durante 17 años el país vivió en un clima de zozobra, intensificado por las crisis internacionales de 1974 y 1982.

Partiendo del principio de que el mercado es más eficiente en la asignación de recursos que el Estado y, por tanto, a éste cabe un rol puramente subsidiario, el gobierno militar y economistas neoliberales sometieron la institucionalidad, la economía, la sociedad y la cultura de la nación a profundas transformaciones que fueron refrendadas en la nueva Constitución de 1980.

En el plano económico, el país se insertó en los mercados internacionales, se diversificaron las exportaciones y se modernizó la agroindustria, a la vez que se privatizaron empresas estatales y servicios públicos. En el campo social, los fondos de las cajas de previsión fueron transferidos a administradoras privadas lucrativas y se abrió el mercado a empresas comercializadoras de planes de salud, como será examinado más adelante. En lo societario, fueron extintas las agremiaciones partidarias y cohibidas las organizaciones sociales en general. En el ámbito cultural, la diseminación de valores individualistas, consumistas y disciplinarios (y a veces represivos), debilitó arraigadas tradiciones de pertenencia, solidaridad y participación.

La Constitución de 1980 preveía la realización de un plebiscito en octubre de 1988, mediante el cual la ciudadanía decidiría respecto de la continuidad, o no, de Pinochet. Como el pueblo lo vetó, durante el año 1989 la oposición negoció intensamente reformas constitucionales que permitiesen la elección libre y soberana de los nuevos dirigentes. Con éstas, realizadas a fines de ese mismo año, comenzó la transición a la actual fase de la evolución política de Chile.

El retorno a la democracia ocurrió en marzo de 1990, bajo el liderazgo de la “Concertación de Partidos por la Democracia”. Esa coalición de centro-izquierda conquistó la presidencia de la República y la mayoría de los sillones del reabierto Congreso Nacional. Desde entonces a la fecha, la Concertación ha elegido tres presidentes, de los cuales los dos primeros eran militantes de la Democracia Cristiana,⁴⁷ y el actual –Ricardo Lagos– del Partido por la Democracia (PPD), del campo socialista, y cuyo mandato termina en 2006.

Las prioridades de la Concertación han sido: mantener el modelo económico, disminuir las inequidades sociales heredadas del régimen militar y abordar con transparencia la cuestión de los derechos humanos. Sin embargo, no ha sido posible emprender reformas institucionales de fondo en esferas vitales para la convivencia democrática y la justicia social, debido a las rígidas cláusulas de la Constitución de 1980 y cuyos cambios encuentran freno en el predominio conservador del Senado. En otras palabras, gran parte de la institucionalidad montada por el gobierno militar continúa vigente, a pesar de avances relevantes en las áreas sociales.

A pesar del desarrollo económico, en los últimos 30 años la desigual distribución del ingreso de las familias chilenas no ha variado significativamente. Más aún, la concentración de la renta se mantiene muy alta: en 2000, mientras el 10% de los hogares más ricos alcanzaba una participación en el ingreso monetario en torno a 41%, el 10% más pobre recibe solamente 1,5%, lo que hace que la razón del ingreso familiar entre el 20% superior y el 20% inferior llegue a 15,3 veces. Esa disparidad es confirmada por el Informe sobre Desarrollo Humano 2003, según el cual la distribución del ingreso

46. Las regiones, de norte a sur, son Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, Santiago, Libertador General Bernardo O'Higgins, Maule, Biobío, Araucanía, Los Lagos, Aysén y Magallanes y la Antártica Chilena.

47. Los presidentes fueron: Patricio Aylwin (1990-1993) y Eduardo Frei Ruiz-Tagle (1994-2000).

familiar, medida por el Índice de Gini, es de 5,61 (PNUD, 2003).

Entretanto, debe señalarse que los niveles de pobreza absoluta y de indigencia bajaron a la mitad en los años 90, pasando de 38,6 y 12,9%, respectivamente en 1990, a 20,6 y a 5,7% de la población, en 2000. O sea, es de resaltar que 80% de los chilenos se encuentra por sobre la línea de pobreza (Mideplan, 2003). El total de no pobres aumentó en 18 puntos porcentuales entre 1990 y 2000, y no se observa diferencias significativas referentes a la pobreza en las cifras para hombres y mujeres.

La mejoría en las condiciones de pobreza se puede atribuir en parte a los subsidios monetarios del sector público focalizados en los hogares más pobres,⁴⁸ cuyo impacto redistributivo en el 10% de los hogares más pobres significó un incremento de 31,5% en el ingreso en 2000. Del conjunto de subsidios concedidos, se destaca la Pensión Asistencial (PASIS), que responde por 66% del total. La PASIS se entrega a las personas mayores de 65 años de edad, a los discapacitados físicos mayores de 18 años y a los discapacitados mentales de cualquier edad, carentes de recursos y no acogidos a algún sistema previsional. Los beneficiarios tienen derecho a asistencia médica gratuita en consultorios y hospitales del sistema público de salud y a asignación familiar cuando corresponde. En 2000 la PASIS benefició al 40% más pobre de la población, que retuvo 78,5% del gasto por ese concepto. Es importante notar que las mujeres concentraron 60% del gasto relativo a la PASIS. (Mideplan, 2001c)

A la disminución de la pobreza también ha contribuido significativamente la continuidad de las políticas sociales relativas a vivienda, saneamiento básico y educación, cuyas coberturas son bastantes altas (en general muy por arriba de 90 o casi 100%), así como de programas específicos de salud.

En números aproximados, durante la década de los 90 la participación de los hombres en la fuerza de trabajo tuvo un descenso de cerca de 3,7 puntos porcentuales, mientras que las mujeres aumentaron su participación en 6,9 (Mideplan, 2001b). Así mismo, según informaciones referentes al trimestre octubre-diciembre de 2003, la fuerza de trabajo (población de 15 años de edad y más) llegaba a 53% de la población total, siendo 72,1% hombres y 35,7% mujeres (INE, 2004).

En cuanto a la inserción laboral, en el año 2000 46,4% de las mujeres trabajaba en servicios comunales, sociales y personales, mientras que sólo 17,3% de los hombres laboraba en este sector (Mideplan, 2001b). A propósito de la distribución ocupacional según género, informaciones del Ministerio de Salud sobre la dotación de 2004 de profesionales médicos, dentistas, bioquímicos y químicos farmacéuticos revelan que 65,1% corresponde a hombres y apenas 34,9% a mujeres. Ya en relación con el resto del personal, 27,4% son hombres y 72,6% mujeres.

En lo que se refiere al desempleo, a lo largo de la década de los 90 la tasa promedio de desocupación osciló en torno a 7%, subiendo a 8,5% en 2003. (INE, 2002). Sin embargo, hay grandes disparidades según el rango de edad: en 2003 la cesantía en la faja de 15 a 19 años de edad llegaba a 30,5% y en la de 20 a 24 años era de 23,6%; además, en el trimestre octubre-diciembre de 2003 la tasa de desocupación femenina alcanzaba 8,2%, mientras que la masculina era de 6,7% (INE, 2004).

La participación laboral de hombres y mujeres también presenta diferencias de acuerdo con el estrato social y el nivel de educación: en los estratos medios y altos con mayor educación, la participación de las mujeres es de 47%, mientras que en las mujeres pobres con menos educación desciende a 27,3% (Mideplan, 2001b).

En cuanto a la situación familiar, en 23,1% de los hogares la jefatura es femenina (mujeres solas), y de estos hogares, 16,4% se encuentra debajo de la línea de pobreza (Mideplan, 2001b).

En síntesis, en relación con la situación social y laboral de las mujeres en Chile las principales desigualdades son referidas a: criterios de contratación, oportunidades de capacitación y reciclaje; remuneración menor por trabajo igual al del hombre; segregación y concentración en pocos sectores y en ocupaciones tipificadas como femeninas, o concentración en trabajos atípicos y precarios; escasa participación en la toma de decisiones económicas, pocas posibilidades de promoción y, por ende, alta probabilidad de desempleo y de pobreza (SERNAM 2002).

En síntesis, a pesar de persistentes desigualdades económicas, los principales indicadores sociales globales de Chile han mejorado ostensiblemente durante los años 90, permitiendo que el país haya sido clasificado en el 43° lugar entre el grupo de países con desarrollo humano alto, con un IDH de 0,831 (PNUD, 2003), y a ello ha contribuido la mejoría en el nivel de salud de la población.

Se vienen produciendo cambios acentuados en la dinámica demográfica: la tasa de natalidad es en 2003 de 17,2 y la de fecundidad global de 2,1, mientras que la tasa de crecimiento vegetativo es de 1,3. La esperanza de vida al nacer fue de 72,7 años para los hombres y 78,8 años para las mujeres en 2001. Esta diferencia en el promedio de vida para hombres y mujeres se observa desde hace varias décadas, porque la mortalidad es mayor en los hombres (Schiappacasse *et al.*, 2003:20).

La tasa bruta de mortalidad en Chile comenzó a disminuir significativamente a partir de la década de los cincuenta. Entre 1950 y 1999, decreció de 15 a 5,5/1.000 habitantes. En ese mismo período se produjo un cambio importante en las causas de muerte, disminuyendo la proporción por enfermedades infecciosas y parasitarias y aumentando la de muertes por enfermedades del sistema circulatorio y de tumores malignos

48. Los subsidios monetarios son: pensión asistencial, asignación familiar, subsidio único familiar, subsidio al pago del consumo de agua potable y al servicio de alcantarillado, subsidio de cesantía. (Mideplan, 2001c)

(Schiappacasse *et al.*, 2003:20). Pese a ese descenso, la tasa específica de mortalidad para todas las causas de muertes es mayor en los hombres que en las mujeres. Asimismo, se observa que la mortalidad materna y la mortalidad infantil se encuentran dentro de patrones internacionales considerados muy buenos. En cuanto a la situación nutricional, los datos muestran que, en términos de salud pública, el problema actual radica en el sobrepeso y obesidad de niños y embarazadas, pasando a un segundo plano la desnutrición y el bajo peso.

Desde hace varias décadas, las tasas de mortalidad materna e infantil han experimentado un descenso significativo. En el período 1985-2000, la tasa de mortalidad materna bajó de 5,0 a 1,9/10.000 nacidos vivos. Lo mismo ha ocurrido con la tasa de mortalidad infantil que, entre los años 1990 y 2000, bajó de 16 a 8,9/1.000 nacidos vivos (Schiappacasse *et al.*, 2003:21). Entre los factores que han contribuido a la mejoría de la salud de madres y niños deben mencionarse aquellos atribuibles a la amplia cobertura de servicios en el sistema público de salud y a la continuidad de las atenciones al embarazo, parto y puerperio, con buena calidad técnica y profesional, como también a los niños y niñas en sus primeros seis años de vida. Se destaca que la atención profesional al parto llega a prácticamente a 100%; la detección precoz de cáncer cervicouterino alcanza a 68,3% de las mujeres de 25 a 64 años de edad; el Programa Nacional de Alimentación (PNAC) atiende a 63,7% de las embarazadas y a 67,7% de los niños menores de seis años de edad; y el Programa Nacional de Inmunizaciones presenta una cobertura de 98,5% en BCG y de 94,0% en DTP (Minsal, 2002). A ello se agrega la focalización de acciones de salud en los más necesitados. El PNAC, por ejemplo, en 1998 benefició a 65,8% de los hogares más pobres, los que también concentraron 86,7% de los subsidios a la atención (Mideplan, 2001a).

Chile es actualmente uno de los países de la región y del mundo con los mejores indicadores en el campo de la salud materna e infantil, ubicándose en el lugar 15 entre 117 países en el ranking de los indicadores de salud materna y en el cuarto lugar en los indicadores de salud infantil (Schiappacasse *et al.*, 2003:21).⁴⁹

En cuanto a la mortalidad por causas según sexo, entre las primeras causas de muerte registradas figuran las enfermedades atribuibles a la modernidad (enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias, enfermedades de los sistemas respiratorio y digestivo); en segundo lugar, las tasas relativas a las cinco primeras causas de defunción favorecen a las mujeres, salvo en el sexto grupo de síntomas y señales mal definidos, cuya tasa es levemente mayor.

Por último, cabe subrayar que, según el análisis de la Encuesta Casen de 2000, la mayoría de los chilenos – 65,6% – estima que su salud es buena o muy buena. No obstante, las percepciones difieren según sexo, edad e ingreso. De hecho, a

pesar de que, en relación con el hombre, las mujeres presentan un mejor perfil de salud y una expectativa de vida cinco años más alta, en todos los grupos de edad la respuesta positiva de los hombres supera la de éstas. Lo mismo sucede según el quintil de ingreso, aun considerando que la percepción de una salud buena y muy buena sea directamente proporcional al nivel de renta (Mideplan, 2001d).

En relación con la SSR, como numerosos trabajos han señalado, en Chile predomina un discurso liberal en lo económico y político, pero no existe un discurso articulado de modernidad y liberalidad cultural que dé cuenta de los cambios ocurridos en las relaciones de género, particularmente en el plano sexual. Más bien, lo que se observa es un enfrentamiento entre las opiniones y conductas de gran parte de la población y la retórica de sectores conservadores en temas considerados tabú como el aborto, la anticoncepción de emergencia, la esterilización quirúrgica, la diversidad de orientación sexual y la educación sexual, por ejemplo, para no mencionar el divorcio, que recién ahora encuentra vías de solución parlamentaria, después de una década de polémicas muy ilustrativas de los valores tradicionales que imperan en el país.

De hecho, reciente encuesta de opinión pública entregó interesantes resultados que confirman las contradicciones entre el discurso hegemónico y lo que piensan los chilenos. Por ejemplo, 80,2% es favorable al divorcio; 93% apoya que hombres y mujeres compartan las tareas del hogar y el cuidado de los hijos, 65% acepta relaciones sexuales antes del matrimonio, y 57% aprueba la legalización del aborto (Flacso, 2001). Esas posturas muestran que se han producido cambios en las prácticas sexuales y en los comportamientos reproductivos de las chilenas y de los chilenos, que se expresan con mayor fuerza en los grupos más jóvenes, como viene mostrando la Encuesta Nacional de la Juventud desde 1994.

Así, un primer aspecto a resaltar es la iniciación sexual más temprana en ambos sexos en relación con las generaciones mayores: la mayor parte de quienes se entrevistó (62,6%) tuvo su primera relación sexual entre los 15 y 18 años de edad, existiendo 13,7% de ellos que tuvo su iniciación antes de los 15 años. Así también, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales de los jóvenes fue de 16,2 años y de 17,8 años en las adolescentes. Más aún, el porcentaje de todos los jóvenes que inicia relaciones sexuales entre los 15 y 29 años de edad aumentó de 66 a 74 entre los años 1994 y 2000. Además, cuanto más elevado es el nivel socioeconómico y educativo, más tardía es la iniciación sexual, lo que es particularmente marcado en el caso de las mujeres.

El tema es de gran importancia por el hecho de que en los últimos años el embarazo adolescente ha aumentado y se ha transformado en motivo de amplio debate en el país, agudizado por la resistencia de muchos establecimientos

49. Save the Children. "The complete Mother's Index and Country Rankings. EUA. <http://www.savechildren.org/sown2003/MothersIndex.pdf> (consultado: 06/05/2003).

educacionales a aceptar las disposiciones de la nueva ley de 2000 que garantiza a las jóvenes embarazadas la continuidad de sus estudios. Es importante señalar que, a pesar de la disminución de la tasa general de fecundidad y de que la tasa de fecundidad de las mujeres entre 15 y 19 años de edad ha bajado de cerca de 54 a 45 nacidos vivos por cada mil mujeres en el largo plazo (período 1960-2002), en el período 1992-1998 se observa un significativo aumento de este indicador en las adolescentes menores de 18 años de edad, y el peso relativo de la fecundidad adolescente (menores de 20 años de edad) ha aumentado. Del total de nacimientos del año 1978, 13% correspondía al grupo de madres menores de 20 años de edad, mientras que en 2001 el 16,2% de los nacimientos correspondió a ese mismo grupo. (Minsal, 2003). En ese cotejo se debe considerar que parte de los embarazos que se iniciaron a los 19 años de edad y terminaron cumplidos los 20 años, no fueron registrados como embarazo adolescente, por lo que existe un subregistro del evento. Comentario aparte merece el hecho de que muchos embarazos adolescentes terminan en aborto (espontáneo o inducido) y, como este evento sólo es registrado en caso de egreso hospitalario, la real dimensión del problema es desconocida. Otro análisis llamativo es que las tasas de fecundidad en adolescentes presentan importantes variaciones geográficas y por estrato socioeconómico, siendo bastante más altos en las comunas y estratos sociales más pobres.

En cuanto a la anticoncepción, en Chile no se dispone de informaciones globales sobre el uso de métodos anticonceptivos (MAC) debido a que sólo se cuenta con los datos suministrados por los servicios públicos de salud. Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, realizada por el Ministerio de Salud en 1999, 47% de las personas utilizaba algún MAC, siendo el anticonceptivo oral (ACO) y el dispositivo intrauterino (DIU) los métodos más utilizados. A su vez, la Segunda Encuesta Nacional de la Juventud, de 1997, mostró que 57% de los jóvenes usaban MAC modernos (preservativos, ACO), 17% los métodos tradicionales (calendario, coito *interruptus*) y 26% no usaba ninguno, proporción ésta que sube a 31% en el año 2000.

En resumen, las encuestas arriba mencionadas revelan que a pesar de la intensificación de la difusión de los MAC por las campañas de prevención del SIDA, y del mayor acceso a ellos, la generalización de su uso tanto en adultos como en jóvenes depende del *status* socioeconómico y del nivel educativo de los individuos. Aun así, se observa que más de un tercio de todos los entrevistados usa MAC de forma esporádica o nunca los emplea.

En relación con la cobertura del Programa de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, los servicios públicos distribuyen MAC a todas las mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad), por lo cual se excluye a las y los adolescentes menores de 15 años. Y sobre la esterilización quirúrgica voluntaria, desde 1975 regía en el sistema público de salud una normativa que permitía a las mujeres acceder a la esterilización quirúrgica bajo las siguientes condiciones: existir alguna situación médica justificada; tener más de 32 años de edad (disminuyendo a 30 si hay riesgo obstétrico); y/o

cuatro hijos vivos; además de tener el consentimiento del marido. En 2000, esta reglamentación fue modificada permitiendo que hombres y mujeres puedan esterilizarse sin otro requisito más que su propia decisión y voluntad.

La tasa de mortalidad materna es baja –los datos muestran el descenso gradual y continuo de la mortalidad materna por todas las causas y de las muertes por aborto entre 1960 y 2000– y ello a consecuencia de una sostenida reducción a partir de la década de los 60 como resultado de las políticas sanitarias de protección y cuidados de la madre y el niño.

En Chile el aborto está penalizado en todos los casos, sin excepción y el número real de abortos es desconocido exactamente porque su práctica está penalizada (Schiappacasse *et al.*, 2003:40). Así mismo, los estudios demuestran que el aborto es la tercera causa de muerte materna, siendo las causas obstétricas directas y la hipertensión gestacional la primera y segunda causa, respectivamente. Las complicaciones del aborto causan cerca de 20% de las muertes, a pesar de la dura penalización a quien lo practica. No existen datos oficiales ni actualizados sobre el número de abortos practicados en Chile, motivo por el cual la literatura sobre el tema aún refiere un estudio de 1990 publicado por el Instituto Alan Guttmacher, cuyos datos sobre Chile son los utilizados en publicaciones actuales. Es así como, con base en las estimaciones para aquel año, de los países latinoamericanos investigados, Chile tendría una tasa promedio anual de 50 abortos por 1.000 mujeres de 15 a 49 años de edad, la segunda más alta de América Latina, después de Perú, con 56 abortos (Deschner y Cohen, 2003).

En todo caso, al analizar las estadísticas oficiales se observa que, tanto la mortalidad materna y la mortalidad específica por abortos, como las hospitalizaciones por este motivo vienen registrando un continuo descenso que se refleja en los indicadores generales de salud (Minsal/Deis, 2003b). Las tasas de mortalidad por aborto disminuyeron drásticamente después de que se inició el Programa de Planificación Familiar en Chile en la década de los 60 (de 10,7 a 0,5 muertes/10.000 nacidos vivos entre 1960 y 2000 (Schiappacasse *et al.*, 2003:41).

En Chile, cerca de 60% de las infecciones de transmisión sexual notificadas corresponden a mujeres, principalmente trabajadoras sexuales y dueñas de casa. La mayoría es de mujeres entre 15 y 49 años de edad y una de cada tres tiene menos de 25 años. A partir de 1999, comenzó el nuevo Sistema de Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual, donde seis servicios de Salud –denominados Centros Centinelas de Enfermedades de Transmisión Sexual– reciben las notificaciones obligatorias. Existe también el Plan Nacional para la Eliminación de la Sífilis Congénita, que obliga a la notificación de los casos de sífilis en el embarazo en todos los servicios de salud del país. Además, se realizan exámenes de detección de sífilis en los siguientes controles: ginecológicos, salud del adulto y comercio sexual y en personas que consultan por otras infecciones de transmisión sexual (Minsal/Convida, 2000; Schiappacasse, 2003).

La tasa de incidencia acumulada del SIDA era de 37,1 casos

por cien mil habitantes en 2001. El grupo de edad más afectado es el de hombres y mujeres entre los 20 y 49 años de edad, con cerca de 85% de los casos. En los últimos años se han incrementado los casos en mujeres (feminización de la epidemia), disminuyendo la relación hombre/mujer desde 28,4/1 en 1990 a sólo 8.4/1 en 1997 (Minsal/Consiada, 2001). La principal vía de transmisión es la sexual (93,8%), luego la sanguínea (4,6%) y la transmisión de la madre al hijo (1,5%), y existe una Comisión Nacional del SIDA para tratar el problema. La evolución de epidemia del SIDA hacia la heterosexualización indica un crecimiento relativo mayor a través del tiempo de casos transmitidos por relaciones sexuales entre hombres y mujeres, comparado con los casos transmitidos entre hombres. La Ley de VIH/SIDA, aprobada el 17 de diciembre de 2001, constituyó uno de los primeros hitos de formulación y propuestas en el que organizaciones de la sociedad civil trabajaron en conjunto con miembros del poder legislativo, y la idea matriz de inspiración de la Ley se basa en el paradigma de los derechos humanos (la afirmación del derecho de los individuos de no ser discriminados ni restringidos, y de tener acceso a la atención en salud, situaciones éstas dependientes y no contradictorias), remplazando el paradigma de lo "infecto-contagioso" (Schiappacasse, 2003:51).

El cáncer de mama y el cáncer cervicouterino representan la segunda y cuarta causa de muerte, respectivamente, por tumores malignos en mujeres. En las mujeres de 35 a 64 años de edad, el cáncer cervicouterino, junto al de mama, representan 40% de las muertes por cáncer (Minsal, 2003; Minsal/Deis, 2003b). Los datos demuestran que mientras han aumentado las defunciones de mujeres por cáncer de mamas, las causadas por cáncer cervicouterino han experimentado una disminución que puede atribuirse a la cobertura de los exámenes de prevención de esa enfermedad, como ya fue visto al abordar los indicadores de salud.

De acuerdo con el análisis de la Encuesta CASEN 2000, el examen de PAP presentó un importante aumento en la cobertura de las mujeres de 25 a 64 años de edad, desde 50,3% en 1990 a 68,2% en 2000. En ambos años la cobertura del examen se distribuyó entre los quintiles de ingreso de forma similar. Nótese que el mayor aumento de cobertura se produjo en el sistema público de salud, que pasó de 48,2% en 1990 a 67,9% en 2000 (Mideplan, 2001d).

En el caso de los hombres, el cáncer de próstata representa la tercera causa de muerte por tumores malignos, cuya tasa, además, ha venido subiendo en los últimos años: en 1997 se registraron 1.126 muertes y 1.285 en 2001. En 1999 se registraron 4.529 intervenciones por tumor prostático en el sistema público en todo Chile y se cuenta con una lista de espera de más de un millar de casos (Minsal, 2003).

La menopausia es un tema aún poco conocido y entendido en Chile, por lo que se acepta fácilmente su medicalización. A partir de 1997, el Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud incorporó consultas especializadas en materia de climaterio, introduciendo un modelo de atención específico. Su objetivo es prevenir y detectar las patologías más

frecuentes en este período del ciclo vital de la mujer. Pero, no se ha tenido acceso a información que muestre la evolución y los alcances de estas actividades. Considerando los múltiples aspectos relacionados con esta condición, existe una gran desprotección social de las mujeres adultas mayores porque en su mayoría no han integrado la fuerza de trabajo o forman parte de los estratos más pobres. A partir del año 2000 se estableció la gratuidad en todo tipo de atención de salud en los establecimientos públicos para las y los mayores de 65 años de edad inscritos en sus servicios, lo que ha ayudado a disminuir la desprotección y las inequidades resultantes, pero aún se presentan muchas deficiencias.

En relación con la violencia intrafamiliar, durante el año 2000, de las personas afectadas por actos de violencia 90% fueron mujeres, 5,9% hombres, 1,8% niñas o niños y 0,9% ancianas o ancianos. En relación con la violencia conyugal, el mismo estudio reveló que la mitad de las mujeres actual o anteriormente casadas o convivientes han experimentado situaciones de violencia conyugal alguna vez en su vida, correspondiendo 16% a violencia psicológica y 34% a violencia física y/o sexual. Además, se verificó que la violencia física y/o sexual disminuye a medida que aumenta el nivel educativo (SERNAM, 2002b). De acuerdo con esa misma fuente, las mujeres que han experimentado violencias por parte de la pareja presentan concomitantemente un mayor número de trastornos en su salud mental que las que no sufrieron ese tipo de abuso. Las mujeres que han sido objeto de violencia revelan con mayor frecuencia un menor uso de MAC, una mayor oposición de la pareja a que utilicen algún MAC y a que él mismo utilice alguna alternativa. Junto con esto, presentan una mayor proporción de embarazos no deseados. Según el Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS), en Chile se producen 20.000 delitos por abuso sexual al año, y 8 de cada 10 delitos sexuales practicados no son denunciados (efecto de la "victimización secundaria") (SERNAM, 2000b). A pesar de los esfuerzos desplegados en los últimos años por las autoridades para facilitar las denuncias contra agresiones, las mujeres no poseen toda la información necesaria respecto de cómo y dónde presentar denuncias, y los mecanismos de difusión y promoción sobre ese problema no son suficientes y no alcanzan a las más necesitadas.

En Chile, la prostitución no es considerada un delito. El consentimiento de las personas para el acto sexual prevalece en lo referente a la ley y excluye la posibilidad de sanción, excepto para la prostitución del menor de edad. El Código Sanitario, en cambio, se refiere indirectamente a esa actividad al definir normas relativas al control y tratamiento de las ITS, por lo cual las trabajadoras sexuales poseen una credencial sanitaria que deben mantener al día.

En síntesis, durante la década de los 90, se han emprendido relevantes iniciativas en el campo de los Derechos de la Mujer y de la SSR. La primera de ellas fue el "Plan de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, 1994-1999", que consagró la necesidad de incorporar la equidad de género en el conjunto de las políticas públicas. La Segunda se

refiere al “*Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, 2000-2010*” (SERNAM, 2000). En ese contexto, se han experimentado significativos avances en el plano legal con la aprobación de leyes emblemáticas, como la de Violencia Intrafamiliar (1994), la de Filiación (1998), la relativa a reforma a la Constitución Política para explicitar en la Carta la igualdad jurídica entre mujeres y hombres, además de otras siete leyes destinadas a proteger a las trabajadoras en el ámbito laboral. En esa dirección se destaca el Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos presentado a la Cámara de Diputados en octubre de 2000, y que tiene por objeto establecer las normas jurídicas básicas destinadas a respetar y asegurar los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Es igualmente importante subrayar que el SERNAM está construyendo un banco de datos virtual (Infoteca) sobre las varias dimensiones relacionadas con la mujer y que hoy constituye una fuente fundamental para investigar el tema.

En relación con el sistema de salud, su evolución en Chile ha acompañado las fases del desarrollo político del país. De ese modo, las transformaciones de que fue objeto desde los años 20 del siglo pasado en adelante, también reflejaron los avances que la democracia política y social iba experimentando, así como los cambios de rumbo que habría de sufrir a partir de la vigencia del régimen militar.

Las primeras políticas de protección social y de atención de salud fueron formuladas e implementadas en los años 20, al ser introducido el Seguro Social Obrero Obligatorio (1924). Hasta entonces, la atención cabía fundamentalmente a los hospitales de caridad, o Beneficencia Pública, y a profesionales de la medicina liberal privada. Para atender a los asegurados y familia, la Caja del Seguro Social construyó consultorios ambulatorios y estableció convenios con los hospitales de la Beneficencia para internación. El Seguro Social se destinaba solamente a los obreros del mercado de trabajo urbano, se financiaba con cotizaciones de recursos de asegurados, de patronos y del Fisco y se basaba en el régimen de reparto. En contraste, tanto para los empleados públicos como particulares fue creado un sistema de capitalización individual cuyos recursos eran administrados por cajas de previsión. La atención de salud era prestada mediante convenios con la medicina liberal privada, los que pasaron a ser administrados, a partir de 1942, por el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). Para las Fuerzas Armadas existía un sistema previsional de repartición, con sistema médico asistencial propio, administrado por la Caja de la Defensa Nacional, que se mantiene hasta la actualidad.

Durante la década de 1940 el Congreso Nacional discutió proyectos de modificación del Seguro Social y propuestas de unificación de los servicios de salud del país. Finalmente, en 1952, fue aprobada la ley del nuevo Seguro Social que racionalizó y amplió los beneficios, pero que mantuvo la cobertura sólo para los obreros urbanos. Esa ley incluyó un

artículo que unificó en el Servicio Nacional de Salud (SNS)⁵⁰ todos los servicios y programas de salud del país e incorporó los establecimientos de la Beneficencia. Debido a la inserción del SNS en la nueva ley previsional, su cobertura se mantuvo restringida a los obreros, los cuales, junto con los indigentes, continuaron recibiendo atención médica y hospitalaria gratuita. Además, el financiamiento del SNS quedó circunscrito a la disponibilidad de recursos provenientes de las contribuciones previsionales.

El problema de la falta de cobertura para las categorías de empleados subsistió hasta 1968, cuando la nueva reforma legal incorporó esos contingentes a la atención del SNS, pero bajo un régimen diferente, similar al del SERMENA, basado en la libre elección del profesional con co-pagos por acto médico. Esa modificación fue considerada transitoria porque la intención era crear un Servicio Único de Salud, que garantizaría atención de salud igual a todos los ciudadanos. Entre 1971 y 1973, el entonces Presidente Salvador Allende llevó adelante esa propuesta que fue interrumpida con su derrocamiento.

A partir de 1974, el gobierno autoritario emprendió una serie de cambios de corte neoliberal tendientes a cambiar la estructura de poder del sector y a disminuir la participación del Estado en la oferta y financiamiento de los servicios, mediante la privatización y el aumento de las contribuciones de los beneficiarios. El grueso de esas reformas se efectuó entre 1974 y 1982 y dieron al sistema de salud una nueva configuración que se mantiene hasta el presente, y es pionera en la región y la más privatizadora de todas, siendo también contemporánea de las discusiones de las reformas neoliberales en los EUA y Europa. Los cambios principales se resumen en los siguientes puntos:

- Regionalización del Ministerio de Salud mediante la creación de 26 Secretarías Regionales Ministeriales (Seremi).
- Fortalecimiento de la autoridad del Ministro de Salud.
- Eliminación del SNS, creándose en su lugar el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), regionalizado en 13 Servicios de Salud.
- Traspaso de los consultorios y postas (excepto los de Santiago) a las municipalidades y montaje de la Atención Primaria Municipalizada.
- Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), órgano autónomo encargado de recaudar y asignar los recursos financieros, administrar la modalidad de atención de libre elección y fijar los aranceles de co-pagos. Es la institución gestora del SNSS.
- Apertura de la atención de la salud al mercado con la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), empresas privadas lucrativas operadoras de planes de salud.

50. La idea de legisladores progresistas era crear en Chile un servicio nacional de salud con cobertura universal integral y financiamiento fiscal, inspirado en el modelo soviético. Con la creación, en 1948, del *National Health Service*, en Inglaterra, fue seguido parcialmente este modelo.

- Fijación inicial de una cotización para la salud en 2% de la renta de todo ciudadano, aumentada a 7% desde 1987 en adelante, y eliminación legal de la contribución de los empleadores al FONASA.
- Determinación legal de que las personas que destinan su 7% de cotización a la compra de un plan de salud (ISAPRE) quedan exentas de contribuir al FONASA, creándose dos modalidades de acceso a la atención médica u hospitalaria: la modalidad institucional (pública) y la de libre elección.
- Estratificación legal del acceso de la población a los servicios públicos, según los rangos de ingreso (A, B, C y D) y nivel de atención (1, 2 y 3) en la modalidad de libre elección.
- Creación, en febrero de 1990, de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Depende del Ministerio de Salud y tiene funciones fiscalizadoras.⁵¹

En breve síntesis, las transformaciones consistieron en la extinción del centralizado SNS y la creación del SNSS, regionalizado en lo que se refiere a los servicios hospitalario y municipalizado para la atención primaria, accesible a los beneficiarios del sistema público (incluidos indigentes), acreditados según área de domicilio. Se conservó la cotización obligatoria, pero con cargo exclusivo al trabajador (inicialmente 2% y ahora 7%). El cotizante tiene el derecho constitucional de elegir dónde atenderse y puede filiarse al “seguro público”⁵² (FONASA), con co-pagos variables según la renta o de forma gratuita, desde que certifique la condición de pobreza; o a una aseguradora privada (ISAPRES). Se mantienen los Servicios de las Fuerzas Armadas y del Orden (FF. AA.), que incluye co-pagos fijados autónomamente, y los consultorios y establecimientos hospitalarios y de apoyo clínico privados.

La reforma introdujo explícitamente la modalidad de seguros de riesgo (cuentas y riesgos individuales) con las ISAPRES, prácticamente inexistentes antes en Chile. Mecanismos de mercado regulan la “protección” y los precios, que se traducen en la equivalencia entre el valor del plan, la contribución y la cobertura, y se renuevan anualmente posibilitando una selección de riesgo determinada por edad y sexo del cotizante y del grupo familiar (beneficiarios), definiéndose coberturas y beneficios diferentes en cada caso. Este sector cubre cerca de 30% de la población, y concentra a los grupos de mayores ingresos, más jóvenes, y de menor riesgo. En síntesis, la protección efectiva se reduce a lo largo de la vida de las personas o según su condición financiera. No hay subsidios cruzados que garanticen la solidaridad, condición en la que el Estado asuma la función de reaseguro, desplazando hacia el sector público la población más pobre y aquellos con mayores riesgos para la salud, con serias

consecuencias para la equidad, exacerbando la dualidad del sistema de forma mucho más perversa (Labra, 1995, 2000 a e b; Sojo, 2001).

La modalidad de atención institucional está constituida por las atenciones entregadas en los establecimientos públicos (consultorios, centros y hospitales). Las prestaciones incluyen medicamentos del Formulario Nacional y atención odontológica, y el acceso al sistema público está estratificado según el grupo de ingreso.

En 2002 el SNSS cubría 67,5% de la población, las FF. AA. 3,1%, las ISAPRES 18,5%, y 10,9% estaba cubierta por otros tipos de servicios. O sea, 70,6% de la población es atendida por el sector público, mientras que en 2002 la distribución de los beneficiarios inscritos en el FONASA, según el grupo de ingreso, fue 70,5% en el grupo A y B, 16,8% en el grupo C, y 12,7% en el grupo D. Esto significa que prácticamente dos tercios de los usuarios del sistema público se atendieron gratuitamente. Y en la Atención Primaria Municipalizada, las prestaciones en 2002 cubrían cerca de 50% de la población (FONASA, 2002). Actualmente en Chile hay 45 Centros de Salud Familiar (CESFAM) funcionando en 31 comunas que en su conjunto atienden aproximadamente a 400.000 familias (o 1.000.000 de personas). Esto representa 14% de la población beneficiaria de ese nivel de atención.

La modalidad de libre elección corresponde a las atenciones entregadas por profesionales y establecimientos privados inscritos en FONASA o a hospitalizaciones con pensionado en establecimientos públicos. En esta modalidad el beneficiario siempre cancela un co-pago que fluctúa entre 50% a 70% del valor de la prestación. Las prestaciones no incluyen medicamentos y atención odontológica. Todos los ciudadanos, una vez inscritos en FONASA, pueden hacer uso de la modalidad de libre elección, salvo los clasificados como grupo A y B. La atención se paga con un Bono de Atención de Salud cuyo valor depende del nivel de inscripción del profesional o entidad prestadora. Hay tres niveles de atención, en los cuales el nivel 1 es el más barato y el 3 el más caro. Según las estadísticas del FONASA, en 2002 las prestaciones tuvieron la siguiente distribución: nivel 1 – 33,8%; nivel 2 – 9,2% y nivel 3 – 57%. O sea, más de la mitad de las atenciones se concentró en el tercer nivel. Respecto de la ubicación de los profesionales por nivel, se observa una distorsión mucho mayor: 93% de ellos se encuentra inscrito en el nivel 3 que es, como se señaló, el más caro.

Entre los años 1999 y 2002, en promedio, el gasto fiscal en salud como porcentaje del PIB se situó en torno a 1,6% y el gasto público alcanzó 3,1% (incluyéndose subsidios de incapacidad laboral). Respecto al financiamiento del gasto público en salud, entre 1990 y 2002, hubo un claro esfuerzo por parte de los gobiernos de la Concertación por aumentar el aporte fiscal al financiamiento de la salud (de 40,9 a 51,0%).

51. La creación de la Superintendencia de ISAPRE fue el último acto legal referente al sector salud del gobierno militar antes de abandonar el poder.

52. Desde mediados de los años 90 se debate en Chile si FONASA es un Seguro Público de Salud o no. A respecto de las divergencias véase, por ejemplo, Silva (1999) y Lenz (1999).

Paralelamente, hubo disminución en el monto de las cotizaciones (de 44,7 a 34,4%), mientras que los co-pagos previstos en la legislación relativa a las modalidades de atención, además de ser proporcionalmente poco significativos, no tuvieron variación el período. De cualquier forma, si se suman las cotizaciones y los co-pagos, los aportes de las personas inscritas en FONASA disminuyeron desde 53,2 en 1990 a 42,8% en 2002.

El presupuesto público en salud se ve afectado no solamente por la eliminación de la contribución patronal sino también por la pérdida de ingresos derivada de la exención de contribución al FONASA de las personas que destinan su cotización obligatoria de 7% a la compra de un plan de salud en una ISAPRE. Como esas personas son las de mayores rentas, se produce el llamado “efecto descreme” en el financiamiento y la atención. Este punto crucial ha sido objeto de innumerables críticas y propuestas de corrección para tornar más solidario el financiamiento, sin que hasta la fecha haya sido posible alcanzar un consenso.⁵³ Subráyese, por último, que la desigualdad en el financiamiento del sector salud como un todo es bien ilustrada por el gasto anual *per capita*: en 1999, el gasto del sector público fue de US\$ 210 mientras que el del sector privado fue más del doble – US\$ 500 (Minsal, 2001b).

Sobre los recursos humanos el Ministerio de Salud ha señalado una serie de deficiencias tales como la falta de un sistema nacional de información, insuficiente planificación y regulación, inequidades en la distribución geográfica e inadecuación de las remuneraciones (Minsal, 2002c). Además, las diferentes leyes que rigen a los profesionales y funcionarios dificultan la obtención de una visión de conjunto. Debido a que las cifras no están disponibles o provienen de diferentes fuentes y no son comparables, la situación aquí presentada es muy incompleta.⁵⁴ Además, se observa una importante distorsión: en 1999 se estimaba que solamente 33,5% de las horas médicas se destinaba a la atención en los servicios públicos, en circunstancias en la que éstos cubren a casi 70% de la población (Minsal, 2001c).

El escenario que actualmente enfrentan las ISAPRES es preocupante: creadas en 1982, tuvieron un crecimiento sostenido hasta 1994, cuando entran en proceso de estancamiento hasta la presente crisis que enfrentan a consecuencia de la fuerte caída de la tasa de rentabilidad operacional,⁵⁵ el alza de los precios de los planes y la disminución del número de compradores. Esto ha significado la elevación de la cotización adicional voluntaria, de modo que la verdadera cotización de los usuarios ya no es de 7% sino de 8,5% (Oyarzo, 2002). Por otro lado, su variada cartera de

productos incluye 48.000 planes de salud, lo que sin duda afecta la transparencia de la información y, por tanto, la capacidad de elección de las personas. Además, el segmento es altamente concentrado puesto que seis Isapres (del total de 22) concentran 75% del mercado privado. En su gran mayoría no cuentan con servicios propios de salud, y las que tienen centros médicos los concentran en la Región Metropolitana (Navarro, 1999).

En un estudio sobre la participación de la mujer en las ISAPRES, Ramírez (2002) señala que a mediados de 2001 el número de cotizantes era de 34,4%, similar a la tasa de participación femenina en la fuerza de trabajo. Las usuarias menores de 40 años de edad eran 79,3%, aquellas entre 40 y 59 años sumaban 22,2% y las mayores de 60 años 4,6%. Además de la barrera salarial y del “riesgo maternidad” implícito en toda mujer en edad fértil, las exclusiones y restricciones a la atención de las mujeres en las ISAPRES pueden incluir intentos de suicidio, aborto provocado, esterilización voluntaria, etcétera, y se extienden tanto a las prestaciones en especie y monetarias, como en lo relativo a licencias médicas maternales suplementarias y por cuidado del hijo menor (las licencias curativas y las maternales las paga el Estado). Todo eso repercute en los servicios públicos que terminan recibiendo afiliados a las ISAPRES, como bien mostró la Encuesta Casen de 1998. Por ejemplo, de las mujeres adscritas a ese sistema que dieron a luz ese año, 26,2% fueron atendidas en maternidades del SNSS.

Las opiniones recogidas por la Encuesta Casen 2000 entre personas mayores de 12 años de edad sobre la atención en salud de los servicios públicos y privados informa que cerca de 96% de la población que demanda atención tiene acceso a los servicios de salud en general. Además, 82,4% de los atendidos en un establecimiento público consideró que la atención había sido oportuna. En cuanto a la calidad de la atención médica según el sub-sistema, 85,5% de los beneficiarios del FONASA la consideraron muy buena o buena; entre los usuarios de ISAPRES ese porcentaje sube a 94,9%. Es interesante resaltar que 95,2% de los afiliados a ISAPRES atendidos en un servicio público opinaron que la calidad fue muy buena y buena. Respecto de las opiniones negativas, el mayor porcentaje lo concentró la atención médica pública de urgencia, considerada mala y muy mala por 6% de los beneficiarios de FONASA y por 18,8% de los usuarios de Isapres. En lo que se refiere a hospitalización, 90,4% de los beneficiarios del sistema público consideró la atención muy buena o buena (Mideplan, 2002d).

A lo largo de la década de los 90, los efectos negativos de la reforma neoliberal en la salud se hicieron cada vez más

53. En ese aspecto, un factor de inequidad paulatinamente eliminado es el subsidio público del 2% concedido a las personas de bajos ingresos para que pudiesen adquirir un plan de salud, pero aún subsisten subsidios indirectos como la exención de las ISAPRES de pagar el subsidio maternal.

54. Un hecho que dificulta el análisis, es la existencia de una ley especial para médicos, dentistas, bioquímicos y químico farmacéuticos, que pueden ser contratados por horas de trabajo, otra para el resto del personal y aún otra para la Atención Primaria.

55. El aumento del costo operacional de las ISAPRES se ha atribuido al alza de las prestaciones médicas, al exceso de licencias médicas por incapacidad laboral y consiguiente concesión de subsidios monetarios, regulación estatal más rígida de los planes para limitar exclusiones y ampliar cobertura, elevación de la tasa de utilización y aumento de la población de tercera edad (Oyarzo, 2002). Para otros, se debe a los altos costos de administración, propaganda y altas remuneraciones de los ejecutivos (Ramírez, 2002).

evidentes, surgiendo presiones de todos los sectores para que fuesen emprendidas modificaciones parciales o se diseñara un cambio completo. La reiterada constatación de problemas como los apuntados llevaron al presidente Lagos a asumir el compromiso de reformar el sistema de salud en su conjunto bajo cinco principios rectores –derecho a la salud, equidad, solidaridad, eficiencia en el uso de los recursos, y participación social– además de crear una Comisión de la Reforma, para discutir y proponer las modificaciones. Entre 2001 y 2002, y en medio de grandes polémicas, fueron elaborados los siguientes proyectos de ley:⁵⁶ Autoridad Sanitaria y Gestión, Régimen de Garantías en Salud o Plan AUGE (Atención Universal con Garantías Explícitas), Regulación de las ISAPRES, Financiamiento del Gasto Fiscal, Derechos y Deberes de los Pacientes. De esos proyectos, el relativo a Autoridad Sanitaria ha sido el primero a ser aprobado y promulgado; y la Ley del Plan AUGE finalmente fue aprobada y despachada por el Congreso Nacional el 10 de agosto de 2004, después de dos años de intensas y polémicas discusiones legislativas.⁵⁷ La nueva ley y los demás proyectos se resumen a continuación.

*Autoridad sanitaria y de gestión*⁵⁸ - La nueva normativa introduce amplios cambios en la organización del sistema público de salud. Modifica el Decreto-Ley que creara el SNS, e introduce relevantes cambios en la organización del sistema público de salud. En lo principal, la normativa plantea la separación de las siguientes funciones: definición de políticas, regulación, financiamiento y prestación de servicios; y fortalece las funciones políticas y de rectoría del Ministerio de Salud en el ámbito del sector para subsanar la fragmentación existente, al mismo tiempo que refuerza la desconcentración de acciones al interior del ministerio y en las regiones. Se crean la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, correspondiendo a ésta integrar todos los niveles de atención, inclusive la Atención Primaria. Se crea también la Superintendencia de Salud que tendrá a cargo la supervigilancia y fiscalización del FONASA y de las ISAPRES. El nuevo diseño contempla colegiados en todos los niveles, sea de carácter técnico o consultivo, así como consejos de usuarios. Una novedad importante de la ley se refiere a los “Establecimientos de Autogestión en Red”, cuyo director tendrá autonomía para definir metas de productividad y celebrar convenios con personas naturales o jurídicas de derecho público o privado, entre otras atribuciones. La ley también crea una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional. Con el nuevo modelo se aspira a que el sistema funcione integradamente en red, “satisfaciendo las necesidades de la población de manera funcional, con lógica geográfica y mecanismos de referencia y contrarreferencia”.

Régimen General de Garantías Explícitas (Plan AUGE) - Esta parte constituye el núcleo de la reforma y fue materializada en la ley N° 19.966 aprobada por el Congreso Nacional en agosto de 2004. La tramitación del proyecto fue muy controvertida y sufrió variadas modificaciones. En lo fundamental, el nuevo régimen “es un instrumento de regulación sanitaria” que forma parte del antiguo régimen de prestaciones que estratificó el acceso según estratos de ingreso a la modalidad institucional y definió los niveles de atención de la libre elección. Simplificadamente, el Plan AUGE garantiza el acceso de la población a “prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud”, a ser definidas mediante decreto conjunto de los Ministerios de Hacienda y de Salud. Para ello, tanto FONASA como las ISAPRES “deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios”. Este punto es muy importante porque, por primera vez, las ISAPRES son conminadas a ofrecer a sus beneficiarios el mismo rol de prestaciones definidas para el sistema público, so pena de sanciones legales. Con ello, las autoridades de salud buscan disminuir las desigualdades en salud, enfrentar el envejecimiento de la población, proveer servicios acordes con las expectativas de la población, y mejorar los logros sanitarios alcanzados.

En cuanto a la “protección financiera” estipulada en la normativa, se ratifica la gratuidad para los Grupos A y B (indigentes y carentes) y un copago de 20% para los Grupos C y D aliado a una serie de nuevas disposiciones relativas a “deducibles” que dependen de factores asociados a la cotización del afiliado y otros. De hecho, la nueva ley torna mucho más compleja la fórmula relativa a los copagos.

Se debe señalar que el Plan AUGE introduce dos modificaciones importantes en cuanto al acceso de la población a la atención en salud mediante la ampliación de la red asistencial. Por una parte, se contempla la substancial readecuación de los establecimientos de la Atención Primaria para que sirvan como real puerta de entrada a los niveles de mayor complejidad, todo lo cual implicará considerables inversiones en tecnología e infraestructura y en la contratación en masa de personal, sobre todo de profesionales, cuyo déficit en los establecimientos municipales alcanzaba a 50% en 2002 (Urriola, 2004). Por otra parte, se reafirma la celebración de convenios con prestadores “fuera de la Red Pública y en convenio con el FONASA”, hecho que significará un decisivo refuerzo a las ISAPRES en momentos en que su sobrevivencia está amenazada por la migración de la población hacia el sistema público.

Cabe aclarar también que el AUGE tiene como meta final contemplar 56 patologías. Para su logro, desde 2003 está en

56. Todas las informaciones relativas a la reforma están basadas en los documentos publicados en 2002 por el Ministerio de Salud en la serie *Hacia una Política Pública en Salud*. (Minsal, 2002)

57. Para lograr su aprobación en el trámite final en la Cámara de Diputados, que tiene una mayoría de legisladores de la Concertación, el gobierno tuvo que reponer el Fondo de Compensación Solidario en la Ley de ISAPRES, que había sido antes retirado a petición de los Senadores de la oposición, en Mayo de 2004. La Ley de ISAPRES comenzaría a ser discutida en octubre de 2004.

58. Ley 19.937, promulgada el 24 de febrero de 2004, que modifica el Decreto-Ley 2.763 de 1979.

marcha un plan piloto que cubre 17 problemas de salud y que será ampliado paulatinamente hasta 2007. Sin embargo, para desencanto del gobierno, el plan piloto ha despertado fuertes críticas, como las de los usuarios cuyas patologías no están incluidas, además de estar evidenciando las grandes dificultades técnicas y administrativas y los altos costos involucrados en su implantación.

En ese mismo plano, el Colegio Médico ha planteado que el AUGE es un plan mínimo de prestaciones copiado de un modelo de 'salud administrada' ya fracasado, y que significa una canasta básica innecesaria e inconveniente para el país, que sólo tiene sentido en una lógica reduccionista de seguros de salud ... no es precisamente a partir de un modelo basado en un Plan (AUGE) o Canasta Básica como se van a resolver las inequidades. Es más, creemos firmemente que ellas se van a profundizar de concretarse (Colegio Médico de Chile, 2003).

Financiamiento – Aquí se trata del proyecto de ley destinado a crear un Fondo de Compensación Solidario (FCS). Ha sido ciertamente el más polémico de todos y su tramitación legislativa no prosperó. Conforme la interpretación de Urriola (2004), el FCS consiste en que cada operador (FONASA e ISAPRES) contribuya con una prima universal por cada persona cotizante y por cada una de las respectivas cargas. Los beneficiarios con categoría de indigentes son financiados por un aporte directo del fisco. Según ese autor, el principal objetivo del FCS sería reducir los incentivos al “descreme” que atentan contra la solidaridad en la salud. En todo caso, se debe resaltar que con el Fondo se pretende acopiar recursos para financiar el Plan AUGE.

Esa propuesta ha recibido críticas contundentes de los más diversos actores, comenzando por el Colegio Médico. En relación con la prima universal de igual valor absoluto, la Orden considera que es regresiva en términos relativos y argumenta que la solidaridad que se produciría inicialmente es marginal pues, a mediano plazo, las cotizaciones del FONASA terminarán compensando las de ISAPRES. Además, destaca que el proyecto garantiza solamente el aporte fiscal para los indigentes y no contempla la situación de los “carenciados”, o sea, aquellos cuya cotización anual para salud no alcanza a cubrir el valor de la prima del Plan AUGE y aduce que la diferencia va a terminar siendo financiada al interior del FONASA por los menos pobres. Propone, en cambio, dos fondos separados: mantener FONASA como fondo solidario y crear un Fondo de Compensación de Riesgo para las ISAPRES, formado con aportes individuales proporcionales a los ingresos de los cotizantes.

Esa discusión lleva a concluir que todas las alternativas relativas al financiamiento terminan gravando al sistema público porque no hay ninguna clara y viable de solución del problema del “descreme” o propuesta de mecanismos que introduzcan la solidaridad en el financiamiento del sector salud globalmente considerado. De cualquier forma, como el asunto es de suma importancia, el gobierno ha manifestado la voluntad de reponer un FCS al momento de retomar la discusión parlamentaria del proyecto de ley de las ISAPRES.

Modificación de las ISAPRES - Con este proyecto se busca principalmente lograr tanto la transparencia en la elección de un plan de salud privado por parte de las personas, cuanto precaverlas de las alzas abusivas de precios, de las carencias y de las exclusiones. Para ello, se propone simplificar los contratos y eliminar las discriminaciones e incorporar en todos los planes de salud vigentes, obligatoriamente, el Plan AUGE, que tendrá el mismo precio para todos los afiliados a una misma ISAPRE. Esto va acompañado de un sistema de compensación de gastos de distintos grupos para eliminar diferencias como las existentes entre hombres y mujeres y entre jóvenes y viejos, y las preexistencias. También se busca aumentar la fidelidad a los planes corrigiendo las arbitrariedades en su cobertura, y que ofrezcan beneficios en materia de salud pública (planes de salud integral). Entre otros cambios, se pretende que las entidades aumenten su capital con el fin de dar garantías a los afiliados en caso de falencia.

En ese ámbito, la nueva autoridad sanitaria fortalece las facultades de la ahora Superintendencia de Salud (que extingue la de ISAPRES) para que pueda exigir información oportuna de las operadoras, clasificarlas según riesgo (liquidez, endeudamiento y gestión operativa), aplicar sanciones; etcétera.

A pesar de los evidentes beneficios que los cambios en el *modus operandi* de las ISAPRES traerían para las personas que optan por comprar un plan de salud, el Colegio Médico ha argumentado que la normativa atenta contra el libre ejercicio de la profesión y contra el derecho del paciente a la libertad de elección (Colegio Médico de Chile, 2003).

De la descripción de los componentes de la reforma y del proceso de discusión que há generado, se desprende que es en extremo difícil diseñar un escenario claro acerca de los rumbos futuros del sistema de salud del país. Una de las razones para esa incertidumbre derivaría de la secular polarización existente en Chile entre grupos de diferente filiación político ideológica, unos favorables a una mayor apertura al mercado en salud y otros defensores del fortalecimiento de la medicina estatal, para los cuales la herencia histórica es un baluarte de la democracia y ejemplo del deber ser de un sistema de salud más justo, eficiente y eficaz (Labra, 2002; 2000a; 2000b; 1997).

Por otro lado, varios puntos de la reforma tocan en aspectos relacionados con la SSR pero no llegan a constituir proposiciones articuladas en torno a una nueva perspectiva de género sino que, más bien, actualizan o enfatizan temas que ya hacen parte de enfoques y actividades de los programas existentes.

El Plan AUGE se basa en la premisa de que va a ofrecer “garantías explícitas” en la atención a la salud, de las cuales figura una pauta de acciones destinadas a la mujer, que incluye: cáncer de mamas, cáncer cervicouterino, depresión, parto, definiéndose procedimientos específicos para cada acción. Además, la reforma plantea que la Atención Primaria sea altamente resolutoria y con capacidad para solucionar gran parte de las emergencias. Para eso contará con equipos de

salud familiar y comunitaria, tendrá tecnología moderna y el equipamiento necesario, debiendo desarrollar un trabajo coordinado con la atención de especialidad. En esa dirección, se ha diseñado el el Plan de Salud Familiar 2 (PSF2), que cubrirá la mayor parte de las necesidades de las familias, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población. El Plan de Salud que actualmente se aplica en los consultorios de Salud Familiar define las prestaciones y actividades que deben realizarse, pero aún con demasiado énfasis en los problemas de la madre y el niño.

Los elementos fundamentales del enfoque de salud familiar (el PSF2) son (Minsal, 2004): a) garantizar continuidad de la atención y de los cuidados preventivos y promocionales; b) mejora de la capacidad diagnóstica; c) atención integral en el domicilio; d) autocuidado individual y familiar; responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia, independiente del género, por la salud de su familia, favoreciendo especialmente la participación de la pareja en el proceso reproductivo (embarazo, parto, puerperio), del padre en el cuidado de los hijos (controles de salud), de uno o más integrantes en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas (hipertensión arterial, obesidad, etcétera.), en los discapacitados, en los adultos mayores, en los integrantes de la familia con alta precoz desde el hospital, en los que se encuentran postrados o en estado terminal; e) transformación de los consultorios tradicionales en Centros de Salud (CES) hasta su consolidación como Centros de Salud Familiar (CESFAM); f) proceso de cambio y desarrollo gradual, y f) garantía de la calidad de la atención.

Actualmente en Chile hay 45 CESFAM funcionando en 31 comunas y, en su conjunto, atienden aproximadamente a 400.000 familias (o 1.000.000 de personas). Esto representa 14% de la población beneficiaria de la Atención Primaria Municipalizada. En síntesis, en sintonía con los cambios introducidos por los gobiernos de la Concertación en el plano social del país en general (a partir de 1990), numerosas modificaciones parciales fueron realizadas en el sector salud. Las primeras, de carácter emergente, se destinaron a subsanar los problemas más acuciantes heredados del gobierno militar como los relativos a instalaciones físicas, personal, condiciones de trabajo, atención primaria, etcétera. Luego se tomaron medidas de carácter más estructural, como las relacionadas con el desfinanciamiento del sector y la estructura de las fuentes presupuestarias y otras áreas que presentaban flagrante distorsión o inequidad.

Pero, las propuestas recientes de la “nueva reforma” (o “reforma de la reforma”) sintetizados arriba van a depender de grandes inversiones y del hecho de poder superar las resistencias de importantes grupos muy críticos con la reforma, como el Colegio de Médicos.

En lo que toca a la SSR, el abanico de propuestas contenidas en la reforma actual el campo de los derechos no es claramente explicitado y cuando hay respuestas en esa dirección, en general, reiteran el accionar tradicional. En otras palabras, las propuestas dejan de lado dimensiones que

son cruciales para el avance de la “transversalidad” de género en el ámbito de la SSR, ya sea como política pública, o en cuanto dimensión vital de mujeres y hombres en su adolescencia, adultez o mayoría.

En resumen, la realización de este estudio de caso puso en evidencia la existencia en Chile de brechas críticas en materia de relaciones, necesidades y especificidades de género y, en SSR en particular, que es urgente superar: por un lado, informaciones disponibles, accesibles, comparables, discriminadas y con enfoque intersectorial y, por otro, tanto profesionales y funcionarios abiertos a escuchar las necesidades de la gente, como profesores atentos a los nuevos valores de los ciudadanos comunes, en particular los de la juventud. Todo esto constituye un conjunto de medios esenciales para enlazar lo cotidiano a la comprensión de la esencialidad de la SSR bajo la perspectiva de género, sobre todo en sociedades como la nuestra, en la cual el tema es, por demás, opaco y difuso o aun desconocido.

COLOMBIA

En el transcurso de la década de los 90, Colombia reversó la tendencia que predominó en los años 80, en los cuales, diferente de la situación de otros países latino-americanos, a partir de un tradicional manejo macroeconómico que evitó choques anti-inflacionarios, mantuvo un proceso de crecimiento económico sostenido y relativamente alto, con relativa estabilidad. Si bien, hasta 1995 las tasas de crecimiento se sostuvieron y las de ocupación mantuvieron una tendencia ascendente y las de desempleo y de niveles de informalidad mostraban una disminución, en la segunda mitad de la década el país entró en un proceso recesivo, con crecimiento negativo del PIB en 1999 y tasas históricas de desempleo muy altas (20,4% en 2000), impactando con mayor fuerza a las mujeres, sobretodo a las más jóvenes. El desmejoramiento de las condiciones del mercado laboral es evidente en el crecimiento significativo de los trabajadores por cuenta propia, en la caída en términos reales de los ingresos laborales mensuales promedio (peor para los trabajadores informales), el aumento en el porcentaje de personas empleadas que ganan hasta un salario mínimo (SM) y concomitante disminución de los que ganan entre uno y dos SM, además de la reducción de la población ocupada en la mayoría de las escalas de ingresos restantes, entre 1997 y 2000. Esa grave situación empieza lentamente a recuperarse a partir de 2001, asimismo, permanece la tendencia de aumento del desempleo, de disminución de la inversión pública y privada, así como la continua reducción del consumo de los hogares, incidiendo de forma importante en el deterioro progresivo de la calidad de vida de amplios sectores de la población (Villamizar *et al.* 2002:5-6).

La deuda pública creció a niveles superiores al de la economía, y los elevados compromisos causados por ello disminuyeron la disponibilidad de recursos para financiar otros gastos para el desarrollo. Esa dinámica, igual que la de otros países de la región, ha logrado básicamente la *intensificación de la volatilidad financiera y la consolidación*

de las trampas de pobreza y desigualdad ... (PNUD, 2001:31-2 apud Villamizar et al, 2002:6-7).

La pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) (asociada a la disponibilidad de servicios públicos, calidad de la vivienda, hacinamiento, asistencia escolar de los niños y dependencia económica), que traía una tendencia descendente continua, se ha estancado en el país desde 1997, en una cifra cercana a 37%, mientras que la pobreza por ingresos, o línea de pobreza (LP), se ha incrementado sistemáticamente desde el mismo año, hasta llegar en 2000, a cerca de 60% de la población; además de que el porcentaje que se encontraba en situación de indigencia representaba 23,4% (Sarmineto, 2001, apud Echeverri López, 2002:88).

Además, en el transcurso del decenio de los 90, se han agravado en Colombia situaciones históricas que contribuyeron al empeoramiento de su desarrollo social y económico: el narcotráfico, el conflicto armado y el desplazamiento forzado de la población del campo hacia las ciudades. La guerra interna que ha prevalecido en el país durante décadas se ha intensificado y llegado a niveles de degradación anteriormente desconocidos, en el que los actores armados violan en forma sistemática los derechos humanos y desconocen el derecho internacional humanitario (Villamizar et al, 2002:8). La multiplicidad de distintos actores involucrados (militares, guerrilleros, paramilitares, autodefensa), que se enfrentan en varios ámbitos, y la complejidad de sus intereses y alianzas (inclusive con el negocio de las drogas ilícitas) ha generado una serie de graves problemas, desde el deterioro de una ética ciudadana y de sus instituciones, hasta la exclusión de importantes grupos poblacionales, expresada en extrema desigualdad de oportunidad de acceso a recursos, bienes y servicios. Además, este conflicto es la causa de un gran número de homicidios y asesinatos entre la población civil, y las masacres u homicidios colectivos se han convertido en una forma brutal de violencia, siendo los campesinos pobres y las comunidades indígenas los más afectados (Idem). El porcentaje de personas que no llega a 40 años de vida pasó de 9,9% en 1997 a 11,5% en 1999.

El desplazamiento forzado de la población ha aumentado de manera significativa como resultado de las hostilidades y ataques perpetrados por esos conflictos, y aunque las cifras varían según la fuente, en 1999 se estimaba oficialmente entre 400.000 mil personas, mientras que otras fuentes calculaban que entre 1985 y 2000 la cifra bordeaba los dos millones. Dentro de esta población 58% corresponde a mujeres y 36% son jefas de hogar; además, estos hogares en 86% de los casos cuentan con niñas y adolescentes menores de 18 años de edad (Villamizar et al. 2002:9-10).

Así, Colombia reúne en la actualidad una coyuntura bastante crítica en la que se articulan una severa crisis económica, los mayores niveles de desempleo de su historia, catástrofes naturales, conflicto armado y altos niveles de violencia, desplazamiento forzado, etcétera; elementos que en su conjunto configuran el marco que ha agudizado las condiciones de pobreza en el país.

La nueva Constitución de 1991 otorgó prioridad al gasto público social (capital y capacidad humana, así como desarrollo), ya que entre 1997 y 1999, el gasto en servicios sociales básicos (educación, salud, planificación familiar, agua, saneamiento ambiental, nutrición), aumentó 2,5% en términos reales, y como participación en el PIB pasó de 5,8% (1997) a 6,5% (1999). *No obstante, dentro del gasto total, el destinado a servicios sociales básicos ha disminuido en el mismo periodo (16,3 a 14,6%), lo que se atribuye a un mayor crecimiento del gasto en la administración del Estado y en el pago de la deuda pública. Si bien el gasto ha aumentado en salud y educación, lo ha hecho a un ritmo mayor que el aumento en cobertura, lo cual podría indicar una administración ineficiente de los recursos* (Villamizar et al, 2002:7).

Aunque el aumento de gasto público social podría haber tenido efectos redistributivos, el balance final es que la desigualdad ha aumentado tanto en términos de ingreso como de riqueza. Para el año 2000, el 20% más pobre de la población percibe 2,3% del ingreso total, en tanto que el 20% más rico obtiene la dos terceras partes del mismo, aumentando la brecha entre los más pobres y los más ricos y entre los rangos de ingresos medios (Echeverri López, 2002).

Específicamente para el sector salud, los recursos han aumentado como porcentaje del PIB en los últimos años: mientras en 1986 éstos representaban menos de un punto porcentual del PIB (0,94%), en 1993 llegaron a 1,32% y en el año 2000 pasaron a 2,7%. A pesar de ese incremento significativo, no se observa el impacto deseado en la cobertura de servicios preventivos, curativos y asistenciales.

En síntesis, durante la década de los 90 la acción compensatoria de las finanzas públicas ha tenido alcances modestos, especialmente en el gasto social y de salud, porque los efectos redistributivos del gasto han sido absorbidos por los impactos concentradores de la actividad económica y porque la estructura de las finanzas públicas se ha debilitado.

Esas condiciones adversas se reflejan en cambios de los indicadores de salud. Aunque la tasa total de fecundidad decrece de manera importante, la fecundidad en las mujeres más jóvenes aumenta, así como la de las mujeres embarazadas o que han sido madres en ese grupo. De una manera general, la mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer, que son indicadores a largo plazo (macroindicadores) y que no reflejan inmediatamente las condiciones coyunturales, mejoraron continuamente a lo largo de décadas, persisten desigualdades regionales, con marcadas diferencias entre áreas urbanas y rurales, géneros y etnias. Las evidencias sugieren un perfil de morbilidad y de mortalidad bastante heterogéneo donde persisten simultáneamente las enfermedades de la pobreza y las del desarrollo, para todos los estratos sociales; pero, las enfermedades transmisibles e infecciosas afectan más y son más letales en los estratos más pobres. Así, el perfil epidemiológico demuestra la coexistencia de enfermedades transmisibles (que cobran muertes, como la infección respiratoria aguda (IRA) y la enfermedad diarreica aguda (EDA) con enfermedades crónicas y degenerativas que

ocupan hoy los primeros lugares en morbilidad y mortalidad junto con las lesiones (intencionales o no), y el resurgimiento de enfermedades infecciosas, endémicas y epidémicas que habían desaparecido o estaban controladas, tales como cólera, malaria, tuberculosis, dengue, entre otras.

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de morbilidad en el país seguida de las lesiones violentas, los tumores y las enfermedades transmisibles. Los trastornos y enfermedades perinatales, así como las enfermedades relacionadas con el embarazo parto y puerperio aparecen dentro de las diez primeras causas de morbilidad (reflejando la magnitud de la problemática en el área de la SSR), como también los padecimientos mentales. Si se observan las causas de mortalidad por grupos etáreos, los niños menores de un año mueren principalmente por trastornos respiratorios del periodo perinatal y malformaciones congénitas; en el grupo de 1 a 4 años las primeras causas de muerte están relacionadas con las enfermedades transmisibles (IRA), enfermedades infecciosas intestinales (EDA) y deficiencias nutricionales y anemia, y en el grupo de 5 a 14 años el primer lugar lo ocupan los accidentes de transporte terrestre y los tumores del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos.

En la población general la principal causa de muerte son los homicidios y la segunda causa los accidentes. Sin embargo, a partir del tercer lugar las mujeres presentan muerte por enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; en cuarto lugar, el tumor maligno de útero, a diferencia de los hombres que presentan accidentes de transporte terrestre, lesiones autoinfligidas y enfermedad por el VIH/SIDA. En este grupo etáreo, las mujeres presentan dentro de las primeras cinco causas de muerte eventos relacionados con la SSR. El grupo de 45 a 64 años de edad presenta como principales causas de muerte las enfermedades isquémicas, metabólicas, la hipertensión arterial y el cáncer; el grupo de 65 años y más coincide en las causas principales de muerte.

Los factores de vulnerabilidad que se asocian a condiciones precarias de SSR en Colombia corresponden a: el bajo nivel de escolaridad, la situación de pobreza, la ubicación en regiones en condiciones de desarrollo desventajosas (zonas rurales o urbanas marginales), la situación de desplazamiento, la residencia en zonas de conflicto, las limitaciones de la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de relaciones sexuales. Existen factores concomitantes que complejizan la situación, tales como estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y, en general, sobre las relaciones afectivas, que condicionan actitudes y comportamientos que no siempre favorecen la salud y el desarrollo autónomo de proyectos de

vida significativos para cada persona en su contexto específico.

Los indicadores de la SSR más preocupantes son la alta tasa de muertes maternas, el aumento de la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) (sífilis, infección gonocócica y trichomoniasis urogenital, se encuentran por encima de los promedios mundiales) y el VIH/SIDA;⁵⁹ el aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas; el alto porcentaje de embarazos no planeados (más de 50% de las mujeres embarazadas reportan no haber deseado el embarazo en ese momento); la alta mortalidad de mujeres por cáncer del cuello uterino,⁶⁰ y los altos índices de violencia doméstica y sexual, que constituye un gran problema de salud pública, aunque hasta el momento no se conozca con exactitud su magnitud y entre las mujeres desplazadas los porcentajes son alarmantes. En relación con el maltrato a los menores de edad, la gran mayoría ocurre en el propio ambiente doméstico. Además, se registra la falta de servicios de atención integral para adolescentes.

El derecho a la salud y a la seguridad social están garantizados en la Constitución de 1991, en la que se establece como obligatoria bajo la dirección del Estado, y la atención de la salud se define como un servicio público a cargo del Estado, responsable por su organización, dirección, reglamentación, control y establecimiento de políticas. La ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad en Salud (SGSSS), el cual se puso en marcha en 1995 y 1996. En la misma Constitución también fueron incluidos los principios que deberían regir el sistema de salud: universalidad, solidaridad y eficiencia, a través de la búsqueda de medios financieros sostenibles y pluralidad de agentes públicos y privados para asegurar la provisión de servicios (Londoño, 1996: 37-39).

El sistema de salud anterior, igual que el de otros países de la región, estaba conformado por tres subsistemas: a) la seguridad social, b) el subsistema privado, y c) el subsistema oficial (estatal). Los dos primeros se encargaban de prestar servicios a aquellas personas con capacidad de pago, bien sea a través de las cotizaciones compartidas con sus empleadores o por medio de la cancelación de los costos directos de la utilización de los servicios. El subsistema estatal era dirigido y operado por el Ministerio de Salud a través de hospitales, centros y puestos de salud públicos, entregando servicios al conjunto de la población sin capacidad de pago. En este sistema centralizado se crearon entes regionales (Secretarías Seccionales de Salud) que ejecutaban las acciones determinadas verticalmente por el nivel nacional y la atención estaba centrada en los hospitales, concentrados en las grandes ciudades y que operaban con 50% de tasa de ocupación, concentrando también las acciones de salud

59. La incidencia ha aumentado en algunos grupos de población, particularmente jóvenes y mujeres, además de homosexuales y hombres bisexuales; y entre 1986 y 2000, la proporción de mujeres infectadas aumentó, cambiando la relación hombres/mujeres infectadas de 47 hombres infectados por una mujer infectada a 7 hombres infectados por una mujer infectada.

60. El cáncer del cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres entre 30 y 59 años de edad, y su aparición se presenta en grupos etáreos menores debido a la tendencia a iniciar relaciones sexuales a edades más tempranas

pública; además había una extensa red de puestos y centros de salud que operaban precariamente.

La cobertura de los servicios de salud era deficiente, especialmente para la población más pobre y vulnerable. En 1992, cerca de 25,1% de la población que estuvo enferma no tuvo acceso a los servicios de salud, lo que afectó a 34% de los deciles más pobres y a 2% de los más ricos. La seguridad social afiliaba menos de 20% de la población y había mucha insatisfacción con la corrupción, ineficiencia y mala calidad de los servicios (Londoño, 1996:39).

La reforma colombiana en el sector salud fue formulada entre 1991 y 1993, por un grupo “*insulated*” en el aparato del Estado, y aprobada por el Parlamento en 1993, poco antes de nuevas elecciones presidenciales, en la que el grupo en el poder fue remplazado. Esa reforma es la más completa traducción en la región del modelo teórico de competencia administrada o regulada (llamado “Pluralismo Estructurado”) y significó un cambio brusco y radical en la estructuración del sistema de salud. Según sus formuladores (Londoño y Frenk, 1995:18), el Pluralismo Estructurado se inserta en la búsqueda de un término medio entre los arreglos extremos que fueron muy perniciosos para el desempeño de los sistemas de salud, es decir, por un lado, el monopolio del sector público, la atomización del sector privado y los procedimientos de conducción centralizada y autoritaria (de allí la utilización del nombre *pluralismo*, que define la primera dimensión del concepto) y, por el otro, la ausencia de reglas de juego que eviten o compensen las falencias de mercado (de ahí la denominación de *estructurado*, la segunda dimensión del concepto). El elemento central del modelo de competencia administrada adaptado a la realidad latinoamericana (su “*versión tropical*”) sería el carácter público del financiamiento (recuperando bajo nuevas bases la idea de seguro nacional de salud) que para los pobres tomaría la forma de subsidio y para los demás de contribución obligatoria; y la “especialización de los actores” del sistema, a través de una nueva configuración institucional, creando organizaciones privadas específicas con ese fin (los *sponsors* de la *managed competition* norteamericana). De hecho, el financiamiento público es lo que diferencia este modelo de aquéllos centrados en la recuperación de costos o en la competencia administrada norteamericana.⁶¹

Colombia es el “laboratorio” donde se está poniendo a prueba ese modelo y su formulación se inserta en el proceso de reforma del Estado, en la perspectiva de superar las enormes desigualdades y segmentaciones históricas en

salud.⁶²

A partir de antecedentes de la descentralización del gasto y del sistema (Jaramillo, Olano y Yepes, 1998; Jaramillo, 1999, 2000) y de reformas en el ámbito hospitalario (Jaramillo, 2000),⁶³ el SGSSS tiene como principios rectores eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad y participación social; separa las funciones de dirección, financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de salud y control (antes centralizadas en el Ministerio de Salud), y crea “agentes especializados” (nuevas organizaciones), transfiriendo para el Ministerio de Salud la dirección general de la Seguridad Social (antes en el Ministerio del Trabajo), unificando las funciones de dirección estratégica y regulación de la salud. El nuevo sistema cuenta también con un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) encargado de formular las políticas para el funcionamiento del SGSSS, y Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

Para “contraponer” la inestabilidad doméstica, fueron asignados tres créditos con los bancos internacionales (Banco Mundial y BID), lo que generó compromiso con la implementación de la reforma, además de que se contrató la asesoría de un grupo de expertos de Harvard, para elaborar el plan de implementación y monitorearlo. Las visitas periódicas de ese grupo técnico de la “Misión de Harvard” posibilitaron una “voz crítica independiente” que fue un factor considerado positivo en la consolidación de la reforma, por el respeto que conquistaron entre los actores del sistema (Londoño, 1996: 52-3).

Se estableció un seguro público único, colectivo, pero con distintos regímenes de afiliación. Se institucionalizan dos formas de inserción de la población en el sistema: un régimen contributivo (RC), financiado como contribución social, para los empleados con contrato de trabajo, y trabajadores autónomos, independiente del nivel del ingreso; cada afiliado contribuye con 12% de su ingreso (8% pago por el empleador y 4% por el empleado). Y un régimen subsidiado (RS), que debe cubrir la población bajo la línea de pobreza, clasificada en tres niveles, con derechos a diferentes subsidios (95%, 90% y 70%, respectivamente), financiado por un fondo específico y otras fuentes. Además, existe una tercera categoría de personas, los llamados vinculados, que son los que no se afiliaron a ninguno de los dos regímenes, o porque decidieron no contribuir o porque no logran afiliarse o no se quieren someter a ser rotulados como pobres, y no tienen ningún tipo de cobertura formal, pero son atendidos por el sector público cuando es necesario.

61. Juan Luis Londoño, economista, fue uno de los artífices de la reforma, toda vez que era el Ministro de la Salud de Colombia cuando fue concebida y aprobada. Retornó al Ministerio de Salud, nuevamente como Ministro, en el nuevo gobierno de 2002, pero murió en 2003, en un accidente de aviación.

62. Durante los años de 1980 a 1990 Colombia ha sido “laboratorio” pionero de varias innovaciones en diversos sectores de reforma del Estado (por ejemplo, la independencia del banco central, nuevas formas de asociación con empresas multinacionales etcétera), y la reforma de la seguridad social es una de ellas.

63. El Ministerio de Salud y Seguridad Social fue creado en 1940. Y la aparición del Sistema de Seguridad Social se remonta a los años 1945-1946, cuando se crearon la Caja Nacional de Previsión (Cajanal) y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ISS). Desde 1945 hubo varios intentos de descentralización. En 1975 se crea el Sistema Nacional de Salud, que pretendía buscar eficacia por la vía de la integración funcional de actividades e instituciones, creándose interrelaciones y entidades multifuncionales o asociaciones de instituciones. En 1988 es la creación de la Superintendencia Nacional de Salud, como un organismo autónomo, adscrito al Ministerio de la Salud, con funciones de vigilancia de la recaudación financiera para la salud. La Ley 10, de 1990, complementada por la Ley 60, de 1993, transfiere a los departamentos y municipios competencias y recursos: responsabilidad por la atención básica de salud y establece la participación de la comunidad - con la creación de las juntas directivas de los hospitales y de los Comités de Participación Comunitaria. Al mismo tiempo, transformó los hospitales en establecimientos autónomos con personalidad jurídica propia y autonomía administrativa.

El régimen contributivo asegura el derecho a un paquete universal de intervenciones –Plan Obligatorio de Salud (POS)– que en general es lo mismo que brindaba el Instituto del Seguro Social (ISS), y que incluye todos los servicios de salud –y el régimen subsidiado asegura acceso a un paquete básico de atención– el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS) –concebido inicialmente con cerca de alrededor de 50% de los beneficios del régimen contributivo y actualmente con cerca de 30% menos servicios– y que debería converger paulatinamente hacia el POS. El régimen subsidiado de hecho es un subsidio a la demanda, con grados de protección supuestamente crecientes. Este seguro subsidiado se financia con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), constituido por 1% de cada contribución del régimen contributivo y por presupuestos generales del Estado (departamentales y municipales), además de otras fuentes. Se pretende con esa organización estructurar la solidaridad. La estrategia de aseguramiento universal para acceder a un POS obligatorio de servicios igualitarios pretendía resolver dos de los grandes problemas del sistema anterior: la segmentación –sistemas diferenciales de servicios para distintos grupos de población– y las desigualdades en el acceso, principalmente por barreras económicas. La meta era universalizar hacia el año 2001 un seguro de salud que garantizara un paquete igual de servicios para toda la población (Echeverri López, 2002; Jaramillo, 1998; Londoño, 1996).

La afiliación es voluntaria a los dos regímenes y se preveía que la población se adscribiría progresivamente a uno de los dos sistemas de aseguramiento, lo que sería posible no sólo por el aumento significativo de recursos financieros y de los aportes estatales para la salud, sino también porque se preveía un comportamiento macroeconómico de crecimiento positivo o de sostenibilidad de la economía y aumento de los ingresos reales de los trabajadores. Mientras tanto, la población no asegurada, recibiría atención pagando una parte de su propio bolsillo a tarifas establecidas y el resto con cargo a los recursos del Estado (subsidio a la oferta). Éstos últimos, irían transformándose, a medida que la población fuese incluida en el aseguramiento, en subsidio a la demanda (Echeverri López, 2002:86, a partir de la Ley 100; Jaramillo, 1999).

Para operar el sistema son creadas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) (públicas o privadas), para el RC, que concentran la función financiera y aseguradora (afiliación, recaudación y gestión del riesgo financiero), y deberían cumplir un papel integrador del sistema. En este régimen, los afiliados pueden elegir distintas operadoras, públicas o privadas. Y para el RS son creadas las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) o Empresas Solidarias de Salud (ESS), en general comunitarias. Además, la provisión se brinda por las diversas instituciones prestadoras de servicios de salud, llamadas Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) (públicas o privadas).

Las aseguradoras reciben la contribución directamente del afiliado de la cual retienen la Unidad de Pago por Capitación

(UPC), por cada miembro cubierto de la familia y son obligadas a ofrecer el POS, con sus prestadores de servicios (propios o contratados). Esa UPC varía según una estructura de riesgo ajustada por edad, sexo y lugar de residencia (mayor valor para menores de cinco años de edad, mujeres en edad fértil, ancianos y poblaciones de áreas rurales aisladas), y tiene el mismo valor en todo el país. Se establecen proporciones mínimas de afiliados de alto riesgo para cada entidad y se establecen mecanismos de compensación entre las EPS (deficitarias o lucrativas), como forma de intentar impedir el “descreme”. La EPS es obligada a regresar los excedentes generados por la diferencia entre los montos recaudados y los valores de las UPC al FOSYGA; y éste debería compensar a aquellas EPS que eventualmente tengan balance negativo. Este mecanismo debería velar por el equilibrio de recursos y las condiciones de igualdad. Las EPS están obligadas a contraer un reaseguro para cubrir riesgos catastróficos, y la Ley autoriza planes complementarios –los Paquetes Complementarios (PAC)–, ya sea para riesgos u hotelería, lo que estimuló el crecimiento de mercados privados de salud (Jaramillo, 1999; Sojo, 2001). En ambos regímenes, los usuarios, según su clasificación económica y la frecuencia de uso, realizarían co-pagos por la utilización de servicios, contribuyendo a la racionalidad y sostenibilidad financiera del sistema.

Las acciones de salud pública son separadas en el Plan de Atención Básica (PAB) y en el Plan de Saneamiento Ambiental, y ambos deben ser ofrecidos por el Estado en departamentos, distritos y municipios, con recursos públicos.

Las autoridades municipales son responsables por la identificación de los beneficiarios del RS a partir del Sistema de Identificación de los Beneficiarios (SISBEN), pero se menciona un gran problema de exclusión del sistema de parte importante de la población. En primer lugar, porque la selección de la población pobre beneficiaria del RS no considera las reales cifras de pobreza del país, que son estimadas; en segundo lugar, y de acuerdo con la lógica de la focalización, no todos los que allí están asegurados deberían estar y, en tercer lugar, los vinculados cada vez son más numerosos y tienen menos posibilidades concretas de aseguramiento. Así, la población base para la cobertura de aseguramiento definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social es la contemplada en la NBI (cercana a 37% en 1997), que es mucho menor que la que está por debajo de la línea de pobreza (cercana a 60% en 2000), y que viene en aumento. Para 2000 sólo 59,8% de la población pobre por NBI estaba afiliado al RS. Por tanto, la diferencia entre uno y otro método de medición de pobreza representa aproximadamente más de 10 millones de colombianos “invisibles” para el sistema. Aunque no sea posible establecer cuántos de estos últimos pudieran estar asegurados en el RC, lo que interesa señalar es que la estrategia de focalización, adoptada a través del SISBEN, subestima la magnitud y heterogeneidad de la pobreza en Colombia, y esto deviene de políticas reduccionistas y excluyentes. Asimismo, tampoco son pobres todos los que están en el RS, pues se denuncia que algunos

alcaldes y caciques políticos han utilizado con criterio clientelista la afiliación, o han afiliado personas que no son tan pobres y con enfermedades de alto costo, para evadir su pago (Echeverri-López, 2002:88). Estudios demuestran que no hay correlación estadística entre pobreza e inscripción al RS (Málaga *et al.*, 2001).

De las EPS autorizadas, cerca de la mitad se originaron en algunas cajas de seguros, grupos cooperativos o sindicales no lucrativos. Las EPS públicas departamentales y municipales son variadas y producto de asociaciones entre entidades territoriales e instituciones de salud. De las 1.100 cajas públicas pre-existentes, sólo el Instituto del Seguro Social (ISS) y otras dos cajas se transformaron en EPS. Un porcentaje importante tiene entre los socios a compañías de seguros generales que anteriormente habían creado sus empresas de medicina pre-paga (EMP), y entre éstas algunas se vincularon al sistema, otras se asociaron entre sí, y otras se convirtieron en accionistas en algunos grupos de aseguradores. Muchas que permanecieron como EMP pueden funcionar como IPS, contratadas por las EPS. Finalmente, algunas creadas especialmente como EPS tienen fuerte presencia de capital extranjero, y subsisten cajas, fondos y servicios médicos para afiliados específicos (llamados de servicios especiales o entidades adaptadas).

En relación con las ARS, desde el inicio, son numerosas, de distintas formas –EPS, Cajas y ESS–. Son muy criticadas por ser “intermediarias”, que utilizan los recursos públicos de forma inadecuada, justificando el déficit de las IPS públicas. En general, tienen problemas de debilidad administrativa y aseguradora, y son frecuentes los escándalos de corrupción que involucran a alguna de ellas.

En cuanto a las IPS, los hospitales fueron transformados en Empresas Sociales del Estado (ESE), entidad pública descentralizada, con personería jurídica propia, patrimonio y autonomía administrativa, vinculada al poder territorial (departamental y municipal), y desvinculada del poder central, con una Junta Directiva presidida por el alcalde o gobernador, compuesta por diversos actores, y que debe aprobar los planes estratégicos y de inversión, como también los presupuestos y valores de las cuotas etcétera. La forma de financiamiento también es diferente, a partir de diversas fuentes, y las lógicas, mecanismos de acceso, criterios de asignación, régimen presupuestal y flujo de recursos también son distintos.⁶⁴ Los conflictos derivados de la complejidad de esa estructura de financiamiento son enormes, inclusive entre los distintos niveles de gobierno (Jaramillo, 1999; Sojo, 2001). En el inicio hubo resistencia de los hospitales públicos, que fueron forzados a su conversión para recibir recursos públicos.

El régimen contributivo es cubierto en su gran mayoría por IPS privadas o instituciones pertenecientes al ISS, que

existían desde antes de la Ley 100/1993. La polémica mayor está en el ámbito del régimen subsidiado y en los servicios para los vinculados, financiados por recursos presupuestales. Existe una marcada oposición a las ARS y presión para vincular la contratación total de servicios para este régimen a la red hospitalaria pública (actualmente, por ley, por lo menos 40% de esa contratación debe ser hecha con el sector público), además de que algunos sectores propugnan porque los recursos del régimen subsidiado destinado a las ARS sean asignados a las direcciones de salud territoriales, que contratarían con la red pública.

En relación con la descentralización, los departamentos y el Distrito Capital (DC) desde 1975 recaudan independientemente recursos para la salud, llamados “rentas cedidas” (loterías, alcohol etcétera) y coordinan con el nivel nacional la administración de los recursos del presupuesto nacional (llamado “situado fiscal”), en una perspectiva desconcentradora. Desde 1990 tienen competencia para acciones de salud pública y de prestación de servicios de asistencia médica a partir de la recepción del situado fiscal y un proceso de certificación, que exige el cumplimiento de determinadas normas. Los no certificados, son co-administrados por el nivel nacional. Ese proceso fue progresivo e incompleto en los departamentos. En cuanto a los municipios, desde 1987 tienen responsabilidad de desarrollar la infraestructura para atención básica, con recursos federales. A partir de 1990, con la Ley 10, también tienen la responsabilidad de implementar las acciones de salud pública. Y desde 1994, después de certificados, se efectúan transferencias automáticas nacionales, calculadas con una fórmula matemática (índice de pobreza e indicadores de desarrollo local), destinando 40% para salud pública y 60% para financiar los subsidios a la demanda. También pueden recibir recursos de los departamentos (equivalentes a 50% de los nacionales), y desde 1996, cuando empezó a funcionar el régimen subsidiado, reciben una contraparte del FOSYGA. La tasa de certificación también es bastante baja (Jaramillo, 2000).

Los deterioros de la autoridad sanitaria nacional para ejercer las funciones esenciales de salud pública, a su vez, han hecho de la descentralización un verdadero problema para la coordinación sistémica, pues la lógica de la descentralización hacia el mercado (privatización) no es coherente con la división político administrativa del país, ni con la de la participación social, control epidemiológico y de organización de los servicios de salud (Málaga *et al.*, 2001; Villamizar *et al.*, 2002).

Sin ninguna duda, el cambio fue de gran importancia y algunos de los resultados de los primeros 10 años de implementación de la reforma son analizados como positivos, como por ejemplo, el aumento de la cobertura (cerca de 57% de

64. Financieramente los hospitales funcionan con reembolso contra prestación de servicios, pero pueden también recibir transferencias directas federales, departamentales o municipales, así como recursos propios por la venta de servicios a las EPS. El gerente es el ordenador del gasto y puede decidir por la compra de insumos e inversión en tecnología.

la población en 2002, 31% en RC y 26% en el RS),⁶⁵ aunque la universalización no se haya logrado, y con las condiciones económicas actuales la tendencia es de disminución de la cobertura, sobretodo en el RC. Por esto, el número de vinculados es bastante alto (43 o 46% de la población, según distintas fuentes).

El Instituto del Seguro Social continúa siendo la piedra angular del sistema, aunque con déficits enormes y mucha dificultad para adaptarse a las nuevas condiciones (Jaramillo, Olano y Yepes, 1998:9-16). El sector privado se reestructuró y las EPS desplazaron de su posición en el mercado a los planes de prepago. Todas las EPS están implementando medidas de contención de costos y no se visualizan mejoras significativas en la calidad de la atención y en los indicadores de salud, señalándose por el contrario el deterioro de los indicadores de la situación de salud en los años recientes, principalmente en lo que concierne a la morbilidad y mortalidad infantil y enfermedades infecciosas, endémicas, epidémicas e inmunoprevenibles (Jaramillo, Olano y Yepes, 1998; Málaga, *et al.*, 2001; Villamizar *et al.*, 2002; Echeverri-López, 2002).

En lo que se refiere al régimen subsidiado, su implementación fue postergada, sobretodo por las crisis políticas, la falta de recursos y tentativas de “contra-reforma”. Sólo en 1996 (con la Ley 344/1996) fue de hecho implementado el régimen subsidiado según las reglas de competencia previstas. Se señala, además, que las ARS (sean EPS u otras) están lejos de actuar según los respectivos papeles que se le otorga en el modelo y son muchos los problemas enfrentados por la reforma en ese ámbito; también se ha limitado de forma importante la participación de los recursos públicos en el componente de solidaridad del sistema, a sólo _ del programado (Jaramillo, Olano y Yepes, 1998:17-21; Jaramillo, 2000).

Los funcionarios del sector público y los prestadores independientes vinculados a las EPS observan con gran aprensión, incertidumbre e insatisfacción el desarrollo del nuevo mercado en salud. El mercado de trabajo se amplió para los médicos generales, sobre todo los más jóvenes, y los especialistas tienden a agruparse corporativamente para la defensa de sus intereses. Por otro lado, el aumento del reaseguro para riesgos catastróficos abrió nuevas posibilidades de ampliación del mercado privado de seguros, obviamente con costos adicionales para el consumidor (Jaramillo, Olano y Yepes, 1998; Jaramillo, 2000).

Cerca de 66% de los hospitales públicos secundarios y terciarios y aproximadamente 1/3 de los hospitales generales se habían transformado en Empresas Sociales del Estado (ESE) en 1999, pero las demoras en la implementación del régimen subsidiado y en los traspasos financieros a los hospitales

privados hacen que la crisis en el sector hospitalario se perpetúe (Jaramillo, 1999).

Hay problemas también con la forma de pago de los prestadores, a partir de los procedimientos, y de la uniformidad de las escalas de remuneración. La evasión fiscal (no pago de la contribución) y la elusión (negación de la renta) son muy frecuentes, lo que implica disminución de los recursos del fondo nacional y dificultades en los mecanismos de solidaridad en el régimen subsidiado.⁶⁶ Asimismo, hay baja capacidad de garantizar la calidad de la atención en el sistema, y sobresale la falta de información adecuada a la población, así como exclusión de grupos importantes, debidos a las reglamentaciones transitorias antagónicas y a la multiplicación de planes (obligatorios y complementarios). Aparentemente, el nuevo mercado estaría incorporando rápidamente muchos de los problemas de los mercados privados desregulados, precisamente por fallas en la acción reguladora del Estado y por las marchas y contramarchas del proceso de implementación de la reforma. Además, se registra que la eficiencia macroeconómica está comprometida por el gran aumento del gasto nacional en salud, que llegó a 10% del PIB en 1999, y estimativas de 12% en 2000, sin mejores resultados en la provisión de servicios (Jaramillo, Olano y Yepes, 1998; Jaramillo, 2000).

Se señala, además, la segmentación exagerada de la población; insuficientes recursos para subsidios y atención a los vinculados, no necesariamente pobres, que continúan siendo atendidos por el sector público tradicional, gran fragmentación de la red de servicios, desarrollo desordenado de la oferta, incremento de los costos administrativos, comportamiento “económico” de los agentes, falta de compromiso con la salud de la población y mayor riesgo de evasión y corrupción en el sistema, demoras en el flujo de recursos, y el agotamiento de la capacidad de movilizar nuevos recursos, simultáneamente con el aumento de las necesidades que no podrán ser atendidas.

La utilización efectiva de los servicios no se modificó y las barreras económicas (copagos y cuotas moderadoras) siguen siendo los mayores obstáculos; la falta de dinero es el motivo para el no uso en 51% de los casos de personas que necesitan atención. Estudios recientes demuestran empeoramiento de la equidad en el sistema, por su carácter regresivo y el aumento del gasto privado de las familias, pues la media de los pagos directos aumentaron para las familias del quintil más pobre. Además, de los no afiliados, 56 y 63%, respectivamente, están ubicados en los deciles 1 y 2 de la población (Echeverri, 2002).

La complejidad del nuevo sistema de salud presupone una transformación importante de cultura institucional y de mecanismos empresariales, contractuales y de auditorías en

65. Esas cifras mencionadas en el texto son del Ministerio de Salud, Situación de Salud en Colombia - Indicadores 2002). Entretanto, las tasas de cobertura cambian según las distintas fuentes. Por ejemplo, cálculos efectuados con datos de los Informes del CNSSS a las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara (2000-2001), del Observatorio de la Seguridad Social/Centro de Investigaciones Económicas/Universidad de Antioquia (Junio de 2001), y del Dane, Colombia Estadística, las cifras son: cobertura total 54%, 31,3% en el RS y 22,5% en el RS, con 46% de vinculados (Echeverri López, 2002:87, Cuadro 2).

66. La evasión es el no pago de los aportes a la seguridad social de una proporción de la población con capacidad de pago; y la elusión corresponde al aporte que se realiza a la seguridad social con una base de ingreso mensual menor a la real. Se estima que los recursos que se pierden por esta vía son cerca de US\$ 680.000/año.

un proceso de aprendizaje tanto de los agentes como de la población, que incluye la readaptación técnica y profesional y el desarrollo de la capacidad de regulación. En realidad, el Estado no tenía la capacidad de regulación necesaria para la implementación de ese modelo, y no se observan avances significativos en ese ámbito, a pesar de la intensa actividad normativa tecnoburocrática.

En síntesis, el balance de los resultados de la reforma no son animadores, los objetivos no sólo no se han cumplido, y para algunos autores no son viables porque las dificultades que enfrenta el SGSSS están ligadas fundamentalmente a la concepción de la política social y de transformación del mercado laboral, inherentes al nuevo modelo de desarrollo, el cual, pese a las alarmantes cifras oficiales de deterioro de la calidad de vida y de empobrecimiento de la población, se ha profundizado en el inicio de la década de los 2000, o sea, el propio modelo no es cuestionado por el Estado.

Aun así, se aconsejó la difusión del modelo hacia los países en desarrollo en la región, como una alternativa que al mismo tiempo posibilita la ampliación de cobertura con mayor equidad y atención de mejor calidad, particularmente para la población con mayores carencias.⁶⁷

En relación con la SSR, a partir de la reforma se registra la expedición de normatividad específica para ésta. Y el Plan de Desarrollo “El Cambio para Construir la Paz” propuesto para el período 1998-2002, a diferencia de Planes de Desarrollo anteriores, incluye en el marco de la Familia y la Infancia la prevención de la violencia intrafamiliar y los lineamientos correspondientes a la atención a la SSR, cuya aplicación práctica se encuentra en los POS, en el que se incluyen el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de afecciones relacionadas con la lactancia; y en el POSS se establece, además, un subsidio alimentario para niñas menores de un año de edad y mujeres embarazadas. Formalmente, se incluyen los diversos métodos anticonceptivos como parte de los medicamentos en el POS, pero en la práctica el acceso a ellos es muy restringido y deben ser adquiridos por la usuaria. Además, el PAB fue elaborado con el propósito de complementar las acciones del POS, para la comunidad en general y algunos grupos de población específicos, y contempla acciones de difusión de información y de prevención de enfermedades, control de natalidad, planificación familiar, educación y fomento de la salud, detección precoz, prevención y control del SIDA y otras enfermedades altamente transmisibles.

Dentro del objetivo de fortalecimiento del PAB, recientemente el Ministerio de Salud (2002) estableció como línea de acción la promoción de la SSR responsable, con énfasis en la población adolescente, la atención del aborto y el fortalecimiento de la responsabilidad masculina en la SSR. También se han divulgado los lineamientos de

información, educación y comunicación para la difusión de los derechos sexuales y reproductivos, así como para promover la protección de las mujeres, niñas y jóvenes contra todas las formas de violencia, y organizar programas de rehabilitación y apoyo para las víctimas de la violencia y explotación sexual. Por otro lado, no existen intervenciones previstas para abordar la infertilidad, las disfunciones sexuales, la menopausia, la SSR en la tercera edad, así como diferentes cánceres del aparato reproductivo femenino o masculino.

En relación con los jóvenes, hay una amplia e completa normatividad referida a la atención en SSR a este grupo de la población, sin embargo, se aclara que el acceso de los adolescentes al SGSSS se da como beneficiarios de sus padres quienes son los cotizantes en el RC. Esto se mantiene hasta los 18 años de edad y se prorroga hasta los 24, siempre y cuando se demuestre dependencia económica, lo que puede dificultar el acceso a los servicios. Además, para el RS no constituyen una población prioritaria para asegurarla.

Entretanto, es importante mencionar que ya existen en el país iniciativas tanto en el sector público como en el privado, que ofrecen servicios de SSR exclusivamente diseñados para la atención de adolescentes y jóvenes, en donde se cuenta con recurso humano especializado. Sin embargo, estos servicios están lejos de cubrir la demanda y necesidad de SSR de este grupo, lo que se confirma por los indicadores presentados.

A pesar de ello, tanto el POS, el POSS como el PAB no logran cumplir con los requisitos de un programa adecuado para la SSR, al coincidir en el enfoque parcial y muy centrado en la atención maternoinfantil de los servicios, la ausencia de los hombres como población objetivo, la identificación casi exclusiva con el control prenatal, la citología vaginal y la falta de promoción para la SSR. Esto fue confirmado por varios de los expertos y expertas consultados en el estudio realizado por Villamizar *et al.* (2002). Además, la población asegurada por el RS no cuenta con acceso a los servicios y exámenes de laboratorio adecuados para diagnóstico de cáncer del cuello uterino y del seno, tales como colposcopia, biopsia, mamografía y otros, igual que el caso de la vasectomía en planificación familiar.

En cuanto al tratamiento del aborto, hay consenso en señalar que lo que prevalece es la prohibición y la penalización legal; adicionalmente, no hay servicios de consejería para las mujeres que acuden a los hospitales a que les hagan el tratamiento para un aborto incompleto y desde 1994 no se realizan nuevos estudios, en Colombia, sobre el aborto.

En síntesis, existen varios avances en términos de legislación referentes a los derechos relacionados con la SSR, pero también son muchos los límites, en general relacionados con la “invisibilidad” de determinados problemas (como por

67. La propuesta teórica del pluralismo estructurado ha sido elaborada por Frenk y Londoño (1995) y Londoño (1995), y presentada en la reunión *Special Meeting of Ministers of Health from Latin America and the Caribbean on Health Sector Reform*, realizada en Washington, en 1995, y promovida por los principales organismos internacionales (OPS, Banco Mundial, BID, CEPAL, OEA, UNICEF, United Nations Fund for Population Activities y la AID).

ejemplo, la violencia contra la mujer) o la falta de cumplimiento de las leyes o normas específicas.

Los mayores obstáculos para acceder a los beneficios del SGSSS están originados en las condiciones de empleo y participación desigual de las mujeres en el mercado de trabajo, que aliadas a las otras cuestiones y problemas relacionados con la implementación de la reforma, discutidas ya en este estudio, determina un acceso inequitativo al sistema y, por tanto, a los servicios de SSR.

El movimiento de mujeres en el país, aparentemente es amplio y se encuentra sobre todo en organizaciones no gubernamentales y en universidades, pero no ha logrado tener influencia importante en la formulación o implementación de la reforma, además de que, a igual que en otros países de la región, las mujeres tienen poca participación relativa en los foros de participación social y de decisión en el sector.

BRASIL

Brasil es un país continental, con diferentes realidades demográficas, económicas, sociales, culturales y sanitarias que, combinadas históricamente, construyeron un mosaico caracterizado por profundas desigualdades internas. En el contexto latinoamericano, es el país donde la desigualdad entre los grupos socioeconómicos es la más relevante. A pesar de la mejoría de varios indicadores y de ligeras reducciones en la desigualdad del ingreso en todas las regiones, la distancia entre los extremos aún es muy grande. La distribución de ingreso nacional ha sido históricamente concentrada y, a lo largo de las dos últimas décadas, esa concentración se exacerbó paulatinamente, evidenciando que esa apropiación es más inequitativa en las regiones más pobres. A pesar de la mejoría del índice de Desarrollo Humano entre 1999 y 2000, principalmente debido al factor educación, aún coexisten “diferentes Brasil”, ya que apenas cinco estados se sitúan en el rango de alto desarrollo humano, todos los demás se encuentran en la categoría de desarrollo humano medio, y los cinco índices más bajos están en la región nordeste (PNUD, 2003). Cerca de 35% de la población brasileña vive bajo la línea de la pobreza, el equivalente a 57,7 millones de personas (IBRE/FGV, 2003), encontrándose 29,9% en las zonas metropolitanas, 29,1% en el área rural y 41,7% en las áreas urbanas, principalmente en la región nordeste, seguida de la región sudeste (IBGE, 2003). De este total, casi 22 millones de personas viven en situación de pobreza extrema, 26% de ellas están en las zonas rurales, y las regiones norte y nordeste son las más pobres, con 13,8 millones de personas en esa situación (IBRE/FGV, 2003). Los mayores índices de pobreza extrema se encuentran en los municipios con menos de 50 mil habitantes, donde la intervención estatal y municipal es bastante precaria.

Brasil es una República Federativa y la historia política brasileña se caracteriza por largos períodos autoritarios alternados con cortos gobiernos democráticos. En la segunda mitad de los años 80 el país vivió su más importante proceso de transición hacia la democracia, culminando con el retorno

a las elecciones directas para los gobernantes en todos los niveles, inclusive la del presidente de la República, después de más de 20 años de autoritarismo.

Como antecedente de este proceso, en los años sesenta existieron grandes turbulencias políticas y sociales, que culminaron en un golpe militar (1964), seguido por el surgimiento paulatino de un Estado “burocrático-autoritario” que mantuvo el poder por 20 años (1964-1985). Este Estado se caracterizó por ser más represor y autoritario que otros períodos autoritarios de la historia política brasileña. La transición política para la democracia (1982-1990), materializada en la “Nueva República” (1985-1990), fue un punto de inflexión importante, cuando el país se encontraba nuevamente en crisis, la cual se reflejaba en problemas económicos y políticos de gran envergadura.

De forma muy sintética, se puede decir que durante los 20 años del régimen autoritario el patrón de desarrollo excluyente se mantuvo; esta situación generó una estructura social extremadamente heterogénea y fragmentada. En los años ochenta, la estatización, la inflación, las desigualdades individuales y regionales, y la corrupción alcanzaron niveles jamás vistos hasta entonces. Además, las condiciones de vida y de salud de la población empeoraron mucho en virtud del desempleo, de los bajos salarios y de un proceso de marginación social relacionado con el gran número de trabajadores informales y con la precariedad de los derechos sociales, de los servicios y de los beneficios. La soberanía nacional era permanentemente cuestionada por los acreedores internacionales, a quienes estaba financieramente sometida, y por el alto grado de autonomía decisiva de las grandes corporaciones multinacionales. Esta coyuntura implicó una creciente inestabilidad institucional y política, el agravamiento de la situación inflacionaria y de recesión económica y, finalmente, la imposibilidad de tomar decisiones, y la ingobernabilidad, tal como había ocurrido en 1964 (Fiori 1995 a e b; 2001 *apud* Pêgo y Almeida, 2002 a y b).

A mediados de la década de los ochenta, esta dinámica cíclica y entrópica condujo a un dilema cuando el Estado desarrollista brasileño llegó a su punto límite. La transición democrática subsecuente tuvo características particulares: inicialmente había sido programada como una “descompresión planeada” y como un producto del pacto inter-élites (Melo, 1993; Melo y Azevedo, 1996; Fiori, 1995b *apud* Pêgo y Almeida, 2002 a y b); luego se distendió por un largo período y fue conflictiva y confusa, conformando un proceso que combinaba eventuales reformas institucionales con reforma constitucional; finalmente, mantuvo en el poder a los militares y a los representantes más radicales de los distintos grupos conservadores (Fiori, 1995 a e b; 2001).

El proceso de ajuste estructural macroeconómico, iniciado a finales de los años 70, durante el régimen autoritario, prosigue hasta hoy de forma lenta y conflictiva. Entre 1979 y 1985 existieron nueve planes de estabilización, cinco diferentes monedas, cinco congelamientos de precios, 22 propuestas de renegociación de la deuda externa y 19 modificaciones en las reglas de cambio (Fiori, 1993; 1995 a y b,

2001), antes de la estrategia bien exitosa de control inflacionario aplicada en 1994, con el Plan Real, último plan económico de estabilización monetaria.

Se podría decir que la inestabilidad económica, política y social ha sido parte del cotidiano nacional hace más de dos décadas, permeada por la gran incertidumbre de resultados y períodos de relativa estabilidad institucional y política. La elección indirecta de Tancredo Neves (primer presidente civil después de 21 años) para dirigir la “Nueva República”, en 1985, fue precedida por un gran movimiento de masas llamado por las “*Directas Ya*” (“*Directas Já*”) y por elecciones directas para gobernadores, seguida de elecciones directas para alcaldes de las capitales. La muerte del presidente recién electo, llevó a la posesión del vice presidente José Sarney, representante de la derecha política. Fernando Collor de Mello, elegido presidente en 1989 por el voto popular, sufrió graves acusaciones de corrupción y un fuerte rechazo nacional siendo destituido en septiembre de 1992 (*impeachment*), asumiendo el vice presidente Itamar Franco. En las elecciones de 1994, fue elegido el presidente Fernando Henrique Cardoso, reelegido en octubre de 1998 y quien permaneció en el poder hasta 2002. En ese mismo año, se realizaron, una vez más, elecciones para la presidencia de la República, siendo elegido presidente Luis Inácio Lula da Silva, candidato del mayor partido de izquierda, el Partido de los Trabajadores (PT), y el primer obrero en ocupar ese cargo en la historia brasilera. Cambios de ministros, disputas en el Parlamento, denuncias de corrupción, conflictos en el área rural y huelgas, las más variadas, han sido una constante en prácticamente todos los gobiernos, lo que ha llevado a crisis políticas cíclicas.

La política macroeconómica adoptada por los gobiernos de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), centrada en el ancla cambiaria, fragilizó de forma importante la economía nacional, con instauración del ciclo regresivo, altas tasas de interés, aumento del desempleo estructural, continua reducción de los salarios de la población y concomitante aumento de la concentración de ingresos. Aunque ese proceso había sido estructurado desde el inicio de la década de los 90, se puede afirmar que, desde 1994, con el Plan Real y, principalmente, en el segundo mandato del presidente Cardoso, la nación estaría respondiendo más acertivamente a los estímulos y a los condicionantes definidos por la comunidad internacional, de modo que la actuación estatal y los instrumentos de política sectorial han sido subordinados al objetivo primordial de mantener el equilibrio macroeconómico (Fiori, 1993, 2001). Los resultados considerados positivos, de la estabilización económica de los años 90, con alguna mejoría de los indicadores sociales, control del aumento de la inflación, expansión del consumo y aumento real de los salarios en períodos específicos, no se reflejaron en la atenuación de las enormes desigualdades en la distribución de la riqueza nacional.

Con el nuevo gobierno de izquierda, electo en 2002, fueron puestas grandes esperanzas en la posibilidad de cambios radicales en esa dinámica, con retorno del crecimiento

económico, reversión de la situación de desempleo y, progresivamente, superación de las grandes desigualdades sociales. Pero hasta ahora, la situación general del país no parece haberse modificado.

Paralelamente, la sociedad brasilera viene pasando por importantes transformaciones demográficas que, conjuntamente con los cambios económicos y sociales, resultan también en modificaciones de las condiciones de vida y de salud de la población.

En las últimas décadas el país presentó un importante cambio en el padrón de fecundidad, provocando una fuerte desaceleración del crecimiento poblacional, pero que mantiene padrones diferenciados por región. Esta transición demográfica, rápida e intensa a partir de los años 70, es esencialmente diferente a la transición clásica de otros países, primero, debido a la velocidad del cambio, ya que en cuatro décadas Brasil alcanzó el nivel que llevó uno a dos siglos en Europa; y, segundo, porque ocurrió independiente de la mejoría de las condiciones materiales de la población. Sin embargo, ese declinar de la fecundidad no fue producto de alguna política deliberada, toda vez que existía rechazo gubernamental para implementar la planificación familiar, debido a la preocupación por la ocupación de fronteras y de grandes espacios territoriales, dada la baja densidad demográfica, además de la fuerte influencia de la Iglesia Católica. Asimismo, en los años 70, la preocupación de los países centrales con el crecimiento poblacional en el mundo en desarrollo se ha traducido en iniciativas que fomentaron técnica y financieramente la aparición de grupos y clínicas nacionales, para difundir la planificación familiar entre las mujeres pobres, con vistas al control de la natalidad. La política del “*laissez faire*” caracterizó la actuación de los gobiernos brasileños en ese campo hasta la mitad de los años ochenta. Aunque los discursos gubernamentales se hayan caracterizado mucho más como pronatalistas que por lo contrario y, bajo la vigencia de leyes que obstaculizaban el acceso a la anticoncepción, la provisión privada de anticonceptivos se estableció y se expandió en el país a partir de la mitad de los años sesenta.

Esto es, existió, de hecho, una política implícita de control poblacional, que colocó en el mercado contraceptivos orales de bajo costo y facilitó el acceso a la esterilización femenina de forma privatizada, además de que también actuó a través de acciones indirectas, como ampliación del acceso a la educación, aumento de la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo y estímulo del consumo por los medios de comunicación televisivos. Entretanto, esa postura cambió a partir de la mitad de los años 70 y algunos factores pueden haber influido en ese cambio – el escepticismo en relación con el crecimiento económico frente a la recesión mundial y las presiones externas. Más concretamente, ese tema siempre fue controversial y el gobierno brasilero nunca tuvo una posición clara sobre el control poblacional (Vieira, 2003:157-160). Asimismo, la estructura según edad de la población permanece predominantemente joven (29,6% hasta 14 años, 54,5% entre 15 y 49 años y 15,9% mayores de 59 años), con

aumento del porcentaje de la población sobre los 60 años (8,5%) (IBGE, 2003).

La Población Económicamente Activa (PEA) era casi 50% de la población en 2001, siendo la mayor parte trabajadores autónomos, con alta participación de la mujer en el mercado de trabajo (48,9%) y con alto grado de informalidad, ya que más de la mitad de la población ocupada no tiene ninguna cobertura de seguridad social. La mitad de la población en Brasil tiene un ingreso medio mensual (de todos los trabajos) de _ a 2 salarios mínimos, principalmente en la región del Nordeste. La tasa media de desempleo nacional era de 6,2% en 2001, pero la búsqueda mensual de empleo muestra que en las áreas metropolitanas alcanzó más de 12% en febrero de 2004 (IBGE, 2004). En lo relativo a la desigualdad de género, las mujeres ganan menos que los hombres en todos los estados brasileiros y en todos los niveles de escolaridad. Ellas también se jubilan en menor proporción que los hombres y hay más mujeres ancianas que no reciben ni jubilación ni pensión. La población femenina ocupada se concentra en las clases de ingresos más bajos: 71,3% de las mujeres que trabajan reciben hasta dos salarios mínimos, contra 55,1% de los hombres; y la desigualdad salarial aumenta conforme con la remuneración –es mayor el porcentaje de hombres que ganan más de cinco salarios mínimos–.

Según Prado y Ponchman (1997), los efectos redistributivos de la estabilización económica de mediados de los años 90 -con el Plan Real, 1994- se agotaron a partir de 1996, antes de superar el cuadro anterior de concentración de renta, con ampliación de las desigualdades, aunque con niveles de baja inflación.⁶⁸ La explicación estaría en el uso inadecuado, por el gobierno, de los elementos estructurales de repartición de rentas (empleo, tributos y políticas sociales). En otras palabras, el aumento de las desigualdades estaría asociado a la debilidad de la intervención del Estado sobre los ingresos y al crecimiento de la PEA con ocupados de baja renta, una vez que la política macroeconómica adoptada impediría una expansión más vigorosa de la economía y amoldaría un ambiente adverso y desfavorable a los trabajadores. El desempleo y la deficiencia de una efectiva intervención pública dirigida para las clases de baja renta, sobretudo las que dependen del salario mínimo, acabaría por contribuir a la corrosión de las ganancias en el perfil distributivo, obtenidas en la fase inicial pos-estabilización. Esta misma situación también se verifica para una importante porción de la población involucrada en el mercado informal de trabajo. Ese panorama persiste aún hasta el inicio de 2004, con el gobierno de Lula, quien subió al poder en enero de 2003, pues hasta el momento no ha sido posible advertir un crecimiento económico que progresivamente apunte a la superación de esa situación, y las intervenciones en términos estructurales de políticas de renta y política social han sido incipientes.

En educación, el nivel de instrucción de la población gradualmente viene elevándose y disminuyéndose las acentuadas disparidades regionales de analfabetismo que existían en 1990 -la proporción de analfabetismo en el período de 1992-2002 declinó de 17,2 a 12,4%, principalmente en las áreas rurales (IBGE, 2003)-, pero el contingente de analfabetos aún es muy significativo, correspondiendo a 14,9 millones de personas en el grupo de 15 años de edad, una de las mayores tasas de América Latina (WHO, 2001). Entretanto, las desigualdades, a pesar de haber disminuido, aún persisten entre las regiones y algunos de los estados más pobres que se encuentran atrasados cerca de 10 años, si se les compara con los estados más ricos, sobretudo en el nordeste. De una manera general, la escolaridad de la PEA aún es baja. La media de años de estudio en el país es de apenas 6,1 años, siendo mayor para las mujeres (7,3 años) contra 6,3 años para los hombres (IBGE, 2003).

En relación con la salud, la esperanza de vida al nacer se elevó (68,9 años en 2001 - 72,8% años para mujeres y 65,4 años para hombres), sin embargo, permanece más baja entre los segmentos de menor renta y hay disparidades regionales marcadas, como también entre los sexos. Se redujeron la mortalidad general, la específica y la infantil, pero persisten las diferencias regionales.

En el período de 1992-1999, la tasa de mortalidad infantil cayó más de 20%, pasando de 44,3 a 34,6 por 1.000 nacidos vivos; y, en 2001, las estimativas apuntan para el Brasil una tasa de 28,7 muertes infantiles por mil nacidos vivos. La mortalidad de menores de cinco años de edad viene demostrando una tendencia hacia la caída, principalmente en aquellas regiones donde era más elevada, con mayor participación del componente neonatal precoz y tardío, o sea, en menores de seis días de vida y con menos de 28 días. Es importante alertar que tasas elevadas en ese segmento reflejan no sólo las condiciones socioeconómicas y de salud de la madre, sino también la inadecuada asistencia pre natal, al parto y al recién nacido. A pesar de la tendencia a la disminución de la tasa de mortalidad infantil en todas las regiones y estados brasileiros, es de fundamental relevancia resaltar que, considerando los padrones de países más desarrollados y, hasta un conjunto significativo de aquellos otros insertos en padrones de desarrollo similares al de Brasil, los valores medios aún son elevados (IBGE, 2003).

La tasa de mortalidad general disminuyó (pasó de 7,5 muertes por 1.000 habitantes en 1992 a 6,9 por 1.000 en 2001) (IBGE, 2003), sin embargo, la mortalidad específica persiste con diferencias interregionales, destacando la región nordeste y el estado de Río de Janeiro, que presentan tasas de mortalidad por sobre la media nacional: 7,5 y 7,1 por 1.000, respectivamente. Independientemente del sexo, las enfermedades del aparato circulatorio sobresalen como la

68. Con la estabilización de la moneda, a partir del Plan Real, en un primer momento, entre 1994 y 1996, hubo una rápida reducción en el grado de desigualdad de los ingresos que permitió, a lo máximo, el retorno a la situación pre-existente. A partir de 1996, sin embargo, se observa estancamiento de esa reducción, con tendencia al aumento en la dispersión de las rentas.

principal causa de muertes en el país (28,8% para hombres y 36,9% para mujeres en 2001), en todas las regiones y estados. Las neoplasias y las enfermedades del aparato respiratorio vienen en seguida, principalmente entre las mujeres, aunque en niveles menos elevados. Un estudio elaborado por el Instituto Nacional del Cáncer (INCA) para el año 2002 estimó que el cáncer de mama en mujeres ocupaba el segundo lugar en incidencia (40,66 por 100 mil) y el primero en mortalidad (10,25 por 100 mil); y el cáncer de cuello del útero correspondía al tercer lugar en incidencia (19,82 por 100 mil) y el cuarto en mortalidad. Para los hombres, el cáncer de próstata ocupaba el segundo lugar en incidencia (29,76 por 100 mil) y en mortalidad (9,14 por 100 mil), pero existen diferencias regionales (Kligerman, 2003). El análisis de los datos históricos de mortalidad por cáncer de cuello del útero muestra una elevación de 29% de los casos en 20 años (1979-1998); y en las dos últimas décadas (1980-1990) la tasa bruta de mortalidad por cáncer de mama presentó una elevación de 68%, consolidándose como la mayor causa de muertes por cáncer en la población femenina, principalmente en el grupo de edad entre 40 y 69 años (INCA, 2003).

La tasa general de mortalidad de jóvenes creció, pasando de 128 por cada 100 mil habitantes en 1980 a 133 en 2000 (UNESCO, 2003). El padrón de mortalidad proporcional cambió significativamente con una considerable elevación en accidentes y violencia como causas de muerte, principalmente entre jóvenes de sexo masculino. Por tanto, la gran diferencia por sexo, está relacionada con las causas externas (violentas), que se constituyen en la segunda principal causa de mortalidad del sexo masculino. Además, la sobremortalidad masculina, a pesar de ser observada en todos los grupos de edad adquiere mayor importancia en los jóvenes, más expuestos al fenómeno de la elevada prevalencia de la violencia en la sociedad brasilera, fenómeno que se viene generalizando en todo el territorio nacional. En 20 años (de 1980 a 2000), la tasa de homicidios en Brasil creció 130% - cerca de 600 mil brasileros fueron asesinados, o 30 mil víctimas por año (el triple de la guerra de Iraq). De 1991 a 2000 hubo un aumento de 95% en la tasa de brasileros del sexo masculino de 15 a 24 años de edad, muertos por armas de fuego - el índice nacional es de 30,9 muertes por 100 mil habitantes, siendo el estado de Río de Janeiro el primero en la estadística nacional (181,9), seguido de Pernambuco (179,5), Espírito Santo (121,7), São Paulo (114,6), y el Distrito Federal (112,7). Las muertes por homicidio superan las por accidentes de tránsito (IBGE, 2004, con base en el censo de 2000). Importante es destacar que los números sobre violencia que se refieren al sexo masculino llegan a casi cuatro veces la mortalidad femenina en este grupo de causas.

Finalmente, las causas de muertes debidas a enfermedades

infectocontagiosas y afecciones originadas en el período perinatal se vienen reduciendo a lo largo del tiempo, presentando los menores valores en las áreas más desarrolladas del país (sudeste y sur). Las mayores proporciones, observadas en el norte, nordeste y centro-oeste, están relacionadas con el aún precario acceso, por parte de las poblaciones, al saneamiento básico, directamente asociado a las causas infectocontagiosas, y no disponibilidad de servicios de salud, a pesar de las mejorías observadas a lo largo de los últimos años, de acuerdo con un censo realizado por la *Pesquisa Assistência Médico-Sanitária* (2002). Sin embargo, no fueron enteramente erradicadas las enfermedades infecciosas, parasitarias o transmitidas por vectores en general, que aún presentan una tasa de mortalidad de 5,7% para hombres y 5,2% para las mujeres en 2001, como también aumentaron las muertes por enfermedades endémicas (como el dengue) en virtud del recrudecimiento de brotes epidémicos (IBGE, 2003).⁶⁹

Se registra también que entre 1980 y 1990, se expandió la epidemia del VIH/SIDA en el país, mostrando una dinámica de tendencia a la interiorización, heterosexualización, feminización y empobrecimiento. El SIDA ha sido objeto sistemático de campañas de prevención, dado su poder de diseminación, cuando no es debidamente controlado. En 2000, la tasa de mortalidad masculina por SIDA era de 9 muertes por 100 mil hombres, casi tres veces mayor que la femenina (3,7), aunque la prevalencia de la infección esté aumentando en las mujeres y la razón hombre/mujer venga disminuyendo y se estime que la mortalidad de mujeres por SIDA viene aumentando en los últimos años. Las tasas de mortalidad por SIDA más elevadas ocurren en el sudeste (13,3 muertes por 100 mil hombres) y en el sur (11,3 muertes por 100 mil hombres). Considerando los grupos de edad, son estas mismas regiones las que presentan las mayores tasas, principalmente en los grupos de 30 a 39 años de edad y de 40 a 49 años. En el sudeste, las tasas de mortalidad masculina por el SIDA en esos grupos son, respectivamente, de 35,4 y 29; en cuanto al sur, esos valores son levemente inferiores (28,8 y 22,3 muertes por 100 mil hombres), el triple de lo observado para el sexo femenino (IBGE, 2003). Entretanto, las tasas de mortalidad específica por el SIDA vienen cayendo en el conjunto de la población afectada en el país, aunque la caída de la mortalidad por el SIDA entre mujeres fue menos significativa que entre hombres, estando prácticamente estacionada en los últimos años (Corrêa y Piola, 2003).

Otro dato no menos preocupante es la creciente incidencia de SIDA en adolescentes del sexo femenino de 13 a 19 años de edad. Tal hecho es explicado por el inicio más precoz de la actividad sexual de esas jóvenes en relación con los adolescentes del sexo masculino, normalmente con hombres

69. En 1999, se registraron 632.600 casos nuevos de malaria, el mayor número desde la década de los 70; pero entre 1986 y 1998 la tasa de mortalidad por malaria se redujo. Epidemias de dengue alcanzaron picos en 1998 y 2002, la tercera y cuarta desde la detección de casos de dengue en Brasil. En 1997 estalló una epidemia de sarampión, controlada, entre 1999 y 2000; se notificaron 66 casos de tétano neonatal en 1999 y 41 en 2000; en 2000 se notificaron 4.263 casos de hepatitis B y los casos de hepatitis C van en alza; en 1999 se notificaron 78.870 casos de tuberculosis de todas las formas, con una tasa de incidencia de 48,1 casos por 100.000 habitantes, y la lepra sigue siendo un problema de salud relevante, con una tasa de prevalencia de 4,9 casos por 100 mil habitantes.

con mayor experiencia sexual y más expuestos a los riesgos de contaminación por infecciones de transmisión sexual (ITS) y el SIDA (MS, 2003). La estimativa de gestantes infectadas por el VIH en 2001 era de 17.198, estando la mayor proporción localizada en la región sudeste (8.045), seguida del sur (3.582) y del nordeste (3.464) (Corrêa y Piola, 2003). Un estudio centinela estimó en 17.198 el número de gestantes seropositivas y, según datos del Boletín Epidemiológico de SIDA divulgados en diciembre de 2002, fueron registrados desde 2000, 191 nuevos casos de niñas contra los 152 casos de niños. Aunque estas notificaciones sean parciales, los nuevos datos sugieren una profundización de la feminización. Los datos disponibles también informan que son diferentes los perfiles de hombres y mujeres infectados por el VIH en el país. En ambos casos se observa baja escolaridad; además, la mujer seropositiva tiene en promedio menos años de estudio que el hombre, lo que indica un nivel socioeconómico más bajo entre éstas (Corrêa y Piola, 2003).

La tasa de natalidad, que mide la proporción de nacidos vivos en relación con la población total, cayó de 23 nacimientos por 1.000 habitantes en 1992, a 20,9 en 2001, reflejando la caída proporcional del número de nacimientos. En ese mismo período (1992-2001), el aumento de la proporción de gravidez en la adolescencia se generalizó para todos los estados; en el nordeste el aumento de los partos de las madres entre 15 a 19 años de edad fue del orden de 40%, mientras que en los estados de la región centro-oeste se presentaron los menores índices, en torno de 7% (IBGE, 2003). Datos de un reciente estudio de la UNESCO, de 2001 (2004, *Revista Época*, N° 303, 8 de marzo de 2004),⁷⁰ realizado con estudiantes de las principales capitales brasileras, revelan que una entre cada 10 estudiantes queda embarazada antes de los 15 años de edad, mientras que el porcentaje de estudiantes entre 10 y 14 años de edad que ya se embarazó alguna vez era de 33,3% en Fortaleza, 22,2% en Cuiabá y 20% en Manaus; y, entre 15 y 19 años de edad, esa proporción aumenta mucho, afectando a 34,8% en Recife, 27,2% en Manaus y 25% en Fortaleza. Esto significa que, actualmente, cerca de 14% de las estudiantes brasileras tienen la probabilidad de quedar embarazadas y, en el estado de São Paulo, en los últimos cinco años (1999-2003), las adolescentes son responsables por 20% de los recién nacidos en aquella ciudad. El fenómeno se esparce por toda la pirámide social: familias que ganan hasta un SM concentran 65% de las adolescentes embarazadas, casi la mitad de ellas en el norte y nordeste, con mayor probabilidad de perpetuación de la pobreza. En la clase media, en 10 años, la participación

de las adolescentes entre las embarazadas aumentó a 34%, advirtiendo que esa proporción no es mayor debido a los abortos realizados en clínicas clandestinas privadas.

La tasa de mortalidad materna aún es bastante elevada en el país y algunos autores informan que está entre las más altas del continente. Con todo, la verdadera magnitud de la mortalidad materna en Brasil es aún poco conocida, principalmente por cuestiones referidas al registro de muertes femeninas, que es menos preciso y de calidad inferior al de las muertes masculinas en casi todas las regiones, además por problemas con el cálculo del indicador (Volochnko, 2003). En 1998, las estimaciones elaboradas con base en datos oficiales, indicaban que la tasa de mortalidad femenina era del orden de 130 por 100 mil (Rocha y Andalaft Neto, 2003:268). En 2004, un pronunciamiento del Presidente Lula, conmemorativo del Día de la Mujer (8 de marzo) informa que por cada 100 mil nacidos vivos 74,5 mujeres mueren debido a complicaciones en la gestación, parto y puerperio. Entre las causas de estas muertes aparecen factores como la hipertensión, hemorragias, infecciones y abortos.⁷¹ Datos del SUS (SAI/SUS, 2001) informaban que, en 2001, la letalidad materna hospitalaria en el SUS era de 28,6 por 100 mil hospitalizaciones y la letalidad en el parto era de 24,2 muertes por 100 mil hospitalizaciones (Corrêa y Piola, 2003).

Las informaciones disponibles, aunque precarias, indican que 65% de las muertes maternas ocurren en el período del parto, no obstante que más de 90% de los partos ocurren en el ambiente hospitalario (Corrêa y Piola, 2003). Datos del FNUAP (2002) informan que a fines de 2001, el 88% de los partos fueron atendidos por un profesional de la salud. La letalidad materna hospitalaria, en el ámbito de los servicios públicos de salud, cayó de 34,8 muertes por 100 mil hospitalizaciones en 1997, a 28,6 en 2001, a costa principalmente de la reducción de la letalidad en el momento del parto, que pasó de 32,5 a 24,2 muertes en 100 mil partos, en el mismo período (Corrêa y Piola, 2003). Cerca de 98% de los casos de muerte materna son evitables, lo que sugiere la falta de acceso a servicios de atención de salud durante la gravidez, el parto y el puerperio (Comisión Parlamentaria de Investigación sobre Mortalidad Materna, agosto 2001).⁷² La mortalidad materna es la octava causa de muerte de las mujeres con edad entre 10 y 59 años en las regiones norte, nordeste y centro-oeste. Además, tiene un impacto desproporcionado sobre mujeres negras, mestizas, indígenas, pobres y solteras que viven en las regiones más carentes del país.⁷³

La tasa de partos por cesárea es aún bastante alta: en los

70. Estos datos son de un estudio financiado por la UNESCO en 14 capitales del país, desarrollado por las investigadoras Mary Castro, Miriam Abramovay y Lorena Bernadete Silva, quienes entrevistaron a 16 mil alumnos de 10 a 24 años de edad, todos matriculados entre la 5a serie de enseñanza fundamental y el 3o año de enseñanza media de colegios públicos y privados. El resultado del estudio fue lanzado en un libro titulado *Juventude e Sexualidade*, mas no conseguimos encontrarlo. Los datos aquí presentados fueron tomados del material sobre el tema, publicado en la *Revista Época*, NO. 303, de 8 de marzo de 2004.

71. *En Questão*, Boletín electrónico editado por la Secretaría de Comunicación del Gobierno y Gestión Estratégica de la Presidencia de la República, N.161, recibido el 08/03/2004.

72. La CPI (Comisión Parlamentaria de Investigación) sobre Mortalidad Materna fue instalada el 17 de abril de 2000 por el Poder Legislativo federal para investigar y mapear la situación sobre mortalidad materna en el país.

73. Red Nacional Feminista de salud y Derechos Reproductivos, Dossier Mortalidad Materna (*apud* Advocaci - Advocacia Ciudadana por los Derechos Humanos. Informe Alternativo de Monitoreo sobre la situación de la Mortalidad Materna en Brasil - Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. http://www.ipas.org.br/arquivos/mortalidade_materna.doc (02/12/2003).

partos atendidos en el sector público estatal, en 1995 y 1996, el porcentaje de cesáreas era de 32, en promedio, llegando a 43,2%, 39,4% y 36,9% en las regiones centro-oeste, sudeste y sur, respectivamente. En las unidades de la red privada de servicios de salud este índice era de más 70%, generalmente asociado a la ligadura tubaria. Además, entre 1993 y 1996 creció el número de cesáreas entre las mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad (Corrêa, Piola y Arilha, 1998:7). Datos de la OPS (2003) informan que entre 1996 y 2001 el 36% de los nacimientos en el país fue por cesárea.

La prevalencia de uso de algún método anticonceptivo pasó de 65,8% entre las mujeres con unión conyugal (casadas o conviviendo) en 1986, a 76,6% en 1996 y a 77% en 2001, y que 70% de ellas recurría a métodos modernos (Corrêa, Piola y Arilha, 1998; FNUAP, 2002; Vieira, 2003). Esta proporción sobrepasa la media encontrada en países desarrollados (72%). Por otro lado, en cuanto a los países desarrollados hay una predominancia en el uso de métodos reversibles; en Brasil se observa el aumento progresivo y la predominancia del uso de la esterilización femenina, la que entre 1986 y 1996 creció de 26,9 a 40,1%, mientras que hubo una pequeña disminución en el uso de la píldora (de 25,2% a 20,7%) (Berquó, 1999). Se observa también en ese período el aumento de la utilización de anticonceptivos entre mujeres sin unión conyugal, y que el uso de preservativos entre éstas es tres veces más frecuente que entre las con unión conyugal, mientras el uso de la píldora predomina entre mujeres jóvenes, independientemente de la unión conyugal. Se comprueba aún, la generalización del uso de anticonceptivos en todo el país, inclusive en las áreas rurales (Idem). En 1998 los métodos de uso más prevalentes eran la ligadura tubaria (56,8%) y la píldora (29,3%) (Corrêa, Piola y Arilha, 1998), y se estima que entre 1983 y 2001, el 40% de mujeres entre 15 y 49 años de edad usaron la esterilización como método anticonceptivo, y a 3% de los hombres les practicaron la vasectomía.⁷⁴

Según la OPS (2003), sólo 4% de mujeres en unión conyugal entre 15 y 49 años de edad utiliza el condón como método anticonceptivo. Entretanto, aunque no se dispone de datos recientes sobre la prevalencia nacional de uso del condón, pesquisas específicas indican que su uso viene ampliándose, especialmente entre las mujeres más expuestas a la infección, como es el caso de jóvenes, trabajadoras sexuales, usuarias de drogas inyectables y compañeras de usuarios de drogas. En este campo, la introducción del preservativo femenino implicó un salto cualitativo. Son

distribuidos 4 millones de preservativos anualmente a través de 420 puntos de distribución en todas las regiones del país: 50 en la región norte, 130 en el nordeste, 70 en el centro-oeste, 150 en el sudeste y 120 en el sur. Brasil hoy consume 75% de la producción global de condones femeninos (Corrêa y Piola, 2003).

Entre las y los jóvenes (estudiantes de 10 y 24 años de edad), cerca de 63% admiten usar el preservativo, más en la teoría que en la práctica, pues asumen que la prevención no ocurre en todas las relaciones, debido principalmente a la falta de información correcta sobre los riesgos que corren. Además, el rechazo a la píldora es muy grande (UNESCO, 2004, *Revista Época*, No. 303, 8 de marzo de 2004).

Respecto a la anticoncepción de emergencia, su provisión está específicamente autorizada para los casos de violación hasta 72 horas después de ocurrido el hecho. El Ministerio de Salud aprobó recientemente uno de los fármacos utilizados en la anticoncepción de emergencia, aun cuando todavía no se encuentra disponible en el mercado nacional (CRLP/DEMUS, 2000:30).

En Brasil se estima que en 1998 ocurrieron cerca de 23 abortos no legales por 100 gestaciones, similar a la situación verificada en América Latina y el Caribe.⁷⁵ Según los registros oficiales, el aborto representaría 6% del total de causas de muerte materna (o 4,7% si excluimos los casos de embarazo molar y ectópico) y, específicamente, el aborto provocado 3,4% (Rocha y Andalaft Neto, 2003:267-268). En el perfil de la mortalidad materna surge como la cuarta causa principal de muerte por razones obstétricas directas (antecedida por la eclampsia, síndromes hemorrágicos e infecciones puerperales) (Tanaka, 2001, *apud* Rocha y Andalaft Neto, 2003:268).

El aborto continúa siendo ilegal en Brasil salvo las excepciones que establece la ley. Esta permite o, más precisamente, no penaliza el aborto cuando es practicado por médico en apenas dos circunstancias: cuando no hay otro medio de salvar la vida de la gestante (aborto necesario) y cuando la gravedad resulta de violación (Rocha y Andalaft Neto, 2003).⁷⁶ En el contexto de clandestinidad del aborto es muy importante considerar que los síndromes hemorrágicos y las infecciones puerperales ciertamente corresponden a la ocurrencia de muchos abortos y que esa condición de ilegalidad es también responsable por secuelas importantes en el perfil de la morbilidad y mortalidad brasileras (Costa, 1993, *apud* Rocha y Andalaft Neto, 2003:268). La elevada subnotificación de la muerte de mujeres por aborto es

74. El aumento significativo de la esterilización femenina en Brasil, en el período 1986-1996, se concentró fundamentalmente en las regiones nordeste, norte y centro-oeste (Vieira, 2003:167). Estudios demuestran que la falta de colaboración de los compañeros y la ilegalidad del aborto han sido factores importantes en la opción por la esterilización (Ávila y Barbosa, 1985). Se sabe que las mujeres se esterilizan por elección y que 80% está satisfecha, pero el arrepentimiento ocurre en los casos de esterilizadas muy jóvenes, falta de consejo y cambio de compañero (Vieira y Ford, 1996). Además de esas causas, otros estudios han identificado la formación del médico y la relación mujer-médico como factores importantes en la cristalización de la práctica (Berquó, 1998).

75. Esta estimación se basa en los procedimientos adoptados en la pesquisa del Instituto Alan Guttmacher sobre el aborto clandestino en América Latina, habiendo sido utilizado el factor de corrección 5 (The Alan Guttmacher Institute, 1994; Sorrentino, 2001, *apud* Rocha y Andalaft Neto, 2003:268).

76. Se trata del aborto legal previsto en el Código Penal de 1940, principal ley que dispone sobre el asunto, prohibiéndolo en casi todas las situaciones. Entretanto, a pesar de la incriminación legal, el aborto es ampliamente practicado y difícilmente existe condena judicial; y, por otro lado, en las circunstancias en las que el aborto es permitido, acaba siendo relativamente poco practicado, ya sea por la falta de acceso a los servicios, o por el recelo de la condena o desconocimiento de los trámites legales para realizarlo. Los costos del "haz cuenta" de esa ilegalidad son muy elevados para las mujeres, ya sea por las situaciones humanamente dolorosas a las que son expuestas, o por los graves riesgos a su salud (Rocha y Andalaft Neto, 2003:269).

constatada por investigaciones a nivel local, pero aun en ese escenario de subinformación, de un modo general, la mortalidad oficial es alta: *una mujer murió cada tres días, víctima de ese agravio, en el año de 1998* (Dossiê sobre aborto inseguro de la Red de Salud, Sorrentino, 2001, *apud* Rocha y Andalaft Neto, 2003:268).

Entre las jóvenes estudiantes de 10 a 24 años de edad, en todo el país, hubo cerca de 72 mil casos de búsqueda de aborto clandestino en un universo de 4,6 millones de estudiantes (UNESCO, 2004, *Revista Época*, No. 303, 8 de marzo de 2004).

En relación con la política social, donde se inserta la de salud, el padrón de intervención del Estado brasileño en el área social se remonta a las décadas de los 20 y de los 30, cuando los derechos sociales y de ciudadanía fueron vinculados al lugar del individuo en el mercado formal de trabajo a través de un sistema de previdencia social organizado por categorías profesionales en los Institutos de Jubilación y Pensiones que ofrecían asistencia médica diferenciada con coberturas desiguales. La atención a los grupos excluidos del proceso de desarrollo económico y las acciones de saneamiento fueron respondidas por el Ministerio de la Salud. El golpe militar de 1964, no solo implicó en la exclusión de la participación de los sindicatos del proceso de toma de decisión sectorial, reforzando una visión tecnócrata como además, desencadenó una reforma institucional y administrativa de grandes proporciones: unificó los Institutos de Jubilación y Pensiones (1966) y, en la década siguiente, creó el *Sistema Nacional de Previdencia Social* (1977), donde se insertaba la principal institución de servicios médicos, el *Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previdencia Social- INAMPS*. A partir de entonces se retiró *de facto* del Ministerio de Salud el poder de formulación de la política de salud. El resultado fue el predominio de la atención médica como modelo asistencial y como volumen de recursos. Para eso, los gobiernos militares combinaron una fuerte intervención del Estado como financiador y comprador de servicios al sector privado y el favoritismo de la asistencia hospitalaria en detrimento de la atención básica, de la preventiva y la salud pública.

Fue en contra de esa política cuando a mediados de los años setenta comenzó a delinearse un grupo, compuesto en su mayoría de médicos-sanitaristas militantes de la izquierda, que tenía su sede en algunos departamentos de medicina preventiva, institutos universitarios o de investigación, e instituciones de servicios. Desde allí, con base en una perspectiva médico-social, inició la lucha por el cambio en la política de salud.

Así, la construcción de un proyecto alternativo de reforma del sistema de salud en Brasil tiene antecedentes en los años setenta, aún en la época de la dictadura militar, y está articulado a la intensa transformación de la sociedad brasileña, principalmente durante los años ochenta, cuando el modelo de relaciones entre el Estado y la sociedad comenzó a ser duramente criticado, sobre todo en el área social. Son los años en los que la enorme deuda social acumulada durante el régimen militar pasó a ser cobrada, con el surgimiento de

nuevos actores y movimientos sociales, con extensa pauta de reivindicaciones, incluidas allí las demandas por más y mejores servicios y acciones de salud.

Desde los años 70 aquellos investigadores y profesionales del área de la salud pública se aglutinaron luchando en contra del poder militar y de su política de salud y formularon el concepto de Salud Colectiva, en la perspectiva de recuperar el lugar de lo social dentro del campo de la salud, como categoría analítica explicativa de la manifestación diferenciada de la enfermedad en los grupos sociales, y como ámbito de actuación y de definición de necesidades por los propios sujetos. El contexto de indignación creciente de diferentes grupos sociales en relación con el régimen militar se entrecruzaba con el descontento provocado por la política de salud, posibilitando las condiciones para la articulación de un movimiento nacional amplio por la reforma del sistema de salud - el movimiento por la reforma sanitaria. En torno a esa superposición de agravios se conformó una plataforma general de democratización que congregó a las diversas agrupaciones de izquierda (cívicas y de partidos políticos), sectores liberales, trabajadores y empresarios. En ese contexto de democratización amplia y de demanda por el pago de la deuda social acumulada, la plataforma político-ideológica de los salubristas-colectivistas permitía el reconocimiento de la salud no sólo como un problema exclusivo de la medicina a ser resuelto con servicios de salud; por el contrario, había que definirla primero como un problema social a ser enfrentado en el espacio público de manera que los servicios de salud no tuvieran los resultados de las políticas económicas y sociales. En contra de las principales características de la intervención social del período militar - centralización financiera y control de decisiones en el nivel federal, fragmentación institucional, ausencia de participación social y política, tendencia a privatización del aparato burocrático y favoritismo del sector privado en las relaciones público-privado - la propuesta del Sistema Único de Salud (SUS), que contempla la creación de un sistema nacional universal e integrado, con participación social en diferentes ámbitos de decisión, fue presentada como el medio necesario para convertir en realidad los anhelos de justicia social por parte de la población. En ese proceso, el concepto de salud colectiva fue la base teórico-científica a partir de la cual se concibió el SUS y se buscó instituir procedimientos sociales y políticos que permitieran revertir, aunque parcialmente, una tendencia de medicalización de los problemas sociales. El ámbito técnico fue así, en cierta medida, desplazado hacia el ámbito político (Pêgo y Almeida, 2002 a).

Concomitantemente, a lo largo del mismo periodo, el movimiento feminista participó activamente en la lucha por la redemocratización del país, aliando las reivindicaciones por la autonomía de la mujer y por justicia social, y buscando hacer que... *El sentido de la democracia se extendiera a las dimensiones de la vida cotidiana* (Ávila y Corrêa, 1999 *apud* Lago, 2003). En el momento inicial, los cuestionamientos hacia la opresión femenina en el campo de la sexualidad y de la reproducción, que marcaron la década en el escenario

feminista internacional, fueron estratégicamente minimizados, pues *la alianza con la Iglesia y con los partidos de izquierda era fundamental para la lucha contra el arbitrio* (Bastered, 1993 *apud* Lago, 2003).

Según el concepto de la medicina preventiva vigente en esa época, la asistencia a la mujer durante el embarazo atendía al objetivo de cuidar de la nueva generación desde muy temprano, desde el intra-útero y, secundariamente, de la salud de la mujer. Así, el equipo del centro de salud responsabilizaba a la mujer por seguir todas las orientaciones y apuntes para la asistencia a los niños después del nacimiento, pero les negaba asistencia a sus propias demandas tan luego el periodo pos parto terminaba.

La falta de provisión pública transfirió a las mujeres la responsabilidad y los costos relativos de la obtención de anticonceptivos. A lo largo de los años setenta, las mujeres urbanas ya tenían decidido tener menos hijos, pero sus opciones contraceptivas se restringían a la anticoncepción hormonal oral, que adquirían en las farmacias, aunque sin prescripción médica, a precios accesibles. El condón estaba disponible, pero los hombres no lo querían usar. Las mujeres que no toleraban los anticonceptivos orales buscaban a los médicos para que les hicieran la ligadura tubaria, que en ese periodo era dudosamente considerada ilegal y, por lo tanto, su realización no estaba cubierta por la seguridad social, ni por los convenios privados. Para ocultar la cirugía, los médicos pasaron a realizarla durante la cesárea y la mujer les pagaba por la esterilización. La asociación ligadura tubaria/cesárea contribuyó para aumentar la frecuencia de éstas, que ya estaba en ascensión desde 1971, cuando la seguridad social pasó a pagar honorarios médicos más altos en la cesárea que en el parto normal.

Así, en el inicio de los años ochenta, el panorama de la salud reproductiva de las mujeres brasileñas se caracterizaba por el exceso de la intervención médica sobre el cuerpo femenino, traducido en la elección de la cesárea como la mejor forma de parir y de la esterilización femenina como el mejor contraceptivo (Berquó, 1993, *apud* Lago, 2003). Lo anterior ligado con el retorno de mujeres que habían actuado en el movimiento feminista internacional durante el exilio y la distensión política conquistada en la transición democrática, posibilitaron que el discurso feminista agregase al debate por la democratización el fin de la dominación del cuerpo femenino y de la sumisión de la sexualidad femenina a la función reproductiva.

Por tanto, el camino para la construcción del nuevo sistema de salud brasileño contiene innumerables características similares e intersecciones con el trayecto que ha conducido a la conformación del campo político y técnico de salud de la mujer, lo que a su vez es concomitante con la construcción del campo de la salud colectiva. Históricamente, los dos eventos tienen origen en la sociedad civil organizada y en el contexto de lucha por la redemocratización, y a pesar de los caminos paralelos, se articulan en momentos históricos específicos, como en la Asamblea Nacional Constituyente (1987-1988) y en la defensa del *la salud como derecho de*

ciudadanía y deber del Estado (Constitución de 1988), y la creación del SUS, por ley específica en 1990.

Las divisiones internas, la ocupación de cargos en el aparato del Estado y la elaboración de programas alternativos de organización e implementación de las acciones de salud como estrategia de cambio también fue común a los dos movimientos.

Estos movimientos sociales y políticos, y el propio proceso de reforma, fueron concomitantes con una combinación de crisis económica, transición democrática y la revitalización de la sociedad civil organizada y del sistema político partidario. Esos factores influyeron de forma importante en la agenda política del gobierno y en la manera como las cuestiones económicas y sociales fueron encaminadas. Por ello, la implementación de la reforma fue fuertemente influenciada por esos factores coyunturales, y permanentemente amenazada por contradicciones y conflictos inherentes a la situación económica y política, en el plano doméstico e internacional, como también por los problemas internos del propio sector y las prioridades asignadas a la reforma del Estado (Almeida *et al*, 1999).

La reforma sanitaria brasileña se constituye de hecho en un cambio de grandes proporciones. El proyecto de reforma y la agenda concomitante eran bastante avanzados para la historia brasileña de políticas sociales meritocrático-particularistas. La concepción de seguridad social institucionalizada en la nueva Constitución (1988) incluye a toda la población, generalizando el acceso a beneficios y estableciendo la integración entre las distintas áreas de protección social con la creación del Presupuesto de la Seguridad Social (OSS) y del Sistema Único de Salud.

Aunque el OSS hubiese sido creado para enfrentar la crisis financiera de la Previsión Social y ampliar la base de solidaridad entre los ministerios del área, a través de la diversificación de las fuentes y del reordenamiento de las contribuciones sociales, no fue respetado, y la salud fue drásticamente penalizada en la década de los 90, tanto porque los traspasos regulares no se hicieron efectivos, como porque, a partir de 1993, las contribuciones sociales sobre los salarios fueron destinadas apenas para cubrir los beneficios propiamente previsionales (Afonso, 1994).

Irregularidades, fluctuaciones económicas y otros impases, tales como la propia inestabilidad de las autoridades sectoriales, con cambios frecuentes del Ministro de Salud y sus respectivos equipos, y la pérdida relativa de prioridad de la reforma sanitaria en las políticas de gobierno, llevaron al Ministerio de Salud a contraer enormes deudas, que significaron una pesada carga para los ejercicios presupuestales de la década de los 90 y exacerbaron el subfinanciamiento sectorial.

Además, en el proceso de hacer efectivo los ideales constitucionales se entrelazaron dinámicas contradictorias que repercutieron en el sector salud de forma particular. Mientras que las medidas de aplicación de la reforma privilegiaban la descentralización y pregonaban el fortalecimiento del sector público, los recursos para la salud

disminuyeron de manera importante en el período inmediato de su implementación, *pari passu* a la homogeneización del consenso político neoliberal durante el gobierno de Color de Mello (1990-1992), recuperándose parcialmente de forma muy inestable en los dos períodos de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), cuando el país pasó a aceptar claramente los condicionantes definidos por la comunidad financiera internacional y la actuación del Estado, y cuando los instrumentos de política sectorial habían sido subordinados al objetivo primordial de mantener el equilibrio macroeconómico. De tal forma, a partir de ese momento la lógica de la racionalidad económica pasó a guiar la reforma, lo que ha provocado fuertes tensiones entre el ejecutivo y los adeptos de la “reforma sanitaria ciudadana”, muchos de ellos pertenecientes al movimiento de reforma sanitaria, pero en ese entonces diputados y senadores, o asesores en el Congreso de los principales partidos de oposición, y secretarios de salud estatales y municipales. La adopción de propuestas de reforma administrativa del Estado, dirigidas hacia el quiebre del “monopolio” del Estado en el sector, completó el cuadro de contradicciones del proceso de reforma sectorial.

El proceso de descentralización avanzó y es el eje central de la construcción del SUS, con importantes cambios en las responsabilidades de los diferentes niveles de gobierno y en las reglas de asignación de recursos, pero manteniendo fuerte presencia del nivel federal. Ciertas dimensiones del proceso de descentralización adquirieron características específicas en el área de la salud: fue implementada a partir de las Normas Operacionales Básicas (NOB en 1991, 1992, 1993 y 1996) y, más recientemente, de la Norma Operacional de la Asistencia a la Salud (NOAS 2001, 2002), que definen distintos criterios de habilitación de los estados y municipios en períodos específicos de descentralización. Los niveles municipales se tornaron en los principales prestadores de servicios y las diferencias regionales, en términos de oferta de servicios, disminuyeron. Entretanto, la intensidad de esos cambios difiere bastante entre regiones, incluso dentro de una misma región o estado, en algunos casos con indicios de empeoramiento de la calidad de la atención (Barros, Piola y Vianna, 1996; Lucchese, 1996; Almeida *et al*, 1999; Travassos *et al*, 2000). En respuesta a estos desafíos, el nivel federal creó programas especiales (como el Programa de Agente Comunitario de Salud - PACS - en 1991, y el Programa de Salud de la Familia - PSF - desde 1994) y definió estrategias específicas para priorizar la atención básica y revertir el modelo asistencial, considerado excesivamente hospitalocéntrico. Fue creado entonces el Piso de la Atención Básica (PAB), con la NOB 1996, actualizado con las NOAS 2001 y 2002, a partir de lo cual se concreta el traspaso de recursos per cápita para ese nivel de atención.

En resumen, en febrero de 2004, la gran mayoría de los municipios brasileños estaban descentralizados (99,7%), de ellos 70,6% habilitados en la Gestión Plena de la Atención Básica y 10,2% en la Gestión Plena del Sistema Municipal, cubriendo prácticamente toda la población. El sur, sudeste y centro-oeste estaban con cerca de 100% de sus municipios

habilitados, seguidos del nordeste con 99,7% y el sudeste con 99,9% (MS, 2004).

El proceso de decisión se hizo más complejo con la creación en 1990 de los Consejos de Salud –nacional, estatales y municipales– colegiados de decisión y control social; y las Comisiones Intergestores –la federal (Comisión Intergestores Tripartita-CIT) creada en 1991 y las estatales (Comisiones Intergestores Bipartita-CIB) en 1993– órganos técnicos de negociación compuestos por representantes de los secretarios de salud y de la tecnoburocracia del Ministerio de Salud en el caso de la CIT, y por los representantes de los secretarios municipales de salud y de la secretaría estatal de salud, en las CIB. Estos órganos se transformaron en instancias de decisión, pero paulatinamente las Comisiones Intergestores pasaron a dominar el proceso, sobre todo la CIT, en lo cual los representantes de los secretarios de salud de los estados y municipios juegan un papel importante (Almeida *et al*, 1999a). Las Conferencias Nacionales y los Consejos de Salud –estatales y municipales– actúan con regularidad, pero su dinámica refleja el juego de fuerzas del poder local, evidenciando el dilema de construcción de un sistema único de salud en un país continental, con enorme diversidad y heterogeneidad en todos ámbitos.

Toda esa dinámica condicionó el proceso de implementación del SUS y alteró el propio contenido de la propuesta original de la reforma sanitaria, afectando de forma significativa y diferenciada, tanto la asignación presupuestal en el sistema de servicios, como el acceso, la utilización y la calidad de la asistencia (Porto, 1993; Barros, 1996; Vianna y Piola, 1994; Giovanella *et al*, 1996; Almeida *et al*, 1999, 2000; Travasso, *et al*, 2000). Por otro lado, la especificidad del proceso de reforma brasileiro aparentemente se diluye cuando la reforma sale del papel y enfrenta la realidad de cambios en los distintos ámbitos intra y extra sectoriales - ajustes macroeconómicos, reforma administrativa del Estado e implementación de nuevos modelos de gestión del sistema.

Así, la implementación del SUS se viene dando de forma heterogénea y desigual en los diversos estados y municipios, con indicativos de empeoramiento de la calidad de la asistencia, toda vez que no ha sido acompañada de las inversiones necesarias. Paralelamente, se observó la restructuración de los mercados de servicios de salud y el *mix* público y privado se configura de forma distinta entre los estados de la federación (Almeida, 1998; Bahia, 2001). En otras palabras, el *stress* fiscal provocado por el proceso de ajuste económico, contribuyó para el deterioro de los servicios públicos y de la red privada convenida con el Estado, así como para la expansión del sector de seguros privados que, entretanto, ya alcanzó su “límite” en términos de crecimiento acelerado. En paralelo y en respuesta al cúmulo de demandas civiles en contra del sector de seguros privados, en los últimos años el gobierno y el Congreso entraron en un arduo proceso de regulación de ese sector, que cuenta con cabildos poderosos, bien organizados y fuertemente arraigados en la política sectorial.

El SUS municipalizado tropieza en las profundas disparidades regionales, en los cuellos de botella colocados por la situación económica y en la falta de coordinación y mecanismos redistributivos más efectivos. Algunas innovaciones como la creación de agencias reguladoras autónomas (como la de vigilancia sanitaria, la de regulación del sector de seguros privados), la propuesta del ejecutivo federal de privilegiar la atención básica en el ámbito municipal a través del pago per cápita (PAB), de fomentar con incentivos programas especiales (PACS y PSF), sin una adecuada reestructuración de la red de servicios, trae el riesgo de aumentar o profundizar la fragmentación del sistema y promover la focalización en determinados tipos de atención para grupos específicos. A su vez, los municipalistas beneficiados con nuevas cuotas de poder acabaron por incorporar algunas de las “innovaciones” gerenciales que resultaron tanto de sus experiencias en la administración del sector, como de la difusión masiva de los “nuevos modelos de reforma” (tercerización, introducción de mecanismos competitivos y de gerencia empresarial) a cargo, sobre todo, de los organismos internacionales.

En síntesis, el SUS está inmerso en la etapa de contrarrestar procesos de naturaleza macro, que fijan nuevas pautas para viejos atolladeros del sector, como son la incorporación de innovaciones, la regulación y la cuestión financiera. Por otro lado, recién fue aprobado un porcentaje definitivo de recursos del OSS para la salud (2004), importante punto en la agenda universalista de reforma desde la Constituyente, que entretanto, viene siendo cuestionado por el área económica del actual gobierno.

Por tanto, es en el interior de las dinámicas, racionalizadora y universalista, instrumentalizadas por las diversas fuerzas sociales y políticas en disputa por el control del modelo de desarrollo como se va desarrollando el proceso de reforma sectorial. Evidentemente, un nuevo sistema de salud viene siendo construido, cuya mayor característica está en constituirse en un sistema abierto a los diversos grupos sociales y que logró cambiar su eje de decisión, exclusivamente centrado en Brasilia para la incorporación de actores de los estados y municipios, aunque la implementación de la reforma no garantiza todavía el logro de mejores niveles de equidad, particularmente en una coyuntura de larga duración que continúa generando pobreza, y a la cual no se le ve fin en un futuro cercano.

Respecto a la SSR, el debate acerca de la autonomía femenina desde el cuerpo, entendido como el espacio más privado de la existencia, hasta su proyecto de vida en el ámbito privado y público se articuló con la demanda por una asistencia a la salud de la mujer, según sus propias necesidades. Este movimiento se difundió por el país, involucrando un gran número de mujeres de distintas clases sociales en encuentros y grupos de discusión, creando foros,

organizaciones y comisiones (en el ejecutivo, en el parlamento y en la sociedad civil) específicas para llevar adelante esa lucha (Corrêa, Piola y Arilha, 1998; Corrêa y Piola, 2003).

El retorno de elecciones para los gobiernos estatales, señalado para 1982, propició la incorporación de parte de la agenda feminista en las plataformas de gobierno por candidatas opositoras quienes lograron elegirse en algunos estados, como São Paulo. En este estado, un grupo constituido por técnicas de la Secretaria de Salud, científicas, trabajadoras sociales y representantes del movimiento organizado de mujeres fue encargado de formular el programa estatal de atención integral a la salud de la mujer, tan pronto el gobierno electo se estableció, en el inicio de 1983. Casi simultáneamente, un grupo de trabajo fue también creado por el Ministerio de Salud, compuesto por técnicas feministas del Ministerio y médicos de la Universidad de Campinas, quienes elaboraron el documento de directrices del programa nacional, después ampliamente debatido por el movimiento de mujeres (Costa, 1999) y, finalmente, publicado como “Asistencia Integral a la Salud de la Mujer: Bases de Acción Programática”, en 1984 (MS, 1984), traducido en el año siguiente en el Programa de Atención Integral de Salud de la Mujer (PAISM, 1985).

Formulado durante el proceso de discusión de la reforma sanitaria brasilera, el PAISM se basó en las premisas que inspiraron la reestructuración del sistema de salud -prioridad para la atención básica, prevención de la enfermedad, promoción de la salud e integralidad en la atención- que, originalmente, articulaba actividades de control pre-natal, asistencia al parto y puerperio, prevención del cáncer, infecciones sexualmente transmisibles, atención a las adolescentes y menopáusicas y asistencia a la anticoncepción. El PAISM se distanciaba de la óptica materno-infantil que, durante décadas, había dominado el modelo de asistencia. A partir de su formulación, la pauta de las feministas brasileras combinaría la demanda por la legalización del aborto y la reivindicación por una política pública amplia de salud reproductiva. En 1986, fue creada en el Ministerio de Salud una Comisión de Estudios de los Derechos de la Reproducción Humana (Corrêa, Piola y Arilha, 1998). Los consejos estatales de derechos de la mujer (creados en 1982) y el CNDM (creado en 1985) dieron soporte a las premisas del Programa. El CNDM apoyó la movilización de las organizaciones de mujeres durante la elaboración de la nueva Constitución y participó en negociaciones para la captación de recursos de la cooperación internacional para el PAISM.⁷⁷

Pero fue concebido como un programa especial del Ministerio de Salud, e implementado básicamente con énfasis en acciones para determinados grupos y sobre problemas epidemiológicos específicos, estructurado como programa vertical, dejando al Ministerio de Salud el papel central en su

77. Un convenio entre el FNUAP y el Ministerio de Salud, entre 1986 y 1990, transfirió 25 millones de dólares para la implementación del programa. También fueron realizadas inversiones de la OPAS en capacitación de personal y entrenamiento.

implementación, inclusive en la distribución de insumos.⁷⁸ En 1984, cuando el PAISM fue formulado, en el inicio de la década de los 90, los problemas de la reformulación del sistema de salud repercutirían también en el programa, afectando la inversión de recursos, la operacionalidad de las acciones, la calidad de los servicios y el acceso, llevando al distanciamiento gradual de su formulación original.

Durante su implementación (1984-1998) se consolidó cada vez más como un programa vertical, además de que paulatinamente sus componentes fueron desmembrados. Así, en 1988, el “componente adolescente” se desvinculó, transformándose en otro programa especial el Programa de Salud del Adolescente (PROSAD); y, en 1986, se creó el Programa Nacional de Enfermedades Transmisibles, renombrado, en 1988, como Programa Nacional de SIDA (PNAIDS), y ambos movilizaron la creación en los estados de centros formadores de profesionales de la salud que no se comunicaban entre sí. Además, en 1986, se efectuó una gran inyección de recursos en el PAISM, inclusive internacionales, después de negociaciones con el Banco Mundial, que incluyó también al PNAIDS (en 1992), fortaleciéndose la coordinación nacional con las actividades de normatización y supervisión, y favoreciendo la fragmentación y el aislamiento (Corrêa, Piola y Arilha, 1998).

Hasta hace muy poco, esa disociación prevaleció en el ámbito del Ministerio de Salud, reproduciéndose en los estados y municipios. Entre 1993 y 1997, la coordinación central del programa profundizó los vínculos con las Coordinaciones Estatales de Salud de la Mujer, incluyendo la transferencia de recursos. Esa lógica verticalista se había mostrado totalmente insuficiente en el contexto de la descentralización, además de que los problemas conyunturales también habían interferido de forma importante en el desarrollo del Programa.

Por ello, la implementación del PAISM no fue satisfactoria, porque no se logró incorporar en la mayoría de los servicios la oferta simultánea de todas las actividades previstas en el programa ni la perspectiva de atención integral a la persona en la práctica cotidiana de los servicios de salud y de una gran parte de los profesionales. Pero, asimismo con estas limitaciones, se amplió el acceso de las mujeres a servicios públicos de salud para otras demandas en salud reproductiva diferentes a la atención al embarazo (Lago, 2003). El más importante fue el intento de ruptura con el paradigma tradicional de la atención utilitarista a la salud de la madre, la que quedó registrada en el pensamiento de los teóricos y gestores clave de la reforma sanitaria, aunque su traducción a la práctica requiera más tiempo histórico, o mejor, la formulación de nuevos saberes y herramientas para su operacionalización.

En resumen, la materialización de la reforma sanitaria brasilera presupone un cambio estructural del sistema de

salud de gran envergadura, que no incluye sólo redefiniciones de fuentes de recursos e incentivos adecuados, reorganizaciones institucionales, administrativas y gerenciales, sino también, alteraciones profundas en el proceso de trabajo, en la forma como la atención a la salud es producida en el que hacer cotidiano de los servicios, desde la relación entre el profesional y usuario/cliente/ciudadano y este mismo profesional con la comunidad y población a la que debe atender.

Por lo demás, esta reestructuración ha exigido un gran activismo regulador por parte del Estado, teniendo en mente la necesidad de conjugar una multiplicidad de metas e intereses institucionales, técnicos y sociales en torno al objetivo de la implementación del SUS, cuyo eje fundamental está en la política de descentralización. Esto ha significado el desarrollo de capacidades reguladoras abarcando amplios ámbitos de intervención, como las relaciones entre poderes, entre instituciones del Ejecutivo, entre niveles de gobierno y entre actores (públicos y privados); la definición de reglas de financiamiento y formas de pago de programas y actividades; la fiscalización del subsector privado de asistencia médica; la formación y reciclaje de recursos humanos, además, de la necesidad de revisión y reestructuración del *mix* público y privado en el sistema de servicios de salud, en sus variadas dimensiones.

Por tanto, la dinámica de implementación de la reforma envuelve una infinidad de medidas de diversas envergaduras y amplitud, pero se puede afirmar que en ella cabe un papel central la estructura decisoria formal configurada con la reforma: Comisiones de Intergestores y Consejos de Salud (nacional, estatales y municipales). Diseñados en una perspectiva democratizadora, esos foros constituyen el *locus* privilegiado donde los representantes de los diversos intereses sectoriales expresan su voz y voto. Entretanto, esa dinámica ha desplazado los movimientos de participación y expresión en el área sectorial para las Comisiones Intergestoras (a escala federal y estatal), eminentemente tecnoburocráticas, lo que se traduce en deliberaciones no exentas de contradicciones, desfases o superposiciones. La CIT cumple un papel arbitrario en las complicadas negociaciones relativas a la descentralización política, administrativa y financiera del SUS, una vez que reúne, en el ámbito federal, los principales gestores de la arena sectorial. Esa institucionalización rescata, en cierta medida, el poder de la tecnoburocracia y trae, para ese foro privilegiado de negociación entre gestores, los conflictos inherentes a las relaciones entre los diversos niveles de gobierno. Eso se da también en detrimento y en cierto desprestigio de los foros colegiados con participación paritaria de la sociedad civil, como los Consejos de Salud, en los diversos niveles de gobierno.

Sin embargo, la forma como fue estructurada la arena decisoria legítima, con las negociaciones que pautaron la

78. Estaba ubicado en la Secretaría Nacional de Programas Especiales (SNEPS), conjuntamente con Alimentación y Nutrición, Hanseníasis, Tuberculosis, Dermatología (que incluía Enfermedades Venéreas), etcétera.

elaboración y aprobación de las Normas Operacionales Básicas (NOB), sobretudo las NOB 1993 y 1996, y más recientemente de la Norma de Asistencia a la Salud (NOAS 2001, 2002), las prioridades definidas por el nivel central. Sin sombra de duda, la mayor politización de las discusiones sobre la reforma sectorial, la complejidad de las negociaciones y la obligatoriedad de exposición al debate de diferentes “proyectos” y perspectivas en la implementación de la reforma, es una ganancia *per se*.

La estructuración de las diferentes condiciones de gestión descentralizada y las innumerables condicionalidades, exigencias y reglas de trasposos, configuran una excesiva normatización o *compulsión normalizadora* (Goulart, 2001:293) conformando lo que algunos autores llaman *descentralización tutelada*, en la cual *hay excesivo control sobre los medios de operación y flojos instrumentos de evaluación de resultados* (Arretche y Rodríguez, 1999:130). Por otro lado, también existiría una cierta *utopía isonomista* (Goulart, 2001:293), esto es, la tendencia de tratar la realidad extremadamente diversificada, característica de un país continental como Brasil, dentro de los límites de las normas. Esa dinámica sería responsable, por un lado, por la baja capacidad de innovación de gran parte de los entes descentralizados, transformados en meros “satisfactores de requisitos”, sin ser estimulados a pensar de forma creativa sobre la realidad local, las necesidades de las poblaciones bajo su responsabilidad, o incluso a ser capacitados o apoyados para desarrollar mayor capacidad de implementación a nivel local. Y, por otro lado, fortalecería la tecnoburocracia que históricamente detenta un mayor poder de regateo. Además, las dificultades derivadas de la insuficiencia de recursos, generadas por los problemas del financiamiento a escala nacional, ha absorbido de forma importante el debate en esos foros decisivos, cuyos límites son definidos por el ejecutivo. En otras palabras, los arreglos institucionales modelan los canales de participación y control social y condicionan los términos del debate político.

Estas consideraciones son importantes para la discusión de la reforma sanitaria brasilera, una vez que está inserta en un proceso más amplio de pasar desde una forma extrema de federalismo centralizado hacia alguna modalidad de federalismo cooperativo, que aún no está claramente delineada e implementada. Entretanto, la experiencia sectorial es compleja en sí, pero al mismo tiempo bastante aclaradora.

Los nuevos arreglos institucionales implementados con el proceso de descentralización en la salud configuran una dinámica innovadora, sin duda, que ha alterado la correlación de fuerzas en la arena decisoria y permitido la negociación de políticas que, si por un lado pueden legitimar diseños restrictivos, por otro, pueden apuntar hacia una reversión del modelo asistencial, con mayor protagonismo de los sistemas estatales y locales en la estructuración de sus respectivos sistemas de salud y, posiblemente, el alcance de mayores niveles de equidad.

Por otra parte, la priorización de la atención básica, con la

transferencia de recursos *per capita* y con el énfasis atribuido al PSF como principal estrategia de cambio del modelo asistencial, incentivando las prácticas de prevención de la enfermedad, promoción, protección y recuperación de la salud de forma integral, si no es acompañada de inversiones substantivas y reorganización de los demás niveles de atención, puede no ser efectiva y transformarse en una forma focalizada de priorizar la atención para determinados grupos poblacionales, pues no siempre el aumento de la capacidad instalada (en el caso equipos del PSF y de agentes comunitarios de salud) resulta en aumento de la cobertura; y tampoco la atención integral está garantizada pues los incentivos no privilegian ni están orientados para promover la articulación entre niveles de atención.

Concretamente, con los cambios en la asignación de recursos para la atención básica, implementados a partir de 1998 con la creación del PAB, se observa alguna mejora en la redistribución de recursos. Entretanto, esa nueva distribución sistemática, a pesar de igualar valores *per capita* para el financiamiento de actividades ambulatorias consideradas básicas, no tome en cuenta las desigualdades interregionales, tanto en lo que se refiere a las necesidades existentes, como a la red de servicios asistenciales en las diferentes regiones. Por tanto, el *efecto homogeneizador* del PAB, que posibilitó ampliar para el conjunto de los municipios que no alcanzaban la producción correspondiente a R\$ 10,00 por habitante/año, y la no significancia de la reducción para algunos municipios, provocada con la fijación del límite máximo para el PAB (Levcovitz, *et al*, 2001:288), aunque puede ser más redistributivo puede no ser más equitativo, una vez que el alcance de la equidad presupone la distribución desigual de recursos, para compensar las desigualdades. Además, el uso de las series históricas como base de cálculo para el financiamiento de la atención básica, sin ajustes por algún indicador de necesidades (aunque utilizándose *proxies* como los indicadores de morbilidad), perpetúa la desigualdad o carencias históricas (Silva, 2001 *apud* Almeida *et al*, 1999). Las diferentes estrategias para el financiamiento de la atención básica, por un lado, y de los demás procedimientos de mayor complejidad y la atención hospitalaria, por otro, no facilitan el cambio del modelo centrado en la asistencia médica ni alteran las asimetrías históricas entre el sector público y el privado.

En ese sentido, el balance de las realizaciones en el área de SSR y de los efectos de la reforma destacan algunos temas interrelacionados, acerca de los cuales amerita reflexionar.

En un contexto de falta de recursos y crisis políticas variadas, el proceso adoptado para el reordenamiento institucional rumbo a la conformación del SUS, centrado en la descentralización e implementado de forma específica, provocó de inmediato un desorden en la asistencia y, en el caso de la atención a la salud de la mujer, hasta un retroceso en la primera mitad de los años 90. La redefinición de competencias de los diferentes niveles del gobierno, el proceso de descentralización de la asistencia y la resistencia, o intolerancia, de los “reformadores” para evaluar el papel de

las propuestas verticales de atención, llevaron a la discontinuidad de los programas de salud y a la consecuente interrupción de la implementación del PAISM (Lago, 2003).

Esto se agravó por la dificultad de operacionalización generada por el debate acerca de las concepciones de horizontalidad de la asistencia y organización de la atención mediante las demandas manifestadas por los usuarios y las usuarias en los servicios o por las necesidades de salud de la población *versus* la organización de la asistencia mediante programas o problemas prioritarios, así como la discusión acerca de la focalización. En medio de estas ambivalencias, la desarticulación en el ámbito federal y estatal de los programas que se habían iniciado en la década anterior, terminó haciendo que los servicios básicos de salud, en la mayoría de los municipios, retrocedieran en la organización programática de la atención a los adultos, y pasasen a asistirlos con base en el modelo de “pronta respuesta”, restringiendo el enfoque preventivo a los programas tradicionales de puericultura, control prenatal y vacunación (Lago, 2003).

La dimensión continental del país, la pulverización administrativa en más de cinco mil municipios y la insuficiencia numérica de cuadros en el movimiento organizado de mujeres para hacer frente a estos problemas, imposibilitó que el trabajo de *advocacy* fuera más capital. La prioridad a la salud de la mujer, anteriormente conquistada en el ámbito federal, no fue reiterada en los niveles estatales ni municipales, con muy pocas excepciones. En verdad, un retroceso normativo también ocurrió en el Ministerio de la Salud en este período, con el cambio del personal dirigente y el retorno del enfoque materno-infantil.

La cooperación internacional para el desarrollo del PAISM, básicamente proporcionada por el FNUAP, fue siempre más técnica que financiera y el aporte declinó rápidamente, pues las encuestas nacionales de demografía mostraron, ya en la mitad de los años 80, la declinación acentuada de las tasas de fecundidad, principal objetivo de la cooperación, aunque presentado como ampliación del acceso de las mujeres a la anticoncepción.

Durante la última década del siglo XX, el movimiento de mujeres se amplió, profundizó su organización, y se fortaleció estratégicamente con la creación de la Red Nacional Feminista de Salud y de Derechos Sexuales y Reproductivos⁷⁹ en 1991, teniendo entre sus principios la defensa de la implementación de acciones integrales de atención a la salud de la mujer en el SUS, el reconocimiento de la violencia sexual, racial y doméstica como violación a los derechos humanos y la descriminalización del aborto (Red Feminista, 2002). Esta articulación fue fundamental para ampliar el

número y la calificación de grupos de mujeres en el campo y para intensificar la actuación junto al legislativo, al gobierno federal, a los gobiernos estatales y municipales en las ciudades más grandes, incluyendo la participación en consejos estatales y municipales de salud (Corrêa, Piola y Arilha, 1998; Corrêa y Piola, 2003).

Otro hecho importante en esta década fue la realización de las Conferencias Internacionales de El Cairo (1994) y Beijing (1995). En el proceso de preparación para la CIPD, los principios originales del PAISM serían revitalizados. En septiembre de 1993, las organizaciones de mujeres realizaron un evento en el Congreso Nacional, en el que la implementación del Programa y la legalización del aborto fueron confirmadas como reivindicaciones prioritarias (Corrêa *et al*, 1998; Corrêa, Piola y Arilha, 2003). Además, las plataformas de acción generadas en las dos Conferencias pasarían a ser utilizadas como un instrumento de presión sobre el Estado por la concretización de políticas efectivas para ampliar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. El caso más expresivo fue el impulso conferido por la plataforma de El Cairo a la implementación de la atención al aborto en los casos previstos en la ley. El aborto en casos de gravidez por estupro y para salvar la vida de la madre está previsto en el Código Penal brasileño desde 1940, pero hasta 1994 existían apenas tres servicios públicos que lo hacían, todos en el estado de São Paulo.

En 1996, por iniciativa de la representación feminista en el Consejo Nacional de Salud fue reactivada la Comisión Intersectorial de Salud de la Mujer (CISMU),⁸⁰ como una instancia asesora. La comisión es responsable del monitoreo de la política en salud de la mujer. Todas las propuestas de acción del Ministerio de Salud en este campo deben ser debatidas en la comisión, la que posteriormente presenta su parecer a la plenaria del consejo. Además, puede formular propuestas de Resolución examinadas y eventualmente aprobadas por el Consejo. Entre las principales resoluciones aprobadas están la introducción de la notificación de muertes maternas y la implementación de servicios para la atención del aborto en los casos permitidos por ley en el SUS en 1997. Esta Resolución sería firmada y publicada por el Ministro de Salud en marzo de 1998.

Las dificultades en transponer a la realidad los avances conquistados en la Constitución de 1988, en términos de los derechos reproductivos, fueron bastante grandes. Una propuesta de reforma constitucional para incluir en su preámbulo el derecho a la vida desde la concepción sería presentada al Congreso Nacional en septiembre de 1995, y vendría a ser archivada en virtud de la intensa movilización de feministas, políticos aliados, médicos progresistas y de la

79. La Red Nacional Feminista de Derechos y Salud Sexual y Reproductiva congrega hoy 113 entidades (grupos de mujeres, ONG, núcleos de investigación, asociaciones sindicales, consejos de derechos de las mujeres), activistas feministas y profesionales que actúan en el campo (Rede Feminista, 2002). La Red mantiene aun una página en la internet (www.redesaude.org.br), con publicaciones, datos e informaciones.

80. Los Consejos pueden crear comisiones asesoras para examinar temas de mayor relevancia y /o especificidad, sugiriendo direccionamientos para debate y deliberación por parte de la plenaria. A CISMU ya había funcionado entre 1993 y 1994, pero estaba desarticulada en 1996 y, en su nueva composición, pasó a contar con cuatro representaciones ministeriales y siete de la sociedad civil (Corrêa *et al*, 1998, 2003).

reacción desfavorable de los medios de comunicación masiva, ya que esta reforma implicaría necesariamente la extinción de las autorizaciones para el aborto en caso de estupro y riesgo de vida de la madre, contempladas en el Código Penal legal (Corrêa *et al*, 1998, 2003; Lago, 2003).

Proyectos para reglamentar la planificación familiar, según los principios constitucionales, se tramitaron en el Congreso hasta 1996 bajo intensa presión de los “controlistas”, de los representantes de la Iglesia Católica, de las asociaciones médicas y de las feministas. La ley fue aprobada por el Congreso en 1996, pero los artículos referentes al acceso a la esterilización femenina y masculina fueron vetados por el Presidente. En respuesta a la intensa movilización del movimiento de mujeres y a la interferencia del Consejo Nacional de los Derechos de la Mujer, el veto sería posteriormente anulado por el Congreso Nacional y los respectivos artículos finalmente sancionados por el Presidente en 1997. La ley establece el deber del Estado de proporcionar el acceso a informaciones y a medios para la planificación familiar, responsabilizando a las instancias gestoras del SUS en los tres niveles de gobierno por hacerlo como parte integrante de la atención integral a la salud de la mujer. Respecto a la esterilización, establece como prerequisites, la mayoría legal (en esa época 21 años de edad y recién aumentada para 18), que tenga por lo menos dos hijos, o la edad mínima de 25 años y el consentimiento firmado de la pareja. El proveedor sólo podrá realizar el procedimiento después de mínimo 60 días de la solicitud, periodo cuando se debe ofrecer a la o al solicitante informaciones y acceso a todos los métodos no quirúrgicos de contracepción y, principalmente, aclararle las consecuencias negativas de la opción por una alternativa definitiva. La ley también impide la realización de la ligadura tubaria en el momento del parto, con excepción de situaciones obstétricas específicas, y establece castigos para los proveedores que no obedecieran a cualquiera de los condicionantes previstos. El proceso de negociación que tornó posible la aprobación de la ley en el Congreso derrotó la posición de la jerarquía católica que se opone al uso de prácticas no naturales para la regulación de la fecundidad, pero, como ocurre en toda negociación, no atendió completamente a ninguno de los actores involucrados en el debate. La necesidad de consentimiento firmado por el marido para que la mujer pueda esterilizarse significa, sin duda, una restricción a su autonomía sobre la reproducción y su proyecto de vida, contrariando los principios básicos de la lucha feminista.

Las asociaciones médicas se opusieron (y se siguen oponiendo) a la interferencia del legislativo o del Estado en decisiones que consideran exclusivas de la relación médico-paciente, como la definición del mejor momento y de la vía para realización de ligadura tubaria. Además, los límites de edad y de paridad dividieron las opiniones transversalmente en todos los grupos, yendo desde posiciones más liberales que entienden el requerimiento de dos hijos y la no adopción de la mayoría legal como único prerequisite para la solicitante, como limitación de su capacidad de

decisión, hasta el rechazo en aceptarlos por considerar que son muy precoces y estarían favoreciendo altos porcentajes de arrepentimiento pos esterilización.

La primera normatización de la ley por el Ministerio de la Salud incluyó el pago de los procedimientos para esterilización femenina y masculina, ya en 1997, pero no sería suficiente, pues no había consenso sobre el significado del “momento del parto”, como impedimento para la esterilización. Esta definición operacional sería hecha por el Ministerio de Salud apenas en 1998, introduciendo todavía más polémica, por establecer 42 días como intervalo mínimo entre el parto y el procedimiento.

Respecto al SUS, discutido anteriormente, la definición de prioridad para la atención básica, con incentivos financieros específicos -el establecimiento del financiamiento per cápita- y transferencia directa a los municipios de estos valores, y con programas especiales específicos -PACS y PSF- fue el avance más significativo en la segunda mitad de los años 90. La gran mayoría de los municipios respondió positivamente a esta medida, ampliando la cobertura de la atención básica a la población. En el caso de la salud de la mujer, el número de consultas anuales de control prenatal realizadas en el SUS aumentó 70% entre 1997 y 1998 (Lago, 2003).

La salud de la mujer retornaría entonces como prioridad de la política nacional de salud sólo en 1998, con un nuevo cambio de Ministro y la creación del Area Técnica de Salud de la Mujer en el Ministerio de la Salud, que definió prioridades a partir de los principales problemas de salud de las mujeres a ser enfrentados. Tenía por objetivos últimos asegurar los derechos reproductivos, reducir la mortalidad femenina por causas evitables, en particular la mortalidad materna, por cáncer del cuello uterino y por el SIDA, e insertar al sector salud en el esfuerzo nacional para enfrentar la violencia contra la mujer. La formulación de estrategias para alcanzar estos objetivos buscó utilizar mecanismos de gestión del SUS que pudiesen inducir a los gestores estatales y municipales a priorizar la atención a las mujeres, organizar y adecuar los diferentes niveles de asistencia para responder a las necesidades y favorecer la atención a las mujeres habitualmente excluidas. Además, se procuró identificar formas de financiamiento sustentable para la atención a las mujeres, y consolidar el involucramiento de actores clave intra y extra sistema en la formulación e implementación de las acciones. La incapacidad de desarrollar una estrategia que permitiera abordar al mismo tiempo los principales componentes de la atención integral a la mujer, permitió a la opción de trabajar con cada problema a su vez.

En relación con la atención a la mujer durante el embarazo, se implementó un conjunto de medidas para humanizar la atención al parto, para calificar el control prenatal y para ampliar el conocimiento de las mujeres sobre los componentes importantes de esta asistencia, incentivando el control social. Las medidas incluyeron aumento substancial en el valor pagado a los proveedores por la asistencia del parto, reconocimiento del pago por el parto asistido por enfermera obstétrica en el mismo valor pagado al médico, el

establecimiento de un porcentaje máximo y descendente de cesáreas pagadas por el SUS en cada hospital, premios en dinero para hospitales que ofrecen atención humanizada a la mujer, incentivos financieros transferidos a los municipios por gestante asistida adecuadamente, según indicadores de proceso, y el apoyo a la Red Nacional Feminista de Derechos y Salud Sexual y Reproductiva para la producción y distribución de una cartilla sobre los derechos de la mujer embarazada frente a los servicios de salud. Estas medidas llevaron a la reducción de las tasas de cesáreas y de la letalidad materna hospitalaria en el SUS ya a partir de 1999 (Lago, 2003).

Para ampliar la cobertura de acciones de detección precoz y tratamiento oportuno de las formas precursoras y del cáncer del cuello uterino, en colaboración con el Instituto Nacional de Cáncer, se realizó una campaña nacional en agosto/septiembre de 1998, convocando a mujeres con edad entre 35 y 49 años que nunca se hubiesen hecho el examen citopatológico o tuvieran hasta tres o más años sin haberse practicado. La convocatoria fue precedida por una enorme movilización del sistema y destinación de recursos financieros para ampliar la capacidad operacional de respuesta que incluyó la contratación temporal de médicos citopatólogos movilizados por la Sociedad Brasileña de Citopatología, y la capacitación de profesionales de la salud para la recolección de material, y de médicos para la cirugía de alta frecuencia. Se firmaron convenios con las asociaciones médicas y de enfermeras para la ejecución de los entrenamientos. Se introdujeron incentivos financieros para los municipios y proveedores de servicios de mediana complejidad. Se adquirieron insumos para el examen, medicamentos y equipamientos para dar sustento a la acción. Se introdujo un sistema nacional de información para monitorear el patrón epidemiológico de las alteraciones y permitir a las localidades el contacto con las mujeres que necesiten de tratamiento, en caso de no procurar el servicio. Se establecieron convenios con ONG feministas para formar promotoras de la prevención. Aproximadamente 3 millones de mujeres participaron de la campaña, y casi 1 millón informó haberse realizado el examen por primera vez. A más de 12 mil mujeres les fue diagnosticada una lesión precursora o el cáncer del cuello uterino, 9 mil fueron tratadas, pero no fue posible identificar lo que ocurrió con 2700 mujeres (INCA, 2002). Todos los incentivos financieros creados en la campaña y el sistema de información fueron incorporados a la rutina del SUS, para estimular el mantenimiento de la ampliación de la capacidad operacional conquistada y dar continuidad a las actividades en el que hacer cotidiano de los servicios.⁸¹ Los resultados fueron considerados positivos por el Ministerio de la Salud, que propuso acoplar al programa de rutina la realización de campañas dirigidas para este grupo poblacional cada tres años, pues la frecuencia con la cual las mujeres

procuran los servicios de salud disminuye bastante a partir de los 30 años de edad y es exactamente entre los 35 y 49 años cuando la probabilidad de tener un cáncer no invasivo es más grande. Una segunda campaña debería realizarse en 2001, pero problemas administrativos determinaron el cambio para 2002. El impacto de la estrategia adoptada tendría que ser evaluado a partir de la disponibilidad de los óbitos registrados en 2004, cuando pueden empezar a surgir efectos sobre las tasas de mortalidad.

Respecto a la epidemia del SIDA en la población femenina, no se logró definir claramente una política específica para su enfrentamiento. No obstante la calidad del programa brasileño de combate a la epidemia, el interés de las dos áreas técnicas (SIDA y Salud de la Mujer) y los esfuerzos para construir una acción conjunta, varios obstáculos persistieron e impidieron esta formulación. La comprensión más general de que el patrón de subordinación de género presente en las relaciones entre hombres y mujeres dificulta la negociación del sexo seguro, exacerbando la vulnerabilidad femenina a la infección, no es suficiente para subsidiar propuestas concretas y eficaces de prevención. Por lo contrario, tiende a estimular intervenciones inocuas, sino equivocadas. Un buen ejemplo de esto está en la “creencia” de que hoy la transmisión heterosexual en el país afecta mayoritariamente a las mujeres “casadas” con hombres heterosexuales, y sexualmente fieles a sus maridos, sin que exista un solo estudio de prevalencia que lo tenga verificado. Tal afirmación derivó de inferencias a partir de variables constantes del informe de notificación de casos, se transformó inmediatamente en verdad, y terminó por desencadenar campañas de comunicación social que estimulan a los hombres a utilizar el condón “fuera de casa”. No es que la situación no sea posible, pero es necesario verificarla. Por otro lado, la resistencia internacional en aceptar y divulgar el hecho científicamente conocido de que las mujeres son biológicamente más susceptibles a la infección, por miedo de que los hombres pasaran a preocuparse todavía menos por la protección, atrasó por lo menos una década la posibilidad de que las mujeres tuviesen conciencia de sus riesgos mayores (Lago, 2003). Concretamente, las acciones más efectivas dirigidas a las mujeres, se han concentrado en las trabajadoras del sexo, por el potencial de la diseminación ocupacional del virus, y en la prevención de la transmisión vertical, que incuestionablemente es fundamental, ya que hay como reducirla drásticamente. Pero, la no-inversión en la ampliación de oportunidades de prevención y detección precoz de la infección femenina, basada en la magnitud y complejidad operacional requerida, retoma la misma perspectiva de las intervenciones materno-infantiles del pasado, todavía parecida a la perversidad en comunicar a una mujer durante el embarazo que es VIH positiva (Barbosa y Lago, 1997). El retardo en intervenir y la acción insuficiente

81. El programa preconiza que en la rutina del SUS, se ofrezca el examen citopatológico a toda mujer que aya iniciado la actividad sexual. Los dos primeros exámenes deben tener intervalo de un año y, si negativos, periodicidad de tres años.

para borrar la epidemia en las mujeres, unida a su incidencia históricamente más tardía en la población femenina, se refleja en la menor reducción de la mortalidad femenina por el SIDA (16%) que la observada entre los hombres (23%), a partir de 1997, cuándo la terapia antirretroviral pasó a ser provista gratuitamente en el país (Barbosa, 2003). Por lo tanto, el enfrentamiento específico de la epidemia femenina queda pendiente y urge una solución.

La publicación de la norma técnica que orienta la implementación de la atención a mujeres en situación de violencia sexual y la destinación de recursos federales para apoyar el establecimiento de servicios estatales y municipales, contribuyó para que el país contase en 2002 con 245 unidades de salud que ofertan este tipo de atención. La norma establece también los procedimientos técnicos para la interrupción del embarazo procedente del estupro y por este motivo despertó enorme reacción contraria de la Iglesia Católica, ejercida directamente sobre el Ministro de Salud, sobre el Congreso Nacional y a través de manifiestos públicos. Representantes de la Iglesia llegaron a utilizar la norma para orientar a los fieles para que votasen por otros candidatos. Se presentaron proyectos para suspender la norma en el Congreso Nacional por parlamentarios ligados a la Iglesia, pero fueron archivados en virtud de la reacción en apoyo a la norma por parte de los movimientos de mujeres, políticos aliados, representantes de asociaciones médicas y de los medios de comunicación masiva.

La ampliación del acceso a acciones de soporte a la planificación familiar fue el reto más difícil a ser alcanzado y, en verdad, no se puede todavía afirmar que haya ocurrido. A lo largo de estos cinco años, tres estrategias diferentes se utilizaron con este objetivo. La inclusión de los anticonceptivos en la lista básica de medicamentos que pueden ser adquiridos por estados y municipios con los recursos financieros⁸² destinados a la asistencia farmacéutica fue un fracaso, pues apenas en cuatro estados la Comisión de Intergestores Bipartita los incluyó. El retorno de la adquisición de los insumos por el Ministerio de Salud y distribución a los municipios a través de los estados se mostró ineficiente en evaluación realizada antes de la compra programada para el año siguiente. El asunto fue debatido en la Comisión de Intergestores Tripartita que aprobó la estrategia vigente desde el segundo semestre de 2002, que consiste en la compra centralizada de los insumos y el envío directo trimestral a todos los municipios, conjuntamente con los medicamentos enviados por el Ministerio de la Salud para el Programa de Salud de la Familia. Una evaluación externa realizada después del primer trimestre demostró que la estrategia era adecuada, pero indicó la necesidad de ampliar en 30% la cantidad de anticonceptivos adquiridos (Faúndes *et al.*, 2002). Persisten, entretanto, obstáculos a la adecuada atención en este campo, principalmente relacionados con la actitud autoritaria de los profesionales y su insuficiente

conocimiento técnico. Además, está por realizarse una evaluación de la estrategia con enfoque en el acceso y calidad de la atención (Lago, 2003).

Los resultados de implementación de la estrategia del ATSM/MS en los últimos años (1998-2002) se evaluaron, en general, como bastante positivos, lo que se confirmó por la mejora de indicadores específicos. Entretanto, todavía existen problemas no solucionados, que tienen que ver tanto con la propia estrategia, como con problemas de la implementación del SUS. En esa perspectiva, los límites y dificultades encontrados en el área de salud de la mujer no son diferentes de aquellos que han enfrentado otras áreas, anteriormente estructuradas de forma vertical.

De la misma manera como otras áreas del Ministerio de la Salud, se tuvo que enfrentar la necesidad urgente de dar respuesta tanto a problemas de salud antiguos (la asistencia prenatal, al parto y la anticoncepción), como emergentes, como el SIDA, al mismo tiempo que lidiar con restricciones financieras y de reorganización institucional, inherentes a la estructura del SUS. La definición de prioridades, por tanto, fue la estrategia más indicada para enfrentar una situación de esa naturaleza y, en ese sentido, no debe ser confundida con focalización (Lago, 2003).

La definición de la estrategia de la ATSM/MS de profundizar el proceso de consolidación del SUS en torno de la resolución de problemas y de vincular parte del financiamiento a incentivos específicos, amplió las tensiones institucionales y el Ministerio de la Salud sería frecuentemente acusado de recentralización del poder en los acalorados debates en los foros de gestión y de control social. En el caso de salud de la mujer, a esta tensión se sumó la oposición de parte del movimiento organizado de mujeres a la opción de trabajar por problemas, entendiendo que esto configuraba la ruptura con la idea de integralidad de la atención (Lago, 2003; Corrêa y Piola, 2003).

Por tanto, la política pública en salud de la mujer tiene que seguir mirando a los objetivos de largo plazo, pero respondiendo a las demandas presentes y urgentes de las mujeres, utilizando al límite la potencialidad de los mecanismos y la tecnología hoy disponible. La estrategia adoptada en la campaña nacional de control del cáncer del cuello uterino, dirigida a un determinado grupo poblacional, como complemento a la atención continua y abierta buscada de manera espontánea, es un ejemplo. Entenderla como focalización es un equívoco, pues esta intervención no substituye la atención continua y potencialmente universal, sino que la complementa, incluyendo mujeres que habitualmente no están en los servicios por varios motivos (Lago, 2003).

Según algunos actores, una característica muy frecuente en los y las militantes del movimiento por la reforma sanitaria está en perseguir la construcción del sistema único con tanta intensidad que el proceso de construcción adquiere

82. El gobierno federal, los estados y los municipios contribuyen en partes iguales para este fondo, cuyo valor total anual es de aproximadamente US \$ 1,00 per cápita.

supremacía sobre la necesidad de obtener resultados concretos en la mejoría de la salud y de la atención a la población en el presente (Lago, 2003). Como ejemplo, casi invariablemente cuando sus representantes asumen puestos de gestión en los diferentes niveles de gobierno, empiezan por reformas institucionales o administrativas que frecuentemente ocupan el primer año de gestión, y si no dan como resultado la desarticulación de la atención final a las usuarias y los usuarios, tan poco producen mejorías evidentes. De forma similar, parte del movimiento organizado de mujeres tiene exacerbado aprecio por el proceso y por las ganancias indirectas que él puede aportar a la lucha mayor por el empoderamiento de las mujeres. Hay que tener muy claro, entretanto, que en la política social, la función del proceso es hacer llegar a la población los resultados deseados y éstos deben estar definidos y dimensionados para lo inmediato –y aquí se incluye la reducción de las causas de muerte femenina evitables que imponen la mayor inequidad entre mujeres ricas y pobres, y entre blancas y negras- a mediano y largo plazo. La ausencia de esta clara definición fácilmente conduce a que el proceso se detenga (Idem).

Entretanto, es importante mencionar que las críticas manifestadas por el movimiento de mujeres en los debates acalorados en sus foros representativos nunca llegaron a impedir la implementación de las medidas propuestas por el ATSM/MS. Estas instancias, y parte significativa de las organizaciones de mujeres optaron por monitorear la ejecución de las acciones y sus resultados, sin perder la visión crítica. Y lo mismo se puede decir del movimiento por la reforma sanitaria.

Concretamente, se observó un salto cualitativo en lo que se refiere a la incorporación de las prioridades de salud de la mujer en los instrumentos de gestión y financiamiento del SUS, que significó superar el aislamiento que había caracterizado esa política entre el final de la década de los 80 y 1997. También es interesante llamar la atención sobre el hecho de que la estrategia adoptada por la ATSM/MS no se determinó para enfrentar problemas aislados, sino que definió prioridades para aquel período, pautadas en la necesidad de responder a un conjunto de problemas urgentes en salud reproductiva y género, teniendo claro los límites y posibilidades coyunturales. Por otro lado, como se sabe, es imposible resolver una problemática tan compleja y dramática, en corto espacio de tiempo.

No parece adecuado afirmar que la agenda de la ATSM estuvo, exclusivamente, pautada por la priorización de problemas y que hubiese exacerbado la fragmentación. La lógica que ha presidido las acciones en el área de violencia de género y las dificultades observadas en la relación con las demás instancias del Ministerio de la Salud, que cuidan de aspectos interrelacionados con la SSR, como la Coordinación Nacional de SIDA-CNAIDS, en el ámbito de las estrategias orientadas hacia la prevención y tratamiento del SIDA entre las mujeres, o el INCA, en el control del cáncer del cuello uterino y el de mama, además del Programa de Adolescentes, sugieren que el interés de fondo de las acciones desarrolladas

en los últimos cuatro años estuvo definido progresivamente por el alcance de la integralidad como proceso de “idea imagen” para el futuro. Por lo tanto, se puede decir de la experiencia de los últimos años que:

- La priorización de algunos problemas epidemiológicos (cáncer, muerte materna, exceso de cesáreas) permitió mayor cobertura, como no se había conseguido hasta entonces.
- Esta opción estratégica también permitió monitorear, evaluar y corregir, de manera un poco más sistemática, el curso de las acciones (lo que es mucho más difícil cuando se adopta una pauta de trabajo más amplia).
- Aunque parcial y limitada, la política de salud de la mujer formulada e implementada por el nivel federal entre 1998 y 2002, en la mayoría de los casos, estuvo mucho más allá de la capacidad gerencial y de implementación en los niveles descentralizados. Por otro lado, en aquellos estados y municipios donde la gerencia estaba más sensibilizada para la problemática de la SSR, de algún modo las acciones prioritarias fueron procesadas de manera compartida y buscaron el alcance del mayor nivel de integralidad.

Entretanto, aunque ya no se puede hablar de “verticalización” -tal como fue experimentado en el pasado- persisten muchas trabas en la comunicación entre áreas; no está superada la proliferación de las “cajitas programáticas”, ya sea en nivel federal, o en los niveles estatales o municipales (aunque esta tendencia sea más marcada en los estados). Además, la cuestión de la articulación y colaboración intrasectorial continúa siendo un obstáculo importante para la “integralidad”, pues incluye varios aspectos, como asimetría de poder y recursos, diferentes paradigmas de entendimiento de los problemas epidemiológicos, inercia institucional, entre otros.

Es preciso por lo tanto, tener cuidado en la implementación de las estrategias innovadoras y revisar si los incentivos que vienen siendo aplicados son los más adecuados para cambiar las prácticas cotidianas de los servicios de salud. En esa perspectiva, la agenda de la SSR representa una oportunidad única para la reorganización de la atención y, quién sabe, estimular el cambio del modelo asistencial, una vez que al preconizar una visión más amplia del hombre y de la mujer, en sus diferentes ciclos de la vida, se estaría induciendo una reformulación amplia de la práctica tradicional enfocada a determinados momentos de la vida de los individuos y, más específicamente, del ciclo reproductivo, como la maternidad y la infancia.

En síntesis, la formulación e implementación de la reforma sectorial en Brasil acontecen en momentos históricos y coyunturales distintos, que marcaron de forma importante la especificidad del proceso brasilero en relación con sus vecinos latinoamericanos. Habiendo sido formulado *pari passu* a la “apertura” política y a la transición democrática (años 1970 a 1980) el proceso de reforma sanitaria en Brasil tiene la marca de la oposición a la dictadura militar y al

modelo de sistema de salud entonces vigente -excluyente e inequitativo-.

La historia de la construcción del SUS, del campo de la salud colectiva, de la salud de la mujer y de los derechos sexuales y reproductivos en Brasil demuestra claramente el papel protagónico de la sociedad civil. Además, fue exactamente la actuación organizada de la sociedad civil la que definió y logró la concretización de derechos de ciudadanía como objetivos últimos de las políticas de salud. Esta característica probablemente explica el hecho de contar el país con uno de los pocos sistemas públicos de salud latinoamericanos que se pretende universal y que incluye el control social entre sus ejes constituyentes. Evidentemente, esto no significa que la universalidad del acceso haya sido efectivamente alcanzada, incluso porque la inequidad en salud tiene distintas dimensiones y determinantes, pero está relacionada más profundamente con la desigualdad social y económica. Entretanto, aunque acumulativos, los determinantes de las desigualdades en los servicios de salud, diferentes de los determinantes de las desigualdades en salud, son más posibles de ser superados por políticas sectoriales y, a pesar de las dificultades mencionadas, se han logrado avances importantes.

En síntesis, se puede decir que el movimiento feminista brasileño, al elegir la salud de la mujer como uno de los principales *locus* para el enfrentamiento de la subordinación histórica y social de la mujer, propició que en el país se debatiera la agenda política que diez años más tarde ocuparía el escenario internacional: la cuestión de los derechos reproductivos.

TEM UMAS TABELAS QUE ESTAO NO ESTUDO DE CASO DO BRASIL QUE SISTEMATIZAM ALGUMAS DAS MEDIDAS QUE FORAM IMPLEMENTADAS NO GOVERNO ANTERIOR, QUE EU ACHO QUE PODERIAM ESTAR INCLUIDAS COMO ANEXO AQUI.

COSTA RICA

Costa Rica, como uno de los países de Centroamérica, se encuentra en la franja de tierra que limita al este y noreste con el Mar Caribe, al oeste y sur con el Océano Pacífico, al sureste con Panamá y al norte con Nicaragua. Es un país pequeño (51.100 kms²), con casi 4 millones de habitantes (censo de 2002) y 59% de su población es urbana. Está dividida en siete provincias (San José, la capital, Heredia, Alajuela, Cartago, Puntarenas, Limón y Guanacaste, las cuales son divididas en cantones y distritos. Cerca del 7% del total de la población son indígenas que pertenecen a ocho grupos étnicos (OPS, 2002), como también hay una fuerte presencia de afrocostarricenses (1.91%) y 0.21% de chinos (Alfaro Salas, 2004:81).

Desde 1821 es un Estado independiente, y en 1949 se decretó la abolición del ejército, decisión que se mantuvo aun en los peores momentos de los conflictos centroamericanos (Fuentes- Bolaños, 1993).

Por definición constitucional, Costa Rica es un Estado católico, y la Conferencia Episcopal Nacional constituye una importante fuerza moral influyente en la política de salud y

de educación. En el mes de octubre de 2003 la Iglesia Católica solicitó al Gobierno el cambio de la regulación de las esterilizaciones voluntarias, tratándose así de restringir el derecho individual vigente a decidir libremente el proceso quirúrgico de esterilización (Alfaro Salas, 2004:79).

Su sistema de gobierno es republicano y consta de tres poderes: Ejecutivo, Legislativo y Judicial. Las elecciones presidenciales y legislativas se realizan cada cuatro años por medio del sufragio universal y secreto en el cual participan los mayores de dieciocho años de edad. Las elecciones de alcalde y concejales de distrito por voto directo de los habitantes de cada cantón se introdujeron sólo a partir del año 2002.

Costa Rica es considerada una democracia estable. Su vida política se ha caracterizado por la alternancia en el gobierno de los dos partidos mayoritarios, Partido Liberación Nacional (PLN) y Partido Unidad Social Cristiana (PUSC), aunque a partir de 1992 se observa un fortalecimiento de la izquierda con la fundación del Partido Fuerza Democrática (FD), cuya intención sería la de formar un bloque de fuerzas progresivas agrupando a los socialdemócratas y fracciones de la izquierda tradicional (Informe Sombra, 2003). El surgimiento de esa agrupación, aunando a divisiones internas en los dos principales partidos, en un contexto de privatización, se señalan como factores que contribuirán para dar fin al bipartidismo parlamentario y para el surgimiento de un multipartidismo moderado. En las últimas elecciones el abstencionismo aumentó, y en 2002, por primera vez se fue a una segunda ronda electoral. Algunos sectores vinculan los resultados de la elecciones de febrero de 2002 como una reacción de los movimientos sociales a la política de privatización, apoyada por los partidos tradicionales, y que tuvo como consecuencia el surgimiento de una tercera fuerza electoral, el Partido Acción Ciudadana (PAC), formado por la comunidad de credo evangélico (Informe Sombra, 2003; Alfaro Salas, 2004: 70-71).

Uno de los rasgos de la cultura política costarricense que se comenta, pero que parece que no ha sido objeto de investigación más profunda, es lo de desechar soluciones autoritarias y la ausencia de movimientos revolucionarios, por lo que se busca siempre la negociación. Para algunos autores, uno de los efectos indirectos de este rasgo histórico fue convertir estas circunstancias en polo de atracción para la población desplazada por la guerra en los países vecinos y, junto con esto, el establecimiento de diversas organizaciones humanitarias y organizaciones de cooperación externa volcadas a los refugiados (Morales y Sojo, 1998:258).

En los últimos años la presencia de la mujer en la vida económica y política ha aumentado significativamente aunque, de acuerdo con el último informe de la Defensoría de los Habitantes, los avances en lo que respecta al ejercicio pleno de los derechos políticos de las mujeres son pocos, y reflejan la brecha que existe entre la representación masculina y la femenina. En el año 2000 el liderazgo político de las mujeres se vio reflejado con una representación en el parlamento de 19%; además entre los funcionarios

ministeriales su presencia es numerosa (PRB, 2002). En las elecciones de 2002 las mujeres fueron el 35.09% del electorado (Alfaro Salas, 2004:92). Además, desempeñan un papel importante en el debate de las políticas estatales referentes a la salud, la educación, el ambiente, la economía, y las telecomunicaciones con sus propuestas de defensa de los derechos y de la inclusión social y política de las mujeres. El Poder Judicial, por primera vez, tiene ahora una mujer como Presidenta de la Sala Primera.

La acción social y política de las organizaciones feministas ha dado como resultado victorias en el campo legislativo y en alianzas importantes que han permitido avances en la aplicación de esas legislaciones, aun cuando se reconoce que hay mucho por hacer. Entre esas leyes y decretos sobresalen: la aprobación de la Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer, de 1990, la de penalización del hostigamiento sexual en el empleo y la docencia, la de igualdad para las personas con discapacidades, la creación de consejería en salud sexual y reproductiva en los servicios de salud (nivel de decreto) y, en forma de propuesta, la de Penalización de la violencia contra las mujeres mayores de edad.

Costa Rica se ha destacado por su vocación agrícola, teniendo en el café y el banano sus principales productos de exportación, además de la actividad ganadera. También se ha destacado, históricamente como país que desarrolla una política estatal de conservación ambiental, con creación de parques y reservas nacionales.

Igual que otros países de la región, la crisis económica se hizo sentir a finales de los años setenta, alcanzando su máxima expresión con el deterioro de los principales indicadores macroeconómicos en 1982. En el decenio de los 90 su Producto interno bruto (PIB) tuvo un descenso de 6% (-7,2 en 1982), disminuyendo la inversión en educación entre 1979 y 1992 de 6 a 4%, lo que afectó cualitativa y cuantitativamente al sistema educativo. La inflación ascendió a alrededor de 9% en 2003, aumentando ligeramente con relación al año anterior después de varios de inflación anual de dos dígitos, lo que estaría reflejando, en la perspectiva de la CEPAL (2002d:32), “una consolidación de un proceso de estabilización”. El aspecto más vulnerable de la economía fue la balanza de pagos la que presentó un deterioro originado por el déficit comercial, con ingreso disminuido de capitales externos. También el incremento de la deuda pública interna mantiene situaciones de desventaja en las inversiones prioritarias.

La tasa anual media de desempleo urbano fue en 1995 de 5,7% y en 1996, de 6,6%; aproximadamente, 76,30% del total de jefes de familia están ocupados. En 1996, la tasa de desempleo abierto nacional fue de 6,2%, pero los sectores pobres presentaban tasa de 12,9% y los más pobres de 19% (MSCR, 1977 a:14; CEPAL, 2002a). Para 2002, las cifras preliminares de desempleo urbano hablan de cerca de 6.8%. En relación con la inserción del joven de 20 a 29 años de edad que trabaja 20 o más horas en la semana, 5,7% están en las zonas rurales contra 4,7% en la urbana, y se observó un incremento en la tasa de desempleo juvenil (15 a 24 años de edad) de 10,4% en 1990 a 12,8% en 1998.

El panorama general en materia de inversión y ahorro registra importantes incrementos de la inversión durante la primera mitad de 2002 (CEPAL, 2002a:28). Las expectativas actuales son de crecimiento aun en un contexto de deterioro financiero.

En respuesta a esa situación se observa una mayor diversificación de su economía, con la introducción de otros productos agrícolas, así como servicios y el ecoturismo, la maquila y los microprocesadores. Se ha intensificado también la producción tecnológica en el campo de las comunicaciones, de la información y de la energía. A su vez, su sistema financiero se ha transformado desde un modelo de banca estatal monopólica a un modelo de banca mixta. De acuerdo con Morales y Sojo (1998), las actividades más dinámicas de la economía son el comercio y los servicios financieros, consideradas poco integradas e integradoras de la estructura económica nacional y cuyos rendimientos son transferidos masivamente al exterior. Esos autores observan también que la ampliación de la oferta de productos exportables de origen agropecuario y de la propia actividad bananera, han agravado los problemas ambientales; además de la atracción de inversiones industriales sin adecuados controles de contaminantes y desechos, asentamientos industriales en zonas urbanas, la construcción de “megaproyectos” turísticos.

Otra consecuencia de la crisis fue el estancamiento en la ampliación de reservas y parques debido la carencia de recursos financieros y a las restricciones fiscales asociadas a los planes de estabilización suscritos con los organismos internacionales. A partir de 1986 se inicia una nueva etapa en la política ambiental de ampliación de la reservas y de recuperación del medio ambiente con la fundación del Ministerio de Recursos Naturales, Energía y Minas (MÍRENEM).

Entre los indicadores socio-económicos más importantes como uno clave para el mejoramiento del nivel de salud se tiene el alfabetismo femenino, que en Costa Rica fue de 93% para el período de 1990 a 1995. Además, con el propósito de generar mayores oportunidades a la población joven, se busca elevar la cobertura en educación secundaria, la que se encuentra en 54,7%. Es en las zonas rurales donde se observan las mayores tasas de deserción escolar entre los jóvenes de 15 a 19 años de edad.

Comparado con otros países de América Latina y el Caribe, Costa Rica se caracteriza por altos niveles de inversiones sociales en general, y en salud, en particular. La proporción de pobreza reportada para 1990-1995 era de 24%, disminuyendo en los últimos años a cerca de 16%; pero se reconoce que hay un estancamiento en los indicadores del sector social en relación con el combate a la pobreza y que las mujeres encabezan 48% de las familias en extrema pobreza (Banco Mundial, 2002).

Además, se encuentra en una elevada posición en el Índice de Desarrollo Humano (IDH/PNUD, 2000), debido entre otros factores a los resultados de su sistema de salud. Sin embargo, entre 1990 y 2000 descendió del lugar 28 al 48 debido a las bajas en educación, en particular en el número de matrícula

secundaria y a un aumento en las tasas de repetición, a las listas de espera en el sistema de salud y al estancamiento del combate a la pobreza.

La cobertura del sistema de salud de Costa Rica es una de las más altas de América Latina. En 1987 cubría 89% de la población, incluyendo servicios de medicina general, medicina especializada y atención a la maternidad, cirugía, hospitalización, servicios de laboratorio, atención dental, ciertos servicios de optometría y medicamentos para los asegurados y sus dependientes. Actualmente la cobertura es de 90% y apenas 10% sin cobertura tiene acceso sólo a los servicios de urgencias. Además, el acceso de los inmigrantes es facilitado por los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), porque no se exigen requisitos de ninguna índole, a no ser una contribución voluntaria (Defensoría de los Habitantes, Informe 2003-2004). No obstante, se reconocen que 30% de los pobres tienen dificultad de acceder a los servicios de la CCSS dirigidos a los no asegurados, debido a problemas de acceso y de información (Banco Mundial, 2002).

La utilización de servicios, tanto ambulatorios como hospitalarios ofrecidos por el Estado, se da más en las zonas rurales, lo cual representó uno de los mayores logros del sistema de salud y seguridad social costarricense (Herrera y Durán, 2001; Encuesta de Hogares, 1998). Las mujeres son las que más utilizan los servicios de salud, tanto públicos como privados, en todos los niveles.

El gasto nacional en salud representó en 1999 el 6,5% del PIB, y de éste, su componente más importante fue el gasto público en salud, de 7,3% (CEPAL, 2002b). Pero en el año 2000 estaba en 5,7% del PIB. El gasto privado en salud se encuentra entre los más bajos en América Latina aunque internamente es importante dado que representa cerca de 2% del PIB (Banco Mundial, 2002).

Las tasas de esperanza de vida al nacer, de mortalidad de los niños menores de cinco años de edad, y de mortalidad materna están entre las mejores de América Latina y el Caribe. Entre 1970 y 1980 la mortalidad infantil descendió desde 63 a 19 por mil nacidos vivos, y para el período de 1990-2001 de 15,3 a 10,82. Para ese mismo período la mortalidad infantil en indígenas también sufrió un descenso, lo que destaca que la brecha entre los diferentes segmentos de la población ha ido cerrándose (Defensoría de los Habitantes, Informe 2003-2004).

La mortalidad infantil por grupos de causas muestra que en 1996 el grupo de ciertas afecciones originadas en el período perinatal presentaba la mayor tasa, que fue de 5,7 por 1.000 nacimientos. El segundo lugar en 1996 lo ocupaban las anomalías congénitas, con una tasa de 3,2 por 1.000 nacimientos, mientras que en 1993 la tasa fue de 4,3 (MSCR, 1997a). Las principales causas de mortalidad infantil son debidas a afecciones del período perinatal. A su vez, las tasas más elevadas de mortalidad infantil están en cantones de la zona fronteriza.

La población infantil con desnutrición crónica, presenta una tasa inferior a 5%, haciendo parte de los países de baja

desigualdad de acceso al consumo de alimentos. Costa Rica hace parte de los países que probablemente cumplan la meta más exigente basada en la Cumbre Mundial a favor de la infancia de 1990 (CEPAL, 2003d).

En relación con las causas de mortalidad en jóvenes de 15 a 24 años de edad, para 1990 vamos encontrar una tasa total de 107,6% para hombres y 42,2% para mujeres, destacándose que las “causas externas” tienen una altísima incidencia en los varones: 75,8% contra 15,5% para las mujeres; lo mismo en relación con las enfermedades mal definidas: los varones con una tasa de 21% y las mujeres con 0,9% (CEPAL, 2003 b). También se constata entre los jóvenes una alta tasa de consumo de drogas. En 1995 la edad promedio de inicio en el fumador de tabaco fue de 16,6 años, siendo más temprana en los varones (MSCR, 1977b).

La esperanza de vida al nacer asciende de 65 a 73 años en la década de los setenta y para 2001 fue de 77,7 (79 años para las mujeres y 75 para los hombres). La mortalidad general aumentó levemente, ya que subió de 3,8 a 4,1 muertos por 1.000 habitantes en 1996. La mayor proporción de muertes en ese mismo año se presentó en varones, con 56,8%, mientras que en las mujeres fue de 43,2% del total de muertes.

Para el período de 1990 a 1996, se observó que las enfermedades del aparato circulatorio ocupaban el primer lugar, con tasas que han ido creciendo desde esa fecha y entre ellas la isquémica del corazón con 47,6% del total de casos. El segundo lugar correspondió a los tumores, con una tasa de 8,4 por 10 000 habitantes en 1995 (MSCR, 1997 b).

Los datos de crecimiento poblacional reflejan disminución de la fertilidad y aumento de inmigración de los países vecinos. Costa Rica se encontraría en plena transición, con natalidad y mortalidad baja, lo que determina un crecimiento natural moderado. Aun así, la población es predominantemente joven - 11,7% entre 0 a 4 años de edad y 1,6% mayores de 75 años; y los hombres son la mayoría - 50,5% es del sexo masculino y 49,5% del femenino (MSCR, 1997 b). La tasa de fecundidad se redujo de 5,1 a 2,5 entre 1970 y 2000, y la tasa de natalidad bajó de 25,4 a 22,4/1000 nacidos vivos entre 1992 y 2000. Sin embargo, la tasa anual de crecimiento poblacional aumentó de 2,3% entre 1973 y 1984, a 2,9% entre 1984 y 2000, lo cual se atribuye principalmente a la migración de población nicaragüense, que triplicó de 2,9 a 9,1/1000 habitantes entre 1975 y 1980, y entre 1990 y 1995, respectivamente (OPS, 2002).

El aumento de las tasas de fertilidad de los adolescentes y de la infección por el VIH/SIDA y otras enfermedades es una realidad y motivo de preocupación nacional. El 80% de las mujeres casadas usan algún tipo de anticonceptivos y 70% de ellas los modernos; se permite el aborto para preservar la salud física o mental de la mujer (PRB, 2002). Sin embargo, algunas investigaciones han demostrado que el uso de condón entre los adolescentes es escaso. Se observa un repunte de la tuberculosis, en particular de la resistente, y del dengue, así como un aumento del contagio del VIH-SIDA entre las mujeres más jóvenes, casadas y pobres (Defensoría de los Habitantes, Informe 2003-2004). Del 0,5% de la población infectada con el

VIH/SIDA, de 15 a 49 años de edad, 25% son mujeres (PRB, 2002).

En la incidencia por tumores malignos en mujeres, en 1995, el de piel fue el más importante, seguido por el de mama y, en tercer lugar, el del cuello del útero. Se considera que la mortalidad por cáncer del cuello uterino no ha disminuido significativamente en los últimos años y las mayores tasas se encuentran en las zonas alejadas del Valle Central.

El sector salud históricamente fue estructurado bajo los principios de un sistema público de servicios, integrado y universalizado, con amplia cobertura poblacional. Pero, igual que otros países en la región latinoamericana, las instituciones sectoriales están divididas entre la Seguridad Social (la Caja Costarricense de Seguridad Social-CCSS) y el Ministerio de Salud, y a pesar de reformas institucionales e incrementales, a lo largo de todo siglo XX, esa separación todavía se mantiene.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia nace en 1927 con muy pocos recursos, bajo una orientación hacia la prevención combinada con la acción del médico oficial y después, con la de las unidades sanitarias, casi que exclusivamente para atender enfermos con escasos recursos. Aunque la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social ocurrió en 1941 en un contexto de conflicto ideológico, político y de limitaciones económicas, es solamente, en los años sesenta y setenta, cuando se consolidarán ambas instituciones en un marco de integración y de universalización con base en el desarrollo de la medicina comunitaria (Miranda-Gutiérrez, 2003). La CCSS es una institución autónoma, financiada por los recursos de los trabajadores, de las empresas y del gobierno y se encarga de la provisión de servicios públicos, constituyéndose en el centro del sistema de salud. El Ministerio de Salud se constituye formalmente en la instancia rectora.

La universalización e integración de las acciones ocurrió paulatinamente a partir de los años 60, extendiendo la cobertura del régimen de Enfermedad y Maternidad del Seguro Social de la CCSS a toda la población, iniciando un proceso de ampliación de sus programas a través de la construcción de Clínicas Periféricas para descentralizar la atención ambulatoria; de construcción de hospitales y de establecimiento de contratos prácticamente con todos los hospitales de las Juntas de Protección Social para la compra de servicios destinados a la población asegurada, implementación del Programa de Unidades Móviles, que fue el inicio de la descentralización de los servicios y un instrumento de promoción de la participación comunitaria, de las campañas antimalárica, de las políticas de control de la tuberculosis y de la lepra. A pesar de sus éxitos, el proyecto de atención primaria a nivel de comunidad encontró muchos opositores junto a los grupos médicos (Miranda-Gutiérrez, 2003). Sin embargo, y a pesar de la oposición, es a partir de esas iniciativas de medicina comunitaria cuando se inicia la

implementación de la atención primaria basada en la prevención y extensión de cobertura, y en la preocupación con la mejora de la situación de salud de la población que vivía en las áreas rurales (Miranda-Gutiérrez, 1997).

La primera mitad de la década de los setenta fue de grandes avances en dirección a la conformación de un sistema nacional de salud y a la universalización de la atención, reflejando el crecimiento del número de médicos, enfermeras y camas a disposición de la población. Como parte de esa tendencia se elaboró en 1971 el Primer Plan Nacional de Salud, que *instauró el trabajo conjunto del entonces Ministerio de Salubridad y Asistencia y la CCSS y la cobertura de atención primaria de toda la población por parte del Ministerio, así como el cuidado en los centros de asistencia médica de la Caja* (Miranda-Gutiérrez, 2003: 150). En 1973, el sistema de salud fue reorganizado con la aprobación de la Ley General de Salud (N. 5.395, del 30 de octubre), en la cual se cambió el nombre para el de Ministerio de la Salud (MS), se declara la salud como un bien de interés público, bajo la tutela del Estado y se enuncia la rectoría del Ministerio sobre las instituciones del sector salud. En ese mismo año se dio inicio al proceso de traspasar a la Caja los hospitales del Ministerio de la Salud, de las Juntas de Protección Social y de la Compañía Bananera, lo que concluyó en 1977, con la intención de construir un sistema nacional (Miranda-Gutiérrez, 2003). También es cuando se inaugura un Centro de Docencia para facilitar las actividades docentes de las instituciones de salud.

El sistema de salud queda entonces conformado por el MS, la CCSS, el Instituto Nacional de Seguro, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, el Instituto de Alcoholismo y Fármaco-Dependencia.

En 1974 se creó el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, con funciones de tipo asistencial hacia población situada por debajo de la línea de pobreza, para lograr la universalización de la cobertura (Navarro-Fallas, 2003).⁸³ En 1975 la CCSS pasó a prestar atención gratuita a la salud para los pobres y empezó a ofrecer sus servicios a los trabajadores independientes urbanos que deseaban pagar la póliza subvencionada por el gobierno.

Después de un período de poco apoyo a las acciones de integración entre MS y Caja, en la década de los 80 en un contexto de reducción de recursos, se retoman las orientaciones de la OPS de los Sistemas Locales de Salud, y que tiene su continuidad con el proyecto de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) en los años 90, introducidos por la reforma. El movimiento en dirección a la integración buscaba la creación de un Sistema Nacional de Salud, en el que el Estado sería el responsable por la salud de la población y el MS la instancia rectora.

Con la crisis económica de los años 80 y el deterioro de los principales indicadores macroeconómicos, precipitóse un conjunto de reformas económicas orientadas, primero, a la

83. Es un programa que se financia con recursos estatales provenientes del 0.5% de las planillas patronales y 20% del total de la recaudación impositiva sobre ventas. Está enfocado a niños y jóvenes pobres o de la calle, escolares marginados, de zonas rurales o urbanas, y mujeres jefas de hogares pobres, entre otros (CEPAL, 1998).

estabilización y, a partir de 1985-1986, al ajuste estructural de la economía, impulsando un modelo de crecimiento fuertemente especulativo (Morales y Sojo, 1998). En ese período, las finanzas de la CCSS fueron afectadas repercutiendo en la calidad y el prestigio de sus servicios.⁸⁴

Los recursos financieros para el Ministerio de la Salud provienen de fuentes distintas: las partidas propias asignadas cada año por el presupuesto nacional (6%), el producto de impuestos específicos creados para el mantenimiento de los hospitales, las rentas generadas por la lotería nacional (2%), las subvenciones del Estado a cada hospital, las cuales en el momento del traspaso constituían 40% de los ingresos, y las rentas producidas por la Ley de Asignaciones Familiares, para los comedores escolares y los acueductos rurales (Miranda-Gutiérrez, 2003). Históricamente, el gasto en salud se concentra en la CCSS. En 1996, la CCSS concentró 81.9% del gasto, 6.4% el Ministerio de la Salud, 5.3% Acueductos y Alcantarillados, 2% el Instituto Nacional de Seguros y 2.1% las Municipalidades (MSCR, 1997 b: 78 y 79).

El gasto anual del Ministerio de la Salud, por habitante, en dólares, muestra que en 1999 fue de US\$271, lo que representó una disminución en relación con el año de 1996, que fue de 317 dólares; en relación con 1993 representó un incremento dado que el gasto fue de US\$223 (CEPAL, 2002).

Las acciones puestas en práctica en la década de los ochenta, dirigidas a una mayor integración entre Ministerio y Caja, se iniciaron con una revisión de las normas y procedimientos para el asentamiento de una política conjunta a partir de la integración de los programas, *en una acción intencional de producir más con los mismos recursos* (Miranda-Gutiérrez, 2003:152). Se nombra una comisión interinstitucional para articular los programas y, en 1983, se establece una comisión que transformará las Juntas de Salud y Seguridad Social, establecidas desde 1977 en el medio de comunicación entre las instituciones de salud y las comunidades a las que sirven. Este grupo quedó formado por representantes de la Caja, el Ministerio, la municipalidad correspondiente y la asociación de desarrollo local.

En 1984 se regula la atención de los “asegurados por el Estado” que corresponde a los grupos y familias sin capacidad económica, cuyos costos se incluirían en el presupuesto nacional, el Ministerio de la Salud se haría cargo de identificarlos y documentarlos, y la Caja, de la prestación de servicios. Aparentemente, la actuación deficiente del MS llevó a que la Caja tomara para sí todas las tareas. En ese mismo año se firma un convenio entre el MS y la CCSS para la integración y coordinación con base en criterios de regionalización y sectorización, y en el cual quedó establecido que las funciones del Ministerio eran las de promoción de la salud y de prevención colectiva; las de la Caja, la asistencia médica y rehabilitación; y las del Instituto Nacional de

Seguros (INS) las de la rehabilitación e indemnización de las personas cubiertas por riesgos profesionales y de tránsito.

Además, ratificó los niveles de atención que se venían consolidando en los servicios médicos, reconociendo que el primer nivel es en el hogar, con la madre como centro de prevención; el segundo, a cargo del MS y de la comunidad; el tercero, con el cuidado ambulatorio, el cuarto de atención hospitalaria, y el quinto, los centros de alta tecnología, con carácter nacional, corresponden a la Caja (Miranda Gutiérrez, 2003).

El sistema de gestión del sector estaba estructurado en torno del Consejo Nacional de Salud, el Comité de Presidentes Ejecutivos de las instituciones respectivas, la Secretaría Ejecutiva de Planificación, el Comité Técnico Sectorial, como coordinador y promotor del proceso, más otros Comités de Dirección. Esta organización quedó dividida en tres niveles: Dirección Política, Dirección Normativa o Técnica y la Ejecutiva.

La Ley estableció los siguientes objetivos para el sector salud: a) ofrecer atención médica a toda la población; b) mantener y mejorar los indicadores de mortalidad; c) prevenir el crecimiento acelerado de padecimientos propios de países subdesarrollados, y d) lograr el funcionamiento armónico y coordinado de las respectivas instituciones.

En el inicio de la década de los 90 con la llegada del Partido Social Cristiano al gobierno, se impulsó más abiertamente la política de ajuste lo que afectó el crecimiento económico y el nivel de pobreza. A su vez, la política social se acerca al modelo compensatorio neoliberal prevaleciente en los otros países de la región. Se ponen en marcha programas de naturaleza asistenciales para hacer frente a la pobreza extrema, los que toman forma a través de los bonos para la vivienda y alimentación (Lungo, 1999).

El Estado ha disminuido sensiblemente su aporte al sector, y además, sistemáticamente se ha producido una retención de dineros que se desvían a fortalecer el programa de medicina comunitaria o de primer nivel. Se observa también, que debido a disminución de los recursos, la CCSS ha ido paulatinamente, con sus propios ingresos de cuotas de los obreros y patronales, financiando el costo del programa hospitalario, aumentando así la deuda del Estado con la CCSS (Miranda Gutiérrez, 2003: 158).

La reestructuración organizativa e institucional del área social coincide con el cambio de gobierno en mayo de 1994 y es cuando se estructura también el Plan Nacional de Combate a la Pobreza. También se da en un contexto de fortalecimiento de nuevos enfoques teóricos e ideológicos que enfatizaban el potencial del sector privado y las limitaciones del público y de crecimiento de los intereses privados.

La reforma del sector salud se inició en ese mismo año (1994), después de un período de elaboración de documentos

84. En 1978 el gasto en salud de Costa Rica representaba el 6,8% del PIB. La crisis económica provocó un descenso significativo, llegando, en 1982, a 5,6 del PIB. En los años siguientes se observó una recuperación lenta y constante llegando entre 1989 y 1996 a 7,6%, para volver a disminuir en 1997, a 5,6%, y recuperarse en 1999. En 2000, el porcentaje fue de 5,7% (Miranda- Gutiérrez, 2003).

en el inicio de la década, bajo la coordinación de la CCSS, y de haber cumplido con las “pruebas pilotos” (Guimarães, 2001). Algunos autores consideran que el proceso empezó sin un lanzamiento de un modelo formal de reforma (Martínez y Mesa-Lago, 2003).

Ha sido elaborada con el apoyo de préstamos del Banco Mundial (BM), del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y del Banco Centroamericano de Integración Económica, destinados a financiar los cambios. Para la elaboración del Proyecto de Reforma del Sector Salud fue constituida la Unidad Preparatoria de Proyectos, ubicada en la Caja, encargada de coordinar el trabajo de diferentes grupos multidisciplinarios creados con el fin de formular propuestas correspondientes a cada uno de los componentes del Proyecto. Se estableció que la CCSS sería el órgano ejecutor de la reforma y gerente del total de los recursos del sector (Martínez y Mesa-Lago, 2003).⁸⁵ Estuvieron presentes también en todo el proceso, desempeñando papeles distintos y con capacidad diversa de influencia las siguientes instituciones: la Organización Panamericana de la Salud, la Agencia Sueca de Cooperación Internacional (apoyo no reembolsable) dirigido a la descentralización y apoyo a proyectos de desarrollo institucional, el Gobierno de España y su Agencia de Cooperación Internacional (apoyo reembolsable) para desarrollo científico, el gobierno japonés y un grupo creciente de asesores y expertos externos (Miranda Gutiérrez, 1997). Pero, se observa que el proceso de reforma se originó, en gran medida, por préstamos del Banco Mundial, *lo que trajo consigo la participación muy activa de economistas y una búsqueda de objetivos económicos, volcados hacia la mejora de la eficiencia y la racionalización en la asignación de recursos* (Bixby, 2004:95).

En 1995 la reforma empezó su implementación, y fue presentada como un instrumento para *corregir y mejorar la capacidad operativa de las Instituciones del Sector Salud e introducir modificaciones profundas al modelo de prestación de salud y su financiamiento, y a la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud* (Resumen, Proyecto Reforma, 1993).

En el Plan Nacional de Salud para el período de 1998-2002, realizado con la cooperación técnica internacional, se reconoce el papel rector del Ministerio de la Salud y la necesidad de involucrar la participación activa de otros actores sociales en la producción y prestación de servicios médicos. Además, presenta la nueva configuración del sistema nacional de salud y las funciones de cada una de las instituciones que lo componen, y se define que todas ellas están bajo la coordinación del Ministerio de la Salud (Guimarães, 2001). También confirma, en el ámbito de la ley,

los principios de universalidad, equidad, solidaridad y obligatoriedad.

Los objetivos de la reforma, amplios y ambiciosos, quedaron definidos como:

1. Garantizar la rectoría del sector por parte del Ministerio de la Salud.
2. Trasladar los servicios correspondientes del Ministerio de la Salud y del Seguro de Riesgos del Trabajo del Instituto Nacional de Seguros a la CCSS, que pasaría a responder por la conducción única de los servicios de atención, según un modelo de salud basado en la atención integral y continua del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, a ser desarrollado por los Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS), y financiadas con recursos del BID.
3. Promover la descentralización administrativa y funcional de los servicios hasta el nivel local.
4. Desarrollar nuevos modelos administrativos con cambios en la asignación de los recursos, reemplazando el modelo histórico por uno basado en las necesidades de salud de las poblaciones, para reordenar la canasta de servicios en niveles de atención, asignar territorialmente las personas a los servicios, introducir divisiones de funciones.
5. Fortalecer institucionalmente el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud Dr. Uriel Badilla Fernández, adscrito al Ministerio de la Salud.

Quedó definido que el acceso universal se efectuaría a través de una oferta de servicios que atienda a las necesidades básicas de salud de la población, para las cuales están establecidos 800 sectores de salud, atendidos por EBAIS, conformando un total de 90 áreas de mayor tamaño. Cada EBAIS, constituido por médico, auxiliar de enfermería y asistente técnico de atención primaria, atiende a alrededor de 4.000 personas y tiene un equipo de apoyo, compartido con los demás EBAIS de la región, compuesto por trabajador social, enfermera, médico, nutricionista, farmacéutico, microbiólogo y técnico en registro médico. El segundo nivel proporciona servicios de urgencia, apoyo al diagnóstico, consulta externa especializada y tratamientos quirúrgicos sencillos, y cuenta con Grupos Técnicos de Apoyo, conformados por especialistas en medicina familiar y comunitaria, enfermeras, farmacéuticos, microbiólogos, trabajadores sociales y otros técnicos los cuales, en conjunto, interaccionan en un sistema regionalizado de servicios en el ámbito nacional (MSCR, 1997 b).

Para llegar a esos objetivos se propusieron cambios

85. Los préstamos del BID fueron del orden de 60 millones de dólares, lo que correspondía a 70% de la inversión requerida (el restante 30% lo aportó el país). La Caja recibió 4 millones del BID para el fortalecimiento del Ministerio de la Salud y su Rectoría, y otra parte de los recursos fueron para inversiones en infraestructura de servicios de salud. El Banco Centroamericano de Integración Económica aportó US\$12.0 millones, 63% aproximadamente de lo orientado a fortalecer la red de servicios de salud de la Región Huetar Atlántica (el restante aporta el país). El BM, apoyó con US\$32 millones el fortalecimiento de la CCSS (con una contrapartida del gobierno de 30%), para la readecuación del modelo de atención en salud, la revisión y mejoramiento del sistema de financiamiento, el desarrollo gerencial y la sensibilización para el cambio, la creación de un Fondo Nacional de Formación y Capacitación y el Fortalecimiento Institucional del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) (Resumen, Proyecto de Reforma, s/f:2-3).

institucionales profundos tanto en el Ministerio de la Salud como en la CCSS, que abarcan el área jurídica, los instrumentos y herramientas políticas de gestión, además de que se hizo necesario un cambio de actitud y de un nuevo saber administrativo para ambas instituciones. Para la puesta en práctica del componente Rectoría y Fortalecimiento del Ministerio de la Salud se constituyó la unidad técnica ejecutora adscrita a la Unidad Ejecutora del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, bajo el mando de la Caja. Hizo parte de ese proyecto definir el nuevo perfil funcional del Ministerio de la Salud así como su misión, funciones estratégicas, el rol y la integración de las otras instituciones de salud con el Ministerio, los mecanismos de relación y los productos esperados.

Como resultado, el Ministerio de Salud pasó a ser organizado con criterio de funcionamiento matricial y orientado por resultados. Uno de los primeros esfuerzos del Ministerio de la Salud en su papel de fiscalizador fue lo de adaptar las normas existentes para evaluar los EBASIS y acreditar hospitales, tanto público como privados, en un contexto de poca definición o claridad en torno al su papel de rectoría.

También la Caja pasa por un proceso de modernización institucional orientado a adecuar su estructura y funcionamiento a un diseño de las políticas de salud basada en evidencias. Para lograr esos cambios se hacía necesario: a) desarrollar de un sistema de información que incorpore criterios demográficos en función de los cuales anticipar servicios y determinar cuáles son las necesidades de salud de la población y que se materialice en acuerdos de trabajo o “compromisos de gestión” con cada uno de los proveedores en el ámbito de la CCSS, exigiendo a éstos la rendición de cuentas con base en metas de resultados; b) fortalecer el nivel central que es quien asigna los recursos, define los servicios a ser ofertados de acuerdo con las necesidades y los lineamientos definidos, y compara el desempeño de proveedores de un mismo nivel de servicios, y c) desarrollar instancias descentralizadas capaces de definir cómo llevar a cabo estas acciones.

En el ámbito de la fiscalización y control, en mayo de 1999, fue creada la Superintendencia General de Servicios de Salud (SUGESS), órgano de carácter técnico, cuyos principales objetivos se centran en la supervisión y fiscalización de los servicios de salud. Dentro de ese mismo ámbito, se crearon también las Controlarías de Servicios en cada centro de trabajo de las instituciones de salud.

También con la Ley N° 7852 (de diciembre de 1998) de “Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social”, fueron creadas las Juntas de Salud, como entes auxiliares de los hospitales y las clínicas, *con el propósito de mejorar la atención de la salud, el*

desempeño administrativo y financiero, así como promover la participación ciudadana (Fuentes-Boloños, 2003: 260). Estas juntas están conformadas por dos representantes patronales y por tres de los asegurados del área de influencia del centro de salud, además por dos de las asociaciones pro hospitales y clínicas.

En relación con el financiamiento, la propuesta fue la de continuar centralmente administrado por la CCSS, a través de la combinación de recursos del presupuesto nacional (la menor parte) y combinaciones tripartitas a la seguridad social (la mayor parte). El cambio fue introducido *en los mecanismos de asignación de recursos entre proveedores de servicios de salud de la seguridad social y el fomento de mecanismos de contratación administrativa con entidades privadas* (Martínez y Mesa-Lago, 2003: 51). La introducción de los compromisos de gestión empezó en 1999 en cinco áreas de salud son acuerdo mutuos entre comprador (CCSS) y el prestador (unidad de servicios pública o privada) que permitiese la asignación presupuestaria de manera prospectiva, equitativa y de acuerdo con el logro de metas de productividad, calidad y cobertura. Esa propuesta se basó en la experiencia española de consorcios de salud y permite la autonomía gerencial de las unidades de salud (Guimarães, 2001).

Es importante aclarar que el sector privado en Costa Rica es muy pequeño. De acuerdo con Homedes y Ugalde (2002) la participación privada en el sector salud se daría a través de tres modelos: a) instalación de una clínica en el local de trabajo quedando bajo la responsabilidad de la CCSS diagnósticos, tratamiento y hospitalización; b) medicina mixta, lo que permite ir a un médico privado de libre elección pagando directamente la consulta y seguir recibiendo los servicios de diagnóstico, tratamiento y hospitalización en la CCSS, y c) cooperativas médicas que reciben recursos de la CCSS, según un sistema de capitalización, y sus usuarios son referidos a los hospitales de la CCSS.⁸⁶

En síntesis, Costa Rica conserva y consolida la responsabilidad social y pública en el sistema de seguridad social de salud, sin modificar ni la estructura ni las fuentes de financiamiento (cotizaciones tripartitas obligatorias), manteniendo la equivalencia colectiva con un seguro universal, un fondo único y sin competencia en el régimen de aseguramiento.

Diferente de los casos anteriores, la reforma del sector salud ha tenido como eje la mejora de la eficiencia y de la eficacia de los prestadores públicos de servicios de salud, mediante la introducción de compromisos de gestión, y viene siendo ejecutada en forma gradual desde 1995, cuando se logró separar las competencias del Ministerio de Salud (función rectora) y de la Caja Costarricense del Seguro Social. Esta institución está a cargo del aseguramiento de la población, y

86. Esas cooperativas son cuatro, están integradas en un consorcio y surgen con la flexibilización de la prestación de servicios y son: Coopesalud, Coopesaín, Coopesana y Coopesiba y responden por la atención de medio millón de habitantes. Son autogestionarias, además de la Coopesana, en Santa Ana, que es cogestionaria dado que ahí las 11 asociaciones comunales también la integran (La Nación, 2004).

consolidó su papel de responsable de todas las funciones prestadoras de servicios, desde la prevención a la rehabilitación, incluida la atención primaria (Sojo, 2001:45). La provisión privada opera en pocos casos particulares, contratada directamente por la CCSS (Sojo, 1998, 2001).

Eso significa que, aunque se mantuvo la estructura histórica del sistema, con aseguramiento universal, administración y estructura financiera públicas, se está intentando introducir mecanismos competitivos e innovaciones en el ámbito gerencial, destinadas a mejorar la eficiencia, eficacia y equidad del sistema, por lo menos en términos de los principios definidos por la reforma.

En ese sentido, la reforma sectorial que viene siendo desarrollada en Costa Rica desde mediados de los años 90, va de acuerdo con la tendencia histórica de integración y universalización de los servicios, pero también mantiene el fortalecimiento de la CCSS, destinándole el rol conductor de la reforma, como la instancia institucional que históricamente financia, gerencia, y presta servicios a la población, lo que ha favorecido la fuerte presencia del sector público en el sistema de salud. Lo novedoso de esa reforma contemporánea en relación con el desarrollo anterior, es que está centrada en la idea de separación y especialización de funciones de provisión y financiamiento de los servicios de salud, introduciendo la autogestión hospitalaria y el aumento de la participación del sector privado, a partir de la elaboración de contratos. Esta es la traducción concreta del intento de generar, por un lado, una nueva racionalidad administrativa, supuestamente basada en la demanda y no en la oferta, y por otro, de desarrollar “cuasi mercados” en los servicios de salud, según la agenda dominante de reforma sectorial. Además, la asignación de los recursos sigue siendo centralizada y la gestión de los mismos negociada a través de compromisos de gestión (contratos), lo que significa una autonomía limitada al ámbito local para definir sus propias prioridades de atención.

El planteamiento fundamental fue el de implantar la separación y especialización de funciones sin crear nuevas entidades exógenas. Según Sojo (2001), es un “cuasmercado orientado hacia adentro”, y altamente regulado, ya que la CCSS federal acumula los poderes de recaudación directa, regulación, reglamentación y nombramiento de los puestos clave. Eso implica fuertes negociaciones, pues la función de comprador es monopsonía y la función prestadora se desconcentra en una multiplicidad de entidades de la CCSS y cooperativas. De forma gradual y selectiva se implantaron los compromisos de gestión con los hospitales y las áreas de salud (Sojo, 2000).

Además, aunque el modelo de reforma fue elaborado internamente, en el propio país, el que cuenta con cuadros técnicos y administrativos altamente preparados, sobre todo los de la CCSS, sin embargo, la agenda de reforma estuvo fuertemente influenciada por las agencias internacionales, y en el proceso BM y el BID fueron los mayores protagonistas, lo que se evidencia en la fuerte presencia de esas agencias en la financiación de la reforma. La prioridad asignada a la atención básica, aunque se encuadre en los temas de la

agenda internacional, se da en un marco de fortalecimiento de ese nivel de atención en la perspectiva de la “antigua” atención primaria y ampliación de la “salud comunitaria”, revalorizando ese nivel como “puerta de entrada” del sistema. Y aunque tenga también como meta la reducción del gasto hospitalario, inclusive implementando prácticas específicas para ello (aumento de la cobertura ambulatoria y de prácticas extrahospitalarias), con algún éxito, mantiene la preocupación por la integralidad de la atención, o sea con el alcance de la integración cada vez más efectiva entre los distintos niveles de atención, a partir de la correspondiente reorganización del segundo y del tercer nivel.

De acuerdo con los documentos producidos por la CCSS se pueden contabilizar avances importantes en el sistema de salud como consecuencia de la reforma, básicamente centrados en el aumento de la producción de servicios en todos niveles. Además, se logró continuar con el fortalecimiento del primer nivel de atención, lo cual se ve reflejado en un incremento de 1,4% de la proporción de recursos del seguro de salud destinada a este nivel. Y el 82% de las áreas presentó avances en el plan establecido para la adecuada coordinación entre el primer nivel y los niveles segundo y tercero.

Entretanto, se reconoce que el tiempo de espera por especialidad en la consulta externa en los hospitales nacionales está entre más de 90 días llegando hasta 470, y a 490 días en los hospitales regionales el tiempo de espera en algunas especialidades, y en los hospitales periféricos a periodos superiores a los 190 días. Ese se constituye en uno de los principales problemas de la CCSS. Y en relación con la calidad de la atención, prácticamente, todas las regiones del país experimentaron disminuciones en sus coberturas con calidad respecto a años anteriores. Además, la evaluación de los compromisos de gestión todavía deja a desear y aún hace falta capacitación en esta materia y, sobre todo, profundizar el cambio cultural que el nuevo modelo ha venido impulsando. Respecto de la equidad con que se distribuyen los recursos entre regiones, al hacer el análisis para las redes regionales, sin separar los niveles de atención, se encuentra una situación de menor inequidad que la encontrada en los estudios realizados anteriormente, que sólo contemplan el gasto de las áreas de salud. Esto se debe a la no-homogeneidad de las redes, respecto a los servicios que se prestan en cada nivel de atención.

Con relación a la Atención Integral de la Mujer, para el año 2002 se logró indicadores bastante buenos, pero con diferencias importantes entre las regiones. Dos regiones del país, la Central Norte y la Huetar Atlántica, han venido presentando disminuciones paulatinas en las coberturas totales que han alcanzado en estas atenciones en los últimos tres años.

Se observa que la cobertura total nacional de la atención prenatal se ubica entre una de las más altas de los diferentes programas que la institución brinda a la población. Para el año 2002, la cobertura total nacional fue de 84%. Dicha cobertura se mantiene prácticamente igual a la alcanzada en

el año 2001, la cual fue de 83% (690 mujeres embarazadas más que el año anterior). Y el tamizaje de cáncer de cérvix (o cáncer cervical), durante el año 2002, se logró una cobertura bianual, según lo indica la norma, en el grupo de mujeres de 15 a 35 años de edad de 44% y de 52% para el grupo de mujeres mayores de 35 años. Estas cifras informan que alrededor de 50% de las mujeres se está realizando el examen de Papanicolaou (PAP) en los servicios de salud de la Seguridad Social. Se observa que muchas mujeres acuden a la consulta privada para efectuarse el PAP, porque ofrece mayor privacidad y oportunidad en el reporte, sin embargo se desconoce la real contribución que hace el sector privado en la cobertura nacional de toma del PAP.

En relación con la cobertura regional de la atención integral dirigida al niño y la niña se considera que todas las regiones avanzaron en la cobertura total de captación temprana del recién nacido respecto al año anterior y en relación con la calidad de la atención y que además, todas las coberturas totales de niños y niñas menores de un año de edad se mantuvieron similares al año anterior.

En cuanto a salud del adolescente, tradicionalmente este grupo había sido marginado de la atención en los centros de salud, cuando imperaba el modelo biologicista de la atención, debido, principalmente, al escaso número de veces que ellos se enferman y, por tanto, van a consulta. Sin embargo, se reconoce que la cobertura total de estas atenciones en el año 2002 fue de 30%, disminuyendo 5% respecto al año anterior. La explicación presentada reside en el importante esfuerzo realizado en el año 2001, por el que se duplicó la cobertura, situación difícil de mantener en el tiempo y que puede explicar el comportamiento actual. Pero también se observa diferencias entre las regiones. Además, en el año 2002, el 28% de los adolescentes del país fueron tamizados con el instrumento de clasificación de riesgo y, además, se les brindó el abordaje adecuado de acuerdo con el riesgo establecido. Aunque estas cifras pueden parecer pequeñas, son un importante avance respecto a datos históricos en la atención de jóvenes, teniendo en cuenta además las características particulares de demanda de este grupo poblacional.

La evaluación del MS sobre los resultados de la reforma es menos promisorio y se refiere problemas en la falta de claridad sobre su papel y función rectora. La rectoría es estructuralmente débil y que no existe un sistema de regulación económica específico para enfrentar las distorsiones inherentes a los mercados de servicios de salud. Además, las facultades legales del Ministerio de la Salud sobre los otros agentes, inclusive la CCSS, son limitadas, pues la Constitución Política le garantiza independencia en materia de gobierno y administración, y la acción del MS se basa en la persuasión y el liderazgo informal. Hay falta de mecanismos para regular los productos de los servicios de salud según costos y la calidad; carece de protocolos de atención que definan las normas de calidad del servicio final y otros mecanismos que podrían reducir la llamada “asimetría de información” entre los profesionales de la salud y los usuarios.

Encuesta realizada en octubre de 2002 por el grupo de Rectoría y Funciones Esenciales en Salud Pública, dentro del Análisis Sectorial en Salud 2002, *se manifestaba que las funciones y actividades que ha venido cumpliendo el Ministerio para el cumplimiento de su función rectora siguen siendo necesarias, pero no suficientes* (Fuentes-Boloños, 2003: 131). En particular, en la regulación de los gastos, de la cantidad y calidad del recurso humano en salud, en la conducción de la cooperación internacional y la conducción en gestión de desastres.

Entre los problemas encontrados y considerados graves se refieren a la deficiencia de actividades de salud pública. Se identificó como la base de ese problema el sistema de organización de los EBAS centrado en la demanda de acto médico para la enfermedad, lo que impide la actuación sobre la salud percibida como anterior a la enfermedad y que debe ser promovida por los sistemas de salud. O sea, no hay la cultura pro-activa o de búsqueda de casos. Además, en el caso del cáncer cervicouterino, la meta de los EBAS es realizar un porcentaje definido de citologías, lo que ha llevado a la duplicación de actividades y a una cobertura baja centrada en la mujer embarazada que busca los servicios para el control prenatal.

En lo que toca a la SSR, se constata que existe una distancia entre lo mucho que históricamente se viene desarrollando en esa área y las prioridades definidas por la reforma relacionadas con el tema.

Desde la década de los 70, existen en Costa Rica programas de salud pública dirigidos a la mujer y el niño, en el marco de las políticas de extensión de cobertura (atención primaria) y de planificación familiar. Y a partir de finales de los años 80 (1988) se crean instancias específicas de salud de la mujer en el ámbito de la CCSS, con ramificaciones regionales y locales. A finales de los años 90 (1999), se crea la Comisión Interinstitucional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (CISDSR), en la cual participan variados actores de la sociedad civil, ya sea del área médica y de otros profesionales de salud, o representaciones del movimiento nacional de mujeres (con varias organizaciones en el país, y que históricamente ha sido muy activo), y de organizaciones internacionales, como el Fondo de Población de Las Naciones Unidas (FNUAP).

De acuerdo con el “Proyecto de Reforma del Sector Salud” (1993) entre los 12 programas definidos como prioritarios se encuentran los siguientes dirigidos a la mujer:

- Problemas o necesidades de atención relacionadas con el embarazo, parto, y puerperio, afecciones del período perinatal.
- Cáncer de cérvix con énfasis en la detección temprana, en todos los establecimientos del sistema nacional de salud, desde la toma de citología hasta el diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz.
- Cáncer de mama.
- Planificación Familiar.

Para dar respuesta a estos problemas se definió en el ámbito de la reforma el Programa de Atención Integral de Salud, que para efectos prácticos se ha subdividido en cinco programas específicos, que deben desarrollarse en forma coordinada por la red de servicios en todos los niveles de atención; entre ellos, el Programa de Atención Integral del Adolescente, el Programa de Atención Integral de la Mujer y el Programa de Atención Integral al Adulto.

La Alianza de Mujeres Costarricenses con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas fue una de las organizaciones de mujeres que realizaron un diagnóstico que permitió conocer la situación desde la perspectiva de las y los participantes. También, diversas organizaciones feministas prepararon un informe para ser presentado al gobierno, el Informe Sombra (2003), ante el Comité de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW, por sus siglas en inglés), que dará a conocer la situación de la salud de la mujeres teniendo como eje los derechos reproductivos.

El Diagnóstico de la Alianza con base en sus encuestas ha demostrado que son las mujeres las que más consultan los servicios relacionados con la reproducción y con el cuidado de los hijos, pero que en algunas regiones, con intensidad distinta, ambos sexos, desconocen la existencia en los centros de salud de programas para atender su sexualidad y que también desconocen las Consejerías en salud sexual y reproductiva.

Las mujeres organizadas consideran que los EBAIS están presentes en la mayoría de las comunidades, pero que la atención a la salud sexual y reproductiva no es satisfactoria. Argumentan y demuestran a través de investigaciones y de diversos documentos que la atención a la salud sexual y reproductiva se realiza como parte de la atención de rutina, con los servicios de planificación familiar y control del parto, y que no existen programas específicos para los hombres. Ese mismo Diagnóstico alega que las jóvenes plantean limitaciones para hacer consultas sobre su salud sexual. Concluye que tanto las mujeres como los hombres no conocen donde poner una denuncia en caso de no ser atendidos adecuadamente, cuestión problematizada también por el Informe Sombra (2003).

En relación con el uso de anticonceptivos las encuestas demostraron que no hay una planeación de los hijos por parte de las parejas y que las mujeres son las que mayormente utilizan métodos de planificación, además, de que conocen más que los hombres sus derechos sexuales y reproductivos. Denuncian que hubo casos de disminución en los presupuestos para clínicas de atención a salud reproductiva por parte de la CCSS (como, por ejemplo, en Limón y Turrialba) donde anteriormente tener seguro no era un requisito y la universalidad una realidad. Las encuestas hablan también de la mala calidad de la atención en algunos centros, cuestión que el Informe Sombra retoma. Otro elemento trabajado en el Diagnóstico fue lo de la instrumentalización, por parte de las políticas de salud, de las mujeres como agentes promotoras de salud.

Para esos mismos actores, la calidad de la atención y la equidad en los servicios de salud tampoco son universales, pues presenta variaciones importantes entre regiones y servicios, aunque se reconoce la importancia de la ampliación del acceso posibilitado por la atención primaria. Además, la preparación de los recursos humanos también no es la adecuada para las necesidades de atención en el área de SSR, sobretodo en el primer nivel de atención. Afirman que existen todavía vacíos asistenciales en algunas comunidades que no están cubiertas por la CCSS y que antes eran asistidas por los programas de promoción y prevención del Ministerio de la Salud. Pero ahora, con la reforma, como la CCSS es la operadora de estos programas, en la perspectiva de algunos, los ha descuidado y a ello se debe el resurgimiento de enfermedades como el dengue, el incremento del SIDA y de otros padecimientos infecto-contagiosos.

El Ministerio de la Salud, con la CISDSR, tiene como uno de los principales retos la formulación de un Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, con objetivos bastantes amplios. Para lograrlo existen comisiones y grupos de trabajo, en los que el Ministerio de Salud participa y, además, establece varios enlaces con distintas instituciones de investigación y docencia, que trabajan en este tema en el país.

Están en curso también acciones en los servicios de salud, coordinadas entre la CCSS, el Ministerio de la Salud y el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), como la construcción del Hospital de las Mujeres (1999), financiada por la cooperación internacional, y que desarrolla un modelo de atención integral a las mujeres, en el que incluyen, entre otros aspectos, unas Juntas de Salud electas y con participación de las usuarias del servicio.

Lo mismo se observa en lo que concierne a las políticas para los jóvenes y adolescentes, que desde los años 70 vienen siendo desarrolladas en el país, con programas específicos para esa población, pero que también meritan que se incluyan lineamientos específicos para ellos en la reforma.

En síntesis, se reconoce que Costa Rica no cuenta con una Política Nacional en Salud Sexual y Salud Reproductiva, y aunque existan intentos explicitados en la Política Nacional de Salud, ésta no se ha concretado. Esta posición es explicitada por el Informe Sombra (2003) y señalada también por la Defensoría de los Habitantes en su último informe (2003).

En otras palabras, según lo analizado en el estudio de caso, los programas de salud sexual y reproductiva en toda su amplitud histórica y programática son mucho más una expresión de las demandas de las mujeres organizadas que de la política de salud propiamente dicha. Por otro lado, aparentemente el movimiento de mujeres se articula más efectivamente con el Ministerio de la Salud, instancia potencialmente normatizadora, aunque no tiene el poder financiero y de implementación que corresponde a la CCSS, cuyo marco ideológico y gerencial prestigia el enfoque biomédico. En ese sentido, las organizaciones de mujeres identifican contradicciones entre la agenda de reforma –marcada, según ellas, por énfasis en las prescripciones neoliberales, la privatización, individualización de la

responsabilidad por la salud, disminución de recursos, políticas focalizadas para enfrentar el aumento de la pobreza y programas específicos-, y la agenda de SSR –basada en la visión del derecho– que es mucho más amplia que lo que está siendo priorizado en los programas por la reforma. Y actualmente están empeñadas en promover cambios en la Ley General de Salud en la cual se establecen los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, en el Capítulo de derechos reproductivos. Por Ley se garantiza a las mujeres recibir información y atención en salud, reproducción de la familia y planificación familiar. Algunos autores reconocen que hay falta de información para una evaluación más completa de la reforma, y que la existente es parcial y fragmentada, y que proviene principalmente de fuentes oficiales. De toda forma, la mayor parte de los análisis están centrados en los mecanismos de gestión de la reforma más que en los servicios de salud propiamente dichos, y tal vez la explicación para ello está en la naturaleza gerencial de la propia reforma.

En la visión de estos autores, los avances van en dirección a los cambios organizacionales, en particular, en el proceso de desconcentración y del cual, hasta el momento, no se tienen indicios si ese sistema es mejor que el anterior y si los organismos desconcentrados están gastando mejor que antes. Reconocen que la desconcentración ha permitido a los hospitales mayor margen de acción respecto a “cómo” prestar los servicios, administrar sus recursos humanos, así como su presupuesto, como también cómo realizar las contrataciones administrativas con el sector privado que considere necesarias. A su vez, los acuerdos de gestión están siendo realizados, pero el sistema de distribución de los recursos sigue la lógica del presupuesto histórico.

Otro ámbito que se considera que todavía no está muy claro es de las relaciones de la CCSS con el sector privado, en parte porque faltan definiciones claras respecto al papel del sector privado, y porque no existe en la CCSS un consenso a nivel gerencial respecto al papel preciso que deben de jugar los proveedores privados en el sistema de salud.

Se reconoce que aunque existe una fuerte presión del Banco Mundial en el sentido de privatizar el financiamiento del sector salud, el gobierno ha garantizado la financiación pública de todos los servicios de salud, y todas las compañías de seguros, incluyendo las de salud, son monopolio del Estado. Por otro lado, se identifica que últimamente ha surgido un mercado de seguros internacionales privados y que el este sector muestra una importancia creciente, en particular, junto a los usuarios de mayor ingreso (Herrero y Durán, 2001).

Algunos problemas son apuntalados por distintos autores:

1. Tendencia a aumentar los gastos privados en salud de las familias, que basado en la encuesta de hogares, ha quintuplicado entre 1993 y 1998, lo que puede estar representando una privatización de la prestación de servicios. Entretanto, la magnitud de ese fenómeno no se puede todavía comprobar porque no hay información confiable disponible.

2. Ausencia de criterios técnicamente fundados para la compra de servicios del sector privado, lo que no ha impedido a la CCSS continuar comprando servicios a ese sector. Además, la Comisión Especial Legislativa ya documentó que la compra de servicios privados es considerablemente más cara que la provisión directa de servicios por la CCSS. También se comprobó que la compra de servicios privados no está acompañada por medidas paralelas que permitan solventar los problemas de la institución para prestar los servicios sin estos recursos, y que, debido a la falta de decisiones apropiadas y oportunas sobre inversión, la compra privada deja de ser temporal, como está previsto en la ley, para convertirse en permanente.
3. Constatación de que la compra de servicios privados necesariamente no expresa mejor calidad de la atención, y se denuncia la compra de servicios privados de baja calidad o no sujetos a controles, lo que sólo se advierte después de que ocurren accidentes y éstos son denunciados.
4. Presencia de proveedores privados amenaza la planificación de los servicios según niveles y territorio, uno de los objetivos de la reforma, así como atenta contra el principio de la universalidad y equidad.
5. Existencia de diversos conflictos de intereses introducidos por la compra privada de servicios y que tiene como consecuencia desincentivar el desempeño público y estimular la violación de las normas institucionales. Uno de ellos, es entre miembros de la Junta Directiva que a su vez eran miembros de juntas directivas de clínicas privadas que venden servicios a la CCSS.
6. Permanencia de otro conflicto de intereses que el diseño institucional permite, que se da entre los profesionales médicos, quienes al mantenerse como funcionarios de la CCSS simultáneamente venden servicios a la misma, corriendo el riesgo de generar un círculo vicioso en relación con las listas de espera: los funcionarios de la CCSS son subcontratados privadamente para resolver listas de espera que ellos pueden estar contribuyendo a generar o, en el mejor de los casos, no tienen incentivos para resolver, dado que es más rentable vender servicios a la CCSS que ser su empleado y, aún mejor, si es posible combinar ambas actividades.
7. Necesidad de mecanismos muy finos de control de la relación que se establece entre las empresas que venden servicios a la CCSS (como radioterapia para pacientes con cáncer) y quienes autorizan dichas compras en la CCSS. Esa función está a cargo de la Gerencia Administrativa y son situaciones que permiten el uso de los recursos públicos para fines privados.
8. Persistencia de evasión, subdeclaración y morosidad, problemas estructurales del financiamiento de la Caja. La evasión estimada es de 20% de los ingresos reglamentarios anuales, de los cuales 71% corresponde a pagos de trabajadores asalariados y patronos no asegurados, y 29% a subdeclaración de salarios (CCSS, 1981,

citado por Herrero y Durán, 2001: 13). Los mecanismos para combatir estos problemas fueron previstos por la reforma, pero muchos de ellos no se han ejecutado o no han sido puestos en marcha adecuadamente y se desconoce los resultados financieros alcanzados. Además, hay problemas relativos al aumento de la cobertura contributiva, *vis a vis* la inversión en servicios de salud y sus vinculaciones con las necesidades poblacionales. Se calcula que 30% de la fuerza de trabajo no contribuye al financiamiento del seguro de salud aunque sí se puede beneficiar de sus servicios.

En resumen, se advoca por la necesidad de una evaluación más profunda de los efectos de la reforma, pues hasta el momento el trabajo de las Juntas de Salud -fiscalización del desempeño de los servicios- no se ha efectuado de forma satisfactoria.

En conclusión, la reforma del sector salud en Costa Rica y la lucha de las mujeres para introducir cambios en la política de salud reproductiva y sexual son dos políticas que responden a dinámicas distintas e incluso contradictorias, pero que se entrecruzan, introduciendo tensiones entre las agendas, y cuestionando mutuamente sus capacidades de respuesta a sus propias agendas. La reforma está vinculada a una dinámica macroeconómica de redefinición de la forma de desarrollo centrada en un mayor protagonismo de los mercados, y la agenda de salud reproductiva a procesos socio-políticos más inclusivos. La puesta en práctica de ambas agendas moldea y altera las trayectorias de las instituciones de salud al reasignar recursos entre los programas y poder entre los actores.

Uno de los principales desafíos de la reforma es la promoción e implementación de una visión integral de la salud en un escenario de crisis económica que afecta los recursos del Estado, y que sectorialmente privilegia la asistencia médica. Además, se constata que aunque la priorización del primer nivel de atención sea fundamental, los servicios y los recursos humanos no están adecuadamente preparados para esa tarea, y se evidencia el aumento de algunas enfermedades, como el SIDA, estrechamente asociadas a factores socio-culturales. Dentro de este marco, la CCSS a través de los EBAIS revaloriza el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de atención integral de salud y como estrategia para evitar un mayor deterioro de los indicadores de salud debido a la propia crisis. De ahí la importancia de algunas acciones dirigidas a las mujeres.

Otro problema es la definición de un nuevo rol para el Ministerio de Salud, observándose una distancia entre los objetivos explicitados en los documentos de la reforma y su acción efectiva de rectoría y regulación del sector, sin una sólida capacidad técnico-administrativa (pues ha perdido muchos de sus cuadros), capaz de definir objetivos y actividades propias, y establecer alianzas estratégicas con la sociedad civil, construyendo una fuerza política para enfrentar el poder de la CCSS en las negociaciones, que son permanentes en la arena sectorial nacional.

La reforma del sector salud en Costa Rica mantiene la tendencia histórica del sistema, con permanencia de sus rasgos estructurales, pero introduce mecanismos gerenciales afines con la agenda internacional, atribuyendo el rol más prominente al sector privado. Entretanto, parece que el proceso de privatización va lento, todavía limitado, con un modelo adaptado de la experiencia española, aunque fuertemente influenciado por las agendas de las agencias internacionales. Presenta también problemas de corrupción, y necesariamente no está significando disminución de los costos.

Como todas las reformas de la región latinoamericana, la presencia del BID y del BM en el financiamiento fueron importantes, incluso opacando un poco el papel de la OPS. Sin embargo, es posible encontrar en Costa Rica visiones que abogan por el poder y la capacidad de la CCSS de definir sus propios proyectos y rumbos con base en la existencia de un sector técnico administrativo altamente preparado para discutir y negociar un proyecto propio.

Finalmente, el blanco de la reforma no son los programas de salud sexual y reproductiva. En consecuencia, no se prevén políticas para muchos de los problemas reclamados por las mujeres aunque hay un reconocimiento de que éstas y los adolescentes se constituyen en un sector con necesidades específicas. Sin embargo, el hombre continúa estando ausente en los programas de salud sexual y reproductiva y, en la política de salud, la mujer continua siendo vista como agente promotora de la salud, recargando sobre ellas las campañas de vacunación, las ferias de salud, la atención materno infantil, la planificación familiar. Además, no existen registros específicos respecto a la SSR de hombres y mujeres durante las diferentes etapas del ciclo de vida, lo que puede ser un indicador de que la perspectiva de género no fue incorporada de forma integral al conjunto de la política de salud.

Los programas de salud sexual y reproductiva, en toda su amplitud, son mucho más resultado de las demandas de las mujeres organizadas que de la política de reforma y, en ese sentido, depende tanto de la capacidad de ese grupo social hacer presión para su realización plena, como de la existencia de profesionales y decisores sensibles a la causa que buscan avanzar en ese sentido, aun enfrentando barreras financieras, morales y biomédicas.

BELICE

Belice, con un área de 22.963 kilómetros cuadrados, está localizado en América Central, colinda al noroeste con México, al suroeste con Guatemala, y su costa este, con el mar Caribe. Más de 60% de su territorio está cubierto por selva tropical.

Hasta el inicio de los años 80 era una colonia británica. El cambio de su nombre ocurre en 1973, cuando deja de llamarse Honduras Británica y pasa a denominarse Belice. Su independencia es otorgada por Inglaterra en 1981. Su sistema de gobierno es una monarquía parlamentaria, en la cual la Reina Isabel de Inglaterra es la Jefa de Estado, y está

representada en el país por un Gobernador General. El Primer Ministro (líder del partido mayoritario, nombrado por el Gobernador General) y su gabinete forman el poder ejecutivo, mientras que el poder legislativo está integrado por una Cámara de Representantes de 29 miembros, elegidos por votación (para un periodo de cinco años) y por un Senado, con nueve miembros nominados. La Cámara y el Senado constituyen la Asamblea Nacional.

Actualmente, el gobierno está formado por el Partido Unión Popular (*People's United Party- PUP*) que ganó las elecciones generales en 1998 y en 2003. Los dos partidos de la oposición son: Partido de la Unión Demócrata (*United Democratic Party-UDP*) y El Independiente (*Independent-IND*).

Según el censo de 1992, la población anglófona de origen africano, que históricamente constituyó la mayoría, quedó en segundo término ante el crecimiento de los mestizos de habla hispana. Los principales grupos étnicos de Belice son: mestizos (44%), criollos (30%), garifunas (7%) mayas (11%) y otros (8%) (UNICEF, 2003). En el último censo nacional, realizado en 2001, la población total se elevaba a 249.800 habitantes, con una tasa de crecimiento de 2,7% por año, en los últimos diez años, y con una pirámide de edad de un país joven: en 2001, el 50% de la población tenía menos de 20 años, mientras los de más de 60 años representaban 5% de la población global. La población está distribuida de forma relativamente equilibrada en el área urbana y rural.

La tasa de analfabetismo ha bajado entre 1998 y 2002, de 7,3% de la población total mayor de 15 años de edad en 1998, a 6,3% en 2002. Entre 1992 y 2001, la escuela primaria atendió a 92% de los varones y a 90% de las niñas en edad de ir a la primaria, y en 2001, el 87,4% de los alumnos de primaria ingresaron en la secundaria.

En 1998, el único año para el cual el Banco Mundial presenta datos, 17% de la totalidad de las carreteras del país tenían pavimento. Según las cifras del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2003), 100% de la población urbana del país y 82% de la rural tenía acceso al agua potable, es decir un promedio nacional de 92%, y 71% de la población urbana, y 25% de la rural, tiene disposición de excretas adecuadas en su casa, es decir un promedio nacional de 50%.

La exportación agrícola (caña de azúcar, cítricos concentrados, plátanos y productos marítimos) constituye la principal fuente de ingreso de Belice, a lo cual se agregaron desde hace unas tres décadas el turismo y las inversiones extranjeras. La caída de los precios internacionales de los mercados, en particular de la caña de azúcar, impuso dificultades, como un incremento significativo del déficit comercial y, por lo tanto, un deterioro de los ahorros públicos, lo cual se ha traducido en un substancial incremento del déficit del gobierno.

Según datos del Banco Mundial (2003) el PIB en 2002 presentó un incremento de 3,7% frente a 2001, concentrado mayoritariamente en el sector de servicios (52,3%). El ingreso nacional per cápita fue de 2.940 US dólares corrientes en 2001, y de 2.960 en 2002. El déficit en la balanza comercial de 2001

fue importante: exportó en productos y servicios el equivalente a 55,1% del PIB, mientras que importó 74,1%. Entre 1990 y 2001, según los datos del UNICEF (2003), la tasa anual de inflación fue de 2%.

El país conoció un cierto desarrollo económico a partir del principio de los años ochenta, el cual se ha acompañado por la mejoría del nivel de vida de una fracción importante de la población, así como de sus indicadores sociales (esperanza de vida al nacer, tasa de mortalidad infantil, tasa de analfabetismo, etcétera). Asimismo, en 1995, el Banco Caribeño para el Desarrollo (*Caribbean Development Bank*), el Ministerio de Economía del país y las Oficinas Centrales de Estadísticas (*Central Statistics Offices*) concluyeron que 33% de los beliceños son pobres y 13% son muy pobres, que la mayoría de ellos viven en la zona rural sur de los distritos de Toledo y de Cayo. En algunas zonas muy pobres, como por ejemplo el distrito de Toledo, que es una zona maya, el porcentaje de pobres alcanza a 41. Los pobres están compuestos principalmente por la población indígena maya, por los refugiados, los trabajadores agrícolas que emigran, originarios de los países de América Central, y también por pequeños granjeros.

En 1999, el gobierno formuló un Plan de Acción a cinco años, de lucha contra la pobreza (*Five-year National Poverty Elimination Strategy and Action Plan-NPESAP*), gracias al apoyo de organismos externos como el Banco Caribeño para el Desarrollo (*Caribbean Development Bank*) y el Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional (*UK Department for International Development-DFID*). La meta principal del gobierno es reducir la pobreza de 33% de los habitantes del país hasta 28% en 2004, a través de un mejor acceso a los servicios sociales, en particular en los distritos pobres de Toledo, Cayo y Stann Creek. Este programa incluye, entre otras acciones, la reforma del sistema de salud.

Entre 1992 y 1995 el presupuesto para salud aumentó cerca de 1,3% en dólares norteamericanos, lo que representaba en 1995 el 8% de los gastos públicos contra 9% en 1992 (OMS, 1998:77-88). La asignación relativa de recursos se caracterizó por un énfasis especial sobre los servicios curativos (74% a los hospitales), y dentro de ellos, a la atención secundaria (28%). Los costos de personal representan más de 75% de los gastos del Ministerio de Salud y han aumentado últimamente. Según los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) actualizados para 2001, más de 60% del gasto de capital del Ministerio de Salud está cubierto con ayuda externa. Por lo tanto, el financiamiento disponible resulta escaso para el mantenimiento de rutina.

En 1999, las principales inversiones sociales se distribuyeron de la manera siguiente: sector de educación (40%), agua y saneamiento (30%), salud (25%) y desarrollo humano (5%), y la gran mayoría de estos recursos financieros está asignada a los rubros de infraestructura y administración, y no para la implementación de acciones o programas (OPS, 1999).

En 2001, la esperanza de vida al nacer era para la población general de 70 años - 67,7 años para los varones y 72,7

para las mujeres. La esperanza de vivir con salud era para los varones de 56.3 años y de 61.6 años para las mujeres.

Para los adultos de entre 20 a 49 años de edad, durante el periodo 1992-1996, la primera causa de muerte fue externa (principalmente los accidentes de la carretera) y representaba 24% de los fallecimientos, seguidos por las enfermedades del corazón (12%) y las enfermedades respiratorias (7%).⁸⁷ En el caso de las mujeres menores de 42 años y en edad reproductiva, la principal causa de muerte es el cáncer cervicouterino, lo cual está directamente asociado con haber contraído de una ITS, mientras, entre los varones mayores de 40 años de edad, el cáncer de la próstata es el más letal.

En 41 años, la tasa de mortalidad infantil, disminuyó de 74 por 1000 nacidos vivos en 1961, a 34 en 2002. Las enfermedades infecciosas fueron la causa predominante de mortalidad de los menores de un año de edad. Respecto a la tasa de mortalidad de los menores de cinco años de edad Belice se coloca en la posición 84 mundial. En otros términos, 40 beliceños de cada 1.000 fallecen antes de la edad de cinco años. La tasa mediana de cobertura de las diferentes vacunas, para los niños de un año de edad está alrededor de 90%, y aplicarla es responsabilidad del Estado.

Entre 1986-1996, el VIH/SIDA fue para la población general la novena causa de muerte, mientras para el grupo de 20 a 45 años de edad, representó la segunda causa. Entre 1996 y 2001 el cociente de infección por el VIH varones/mujer ha bajado a 2,1 varones con SIDA para cada mujer con SIDA. Otro dato alarmante tiene que ver con la exposición de los jóvenes beliceños VIH/SIDA: en 1997, de acuerdo con una información del *National Health Information Surveillance Unit (NHISU)*, las ITS y el VIH/ SIDA muy frecuentes en los jóvenes de entre 15 a 25 años de edad. Además, en 2000 este mismo grupo de población concentraba 21% de los casos de ITS/VIH/ SIDA (ONUAIDS, 2002).

Si se contempla la infección entre las mujeres, Belice fue en 1999, después de Guyana, el segundo país de Latino América más expuesto al VIH/SIDA, con una tasa de infección de 2% de la población adulta femenina.⁸⁸ Entre las personas diagnosticadas, el modo principal de transmisión fue de tipo heterosexual para la población total, con 41,2% de los casos reportados. En el caso particular de las mujeres, los dos modos principales de transmisión fueron por vía heterosexual (87% de los casos femeninos), y por vía perinatal (8,7%). Los casos de SIDA se concentraron entre los tres distritos más poblados que son la ciudad de Belice, Stann Creek y Cayo. En 2001, se estimó que dentro la población adulta (15 a 49 años de edad), 2% vive con el VIH/SIDA. La prevalencia del VIH/SIDA entre las pruebas de sangre del Laboratorio de Control Médico (*Control Medical Laboratory*) ha subido, entre 1995 y 2002, de 1,5% de las pruebas a 4,1% (ONUAIDS, 2002).

En 2001, la tasa de fecundidad de cada mujer era de 3,7

hijos, lo que representaba un descenso comparándolo con 1991 (promedio de 4,2 hijos), pero con disparidad de la tasa de fecundidad según las zonas del país, siendo más alta en los distritos más pobres (5,6 niños por mujer en Toledo, y 5,2 en Stann Creek Districts) y la más baja en la ciudad de Belice (3,0). Los datos informan que hay también una diferencia significativa entre las mujeres urbanas y las rurales: 3,1 hijos contra 4,2 hijos, respectivamente

Desde por lo menos los años 50, Belice pertenece, con Guyana y Surinam, al trío de los países que registra una tasa de fecundidad de las jóvenes de entre 15 a 19 años de edad más alta del Caribe: en 1950 (Guengant, Orstom y Guadeloupe *apud* Jagdeo (1993)), de cada 1.000 nacimientos, más de 150 provenían de una madre joven y se posicionaba en segundo lugar después de Surinam (con más de 175 nacimientos de madres jóvenes por cada 1.000 nacimientos), pero antes de Guyana (con 140 nacimientos de madres jóvenes por cada 1.000 nacimientos). No obstante, en los años 70, mientras que esta tasa empezaba a bajar en Surinam y Guyana, ocurrió el movimiento inverso en Belice que vio aumentar el peso de los nacimientos de madres jóvenes (más de 175 nacimientos de madres jóvenes por cada 1.000 nacimientos) hasta el principio de los años 80. En los años 90, aunque haya bajado esta tasa, seguía en primer lugar. Sin embargo, si se contempla la proporción de nacimientos entre las jóvenes, según el Ministerio de la Salud, ha aumentado entre 1992 y 1994, de 15 hasta 19% de las jóvenes de entre 15 a 19 años de edad que han dado la luz, y 7% de ellas tienen más de un hijo.⁸⁹

Con el fin de orientar y adaptar sus programas hacia los jóvenes y sus necesidades, una ONG, la Asociación de Belize para la Vida Familiar (*Belize Family Life Association-BLFA*) aplicó en 1993, gracias al apoyo financiero y logístico de la UNICEF, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de la oficina Central de estadísticas (*Central Statistical Office de Belice*), una encuesta representativa para el ámbito nacional sobre el embarazo de adolescentes de entre 15 a 24 años de edad. Esta encuesta compiló informaciones sobre la sexualidad entre los jóvenes y sobre el embarazo y su percepción por parte de los adolescentes.

La encuesta se singulariza por el marco en el cual sus promotores la desarrollaron. Hace dos décadas, el embarazo de las jóvenes se manejaba bajo un argumento filantrópico; se puede ayudar a las jóvenes, particularmente las que se encuentran en una situación económica y social desventajosa y de cierta manera salvarlas de su "error". El paradigma de referencia de este estudio ubica al joven al centro de la problemática, lo define como un actor, tanto en su participación en la interpretación de sus problemas, como en el diseño y la implementación de las intervenciones que están hechas para él. De cierta manera, en este proyecto, se trataba

87. Mortalidad de los adultos m/f (por 1000): 191/124 Adultos. Datos de Population Referente Bureau. MEASURE Communication. *Las mujeres de nuestro mundo*. 2002.

88. Estos datos proceden del siguiente reporte: Population referente Bureau. MEASURE Communication. *Las mujeres de nuestro mundo*. 2002.

89. Gobierno de Belice, *Ministry of Health and Sports, Ministry of Human Resources, Women's Affairs and Youth Development, National Women's Commission*. "From Girls to Women. Growing Up Healthy in Belize" (1997:100).

de dar la palabra a las jóvenes y abordar los temas de la sexualidad y del embarazo desde sus perspectivas.

Los principales resultados de esa encuesta señalan básicamente la heterogeneidad y diferencias entre los ideales y prácticas dentro del país: el abismo entre ideal y práctica; la edad considerada ideal para primera relación sexual y la práctica diferente, más temprana; la edad ideal para el primer embarazo o hijo y la práctica más temprana; la exposición alta de las jóvenes al embarazo y a las ITS; el uso limitado de anticonceptivos, y la escasez de programas en el ámbito de la salud hacia los jóvenes.

De todas maneras, los adolescentes sólo reciben los servicios de planificación familiar a partir de los 16 años, identificada como la edad del consentimiento. Es por lo tanto ilegal para los adolescentes ser sexualmente activos antes de esa edad, y por tanto se considera inadecuado proporcionarles esos servicios. La actividad sexual por debajo de la edad de 16 años deberá ser informada a los trabajadores sociales en la División de Servicios de Familia (en el Ministerio del Desarrollo Humano) para monitoreo.

De acuerdo con las respuestas al cuestionario los servicios de provisión del gobierno en planificación familiar se realizan en centros médicos y, en general, sólo las madres tienen acceso cuando van hacer el control pos natal. Esos Centros médicos empezaron con un proyecto financiado por UNFPA que terminó en 2001. Los únicos métodos disponibles eran condones, inyectables y el dispositivo intra uterino (DIU) y sólo cuando eran donados por organismos internacionales.

Entre 1995 y 2001, la prevalencia de uso de los anticonceptivos fue de 56% entre las mujeres. Parecería que ha aumentado desde 1991, fecha de realización de la primera encuesta de fecundidad, anticoncepción y salud materno infantil representativa a escala nacional, que se llevó a cabo en Belice.⁹⁰ En esta encuesta, 33.5% de las mujeres entrevistadas declararon usar algún método anticonceptivo; 12.3% declararon estar esterilizadas, 12.0% dijeron usar anticonceptivos orales. Según la UNICEF (2002), el uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas en 2002, fue de 47% para cualquier tipo de éstos (incluso métodos de temperatura) y 44% para los modernos.

En la encuesta con los jóvenes, de 1993, el 94% de las jóvenes de 15 a 24 años de edad no usaban ningún tipo de anticonceptivo, y se exponían por lo tanto a un embarazo no deseado, a las ITS y al SIDA. No obstante, tal situación no está relacionada con una ausencia de información: 30% conocían entre 1 y 3 métodos distintos, 35% entre 4 y 6, por último otro 35% entre 7 y 12 métodos. Una parte importante de las jóvenes

no usan un método anticonceptivo porque temen los efectos negativos.

El Ministerio de la Salud no distribuye anticonceptivos, y por lo tanto su contribución a la planificación familiar se limita a la educación en salud a través de los servicios prenatales y posnatales. De hecho, la *BFLA* es el principal distribuidor de anticonceptivos en el país.

Se observa en el transcurso de los años un incremento de los partos atendidos en el hospital bajo la supervisión de un médico: en 2.000, el 77% de los nacimientos habían contado con la ayuda de personal especializado. Es importante señalar que las complicaciones durante el embarazo constituyeron durante el periodo 1993-1996, la causa primera de hospitalización de las mujeres adultas (29%). Las complicaciones durante el embarazo fueron responsables de 42% de las hospitalizaciones femeninas (todas las edades), mientras 37% de estas hospitalizaciones están relacionadas con un aborto provocado. En 2001, por cada 10.000 nacidos vivos, hubo 140 muertes maternas, lo que coloca Belice en una situación intermedia, en comparación con los otros países de América Latina.⁹¹

En cuanto a la violencia familiar, un estudio llevado a cabo por el Ministerio de la Salud y la División de las Mujeres señaló la gran variabilidad de formas de abuso y la falta de servicios y estructuras que pueden atenderlas (*Government of Belize*, PAHO/WHO, 1998-2002:20).

En relación con el sistema de salud, el Ministerio de Salud es el responsable de la definición y diseño de las políticas públicas de salud y de la regulación y prestación de los servicios sanitarios.⁹² Además, el gobierno central supervisa y controla el financiamiento público. El Estado es el principal financiador y proveedor de servicios de salud y el único proveedor de servicios sanitarios del sector público. Hasta una fecha muy reciente, la atención a la salud ha sido gratuita para los pacientes lo mismo que la utilización de los servicios, incluyendo el suministro de fármacos. Pero, en el contexto de la reforma del sistema de salud, se introdujo una política de recuperación gradual de costos, en particular en los servicios curativos; entretanto, se estimó que entre 1995 y 1996, los hospitales públicos recuperaron sólo el equivalente a 4,2% de los costos totales.

Cerca de 40% del gasto sanitario nacional es financiado con recursos públicos, mientras 58% proviene de los usuarios. La Seguridad Social otorga al Ministerio de Salud, cada año, el equivalente de US\$ 500.000 por la atención brindada a los empleados afiliados en casos de enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo.

El gobierno es el principal empleador del personal de

90. Esta encuesta fue realizada por por parte de una ONG (Family Life Association) en colaboración con el Ministerio de la Salud y el Center of Diseases Control (CDC).

91. Cifras del Population Referente Bureau. MEASURE Communication. *Las mujeres de nuestro mundo*. 2002.

92. Belice cuenta para todo el país con ocho hospitales públicos lo que representaba en 1999 un total de 598 camas. Hay un hospital en cada distrito, con la excepción de Belice y Cayo que tienen dos. Tres de estos hospitales se consideran como Hospitales Regionales y proveen servicios de atención del primer y segundo nivel. Otros tres hospitales son Comunitarios o de primer nivel y tienen una capacidad muy limitada para la atención de segundo nivel. El hospital Heusner Memorial funciona como el Hospital Nacional de Referencia para todo el país. Finalmente, localizado a casi 34 kilómetros de la ciudad de Belice, se encuentra el hospital Rockview que es el hospital nacional psiquiátrico. Existen también 76 establecimientos públicos que se reparten por todo el país, 39 centros de salud y 37 puestos sanitarios rurales que proporcionan atención pre y posnatal, inmunización, vigilancia del crecimiento de los menores de cinco años de edad, tratamiento para la diarrea y dolencias menores y, por último, educación sanitaria general. Además, existen algunas clínicas especializadas en la atención de la diabetes, la tuberculosis, ITS/SIDA.

salud con casi 75% de la totalidad de quienes trabajan en el sector público. Las enfermeras tituladas y los auxiliares de enfermería constituyen el grupo más numeroso (83,9% del personal de salud que trabaja para el gobierno). Además, se observa una gran concentración del personal de salud en el distrito metropolitano de Belice en donde labora más de la mitad de éste: 54% de los médicos, 52% de los auxiliares de enfermería y 57% de las enfermeras tituladas. Para regular la disparidad creada por la concentración de los recursos en la zona urbana, Belice firmó varios acuerdos de cooperación técnica con Cuba y Nigeria, países que envían personal de salud, principalmente médicos generales, para trabajar en las zonas rurales.

El sector privado, es por una parte, muy reducido y se limita, por otra parte, a la ciudad de Belice. Además se restringe en su mayoría a los servicios ambulatorios o consultorios privados y a cierta atención secundaria de casos de obstetricia e intervenciones quirúrgicas sencillas. Para 1999 el sector privado contaba con 44 camas. Entretanto, asimismo, duplicó su tamaño en la década de los 90, como parte del proceso de reforma.

En Belice no existe, al día de hoy, un plan de seguro social en salud. La Seguridad Social (*Belize Social Security Scheme-BSSS*) cubre exclusivamente las enfermedades relacionadas con el trabajo y los beneficios consisten en la compensación del sueldo durante el periodo de enfermedad y el acceso a los servicios de salud del Ministerio de la Salud. En 1997, el 67,9% de la fuerza laboral estaba afiliada a este seguro social.

Durante las dos últimas décadas se desarrollaron planes privados colectivos de salud para las principales empresas del país, por medio de aseguradoras internacionales. No obstante, el seguro médico privado sigue siendo muy reducido en Belice. La póliza no está al alcance de la mayoría de las familias dado que cuesta hasta US\$ 100 por mes, lo cual representa un porcentaje importante de los ingresos de un trabajador beliceño. Los paquetes están diseñados para cubrir gastos por atención fuera del país, principalmente en los Estados Unidos de América.

Existen también los servicios del sector sin fines de lucro, como lo son la Cruz Roja o la Asociación Familiar de Belice, y ONG, que proporcionan servicios ambulatorios gracias a la ayuda internacional, a las donaciones o a los mecanismos de recuperación de costos.

Hasta 2000, la organización del sistema de salud tenía una conducción centralizada en términos técnicos y programáticos. Hasta abril de 1997, esta centralización fue también administrativa y financiera, es decir, que el proceso de toma de decisiones dependía exclusivamente del Ministerio de la Salud. A partir de 1997, las finanzas fueron descentralizadas al nivel de los distritos.

Desde diciembre de 1984, existe un Formulario Terapéutico que es una lista de los medicamentos cuya prescripción es

exclusiva de los médicos titulados y que fue revisada en 1997. En 1999, esta lista contenía 241 medicamentos a los cuales todos los beliceños que acuden al sector público tenían acceso de manera gratuita o casi gratuita de acuerdo con los inventarios disponibles. Varios problemas se detectaron en la gestión de medicamentos del sector público, como la insuficiencia del presupuesto anual, que no alcanza a cubrir las necesidades de la población, la ineficiencia del sistema de adquisición y de contratación lo cual se traduce en carencias frecuentes y prolongadas de suministros.

La iniciativa de reforma del sector salud empieza a ser formulada en 1990 a partir de una iniciativa del gobierno de Belice de recurrir al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para lograr préstamos, con el fin de mejorar la infraestructura de los hospitales y centros de salud públicos. El BID condicionó el préstamo a la elaboración por consultoras externas de un diagnóstico y de una propuesta de organización del sistema de salud. Oficialmente la implementación de la reforma empezó en 1995-1996, cuando el gobierno de Belice firma el acuerdo con el BID y contrata los servicios de una consultora inglesa. El estudio fue completado en 1998 y debería empezar la etapa de puesta en práctica de la propuesta.

Entretanto, con el cambio de gobierno fue contratada otra consultora británica para el desarrollo del marco de la puesta en práctica de la propuesta, principalmente en lo relacionado con los recursos humanos necesarios, las capacidades, el marco de regulación para el subsector privado y otros aspectos. Como resultado de ese trabajo surge el *Health Sector Reform Programme 1999-2003*, del Ministerio de Salud. El nuevo modelo de atención a la salud se basa en los principios de equidad y sostenibilidad y reconoce la necesidad de: a) descentralización, planificación participativa y programación a nivel de gestión, y b) uso de un enfoque orientado al público a nivel programático, asegurando al mismo tiempo la prestación de un conjunto integral de servicios de salud.⁹³ La reforma es presentada como la estrategia principal del gobierno para poder mejorar el nivel de salud de la población, la equidad y la calidad de la atención en un sistema eficiente y sustentable, con tres objetivos:

1. Restructuración y fortalecimiento de la capacidad regulatoria y de organización del nivel central y regional del subsector público para planificar, organizar, producir, prestar y contratar servicios de buena calidad.
2. Racionalización y mejoramiento de la cobertura y la calidad de los servicios de los sectores público y privado mediante la restructuración de establecimientos públicos; compra de servicios selectivos al sector privado favoreciendo la asociación de esos dos subsectores; prestación de servicios móviles y transporte en zonas menos accesibles y capacitación, al nivel comunitario, de

93. GOB/MOH: "The Quest for Equity: Belize National Health Plan 1996-2000", Belize, November 1996. Citado en el reporte de la PAHO sobre el perfil del sistema de servicios de salud de Belice.

los auxiliares de enfermería y otros profesionales de la salud.

- Logro de un sistema de financiamiento equitativo y sostenible mediante el establecimiento de un Fondo Nacional de Seguro Médico y concentración del gasto público en los pobres. Una definición clara de su ejecución, del proceso de descentralización, de sus consecuencias legales y de los modelos financieros y de organización que se formularán son los resultados previstos del proceso de reforma del sector.

En el contexto de la reforma, se creó en 1995, en el Ministerio de Salud, una Unidad de Planificación para la formulación y planificación de las políticas, que lleva a cabo dos funciones: a) prestar servicios de secretaría técnica, incluida la planificación, asesoramiento y asistencia al Comité Directivo del Proyecto de Reforma del Sector Sanitario (HSRP), y b) asesorar y ayudar a las entidades responsables de la ejecución del HSRP (OPS, 2003).

Entretanto, en 1991 se había formulado por la Seguridad Social el Proyecto de Financiamiento Sanitario y Sostenibilidad (*HFS*), patrocinado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), y que hizo recomendaciones a corto, mediano y largo plazo para una reforma del sector salud en gran escala. De estas recomendaciones dos fueron importantes para el proceso: una a corto plazo que proponía la elaboración e implementación de una estrategia de descentralización y regulación del sector privado, y otra a largo plazo, que fue la creación de un sistema integral de seguro médico.

Con la puesta en marcha de la propuesta de reforma del sector por el Ministerio de Salud, la Seguridad Social presenta una propuesta de un Seguro Nacional de Salud y, en consecuencia, inicia un período de conflicto con el Ministerio de Salud en torno a los rumbos de la reforma y, más precisamente, de los recursos financieros para ese seguro, que lleva a un fuerte debate entre esas dos instituciones. La propuesta de la Seguridad Social es crear un Social Security Number para cada ciudadano, incluso trabajador inmigrante, como forma de garantizar todos los beneficios que otorga la Seguridad Social.

El Ministerio de la Salud reivindica su papel como prestador de servicios de atención médica reservando para la Seguridad Social la función de financiadora. Esta, a su vez, guarda para sí la función de prestar servicios médicos a través de la compra de terceros, ya sea público o privado, reservando también al Ministerio de Salud la tarea de regular el mercado de servicios médicos y de promover acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En noviembre 1996, el Primer Ministro valida el Plan Nacional de Salud (1996-2000) y el Ministro de la Salud

empieza la implementación de dicho plan, que se caracteriza por el desarrollo de nuevos programas, por la descentralización de sus servicios por región, y por la regulación del sector privado. Para llevar a cabo esas propuestas recibe dos préstamos del BID. Uno, de un millón de dólares norteamericanos aproximadamente, para desarrollar el marco de regulación de la práctica privada de la medicina en términos de padrón de calidad, determinando entre otros aspectos, estándares de infra-estructura. A través de ese proyecto se forman recursos humanos y desarrollan normas técnicas y leyes. El segundo préstamo del BID sería para mejorar la infraestructura hospitalaria y de clínicas del Ministerio de Salud, promover una reorganización administrativa del Ministerio mejorando sus equipos y recursos humanos para actuar como instancia reguladora, y un tercer componente sería para desarrollar un sistema de financiamiento. Los recursos para ese tercer componente buscaban crear la infraestructura necesaria para el Seguro Nacional de Salud, reprogramado para acciones de prevención y de educación para la salud, frente al conflicto con la Seguridad Social.⁹⁴

Al mismo tiempo se inició también un proceso de regulación del sector privado y de conflicto con la asociación médica que reivindica para sí la tarea reguladora. Hasta entonces en Belice la legislación existente en materia de salud venía desde los tiempos coloniales sin muchas modificaciones. Sin embargo, el mercado de servicios médicos y las prácticas sociales en torno al proceso salud-enfermedad-atención adquieren cierta complejidad y requiere de un nuevo marco de regulación, en especial, en lo que se refiere al uso de medicinas y la práctica privada.

En paralelo, la Seguridad Social empieza un proyecto piloto del Seguro Nacional de Salud, que en principio debería extenderse a una zona urbana pobre de la ciudad de Belice a y una zona rural, pero debido a los conflictos inter-institucionales, fue restringido a una zona pobre de Belice, cubriendo cerca de 12% de la población del país. La propuesta era garantizar a todos los residentes con la tarjeta de la Seguridad Social el primer nivel, a través de la atención individualizada en la cual estaban previstas acciones de salud reproductiva, atención a la madre y al niño. Esa atención está siendo llevada a cabo por cuatro proveedores de atención primaria, que son una ONG, un proveedor público y dos del sector privado. La propuesta del plan piloto fue elaborada por una consultora de Costa Rica, *Sanigest Internacional S^a*, aproximando la propuesta del Seguro Nacional de Salud de Belice al modelo de la Caja Costarricense.

La intención es extender ese programa para todo el país como estrategia para lograr atención primaria de asistencia médica a todos. Las acciones previstas son: a) medicina general (inclusive consultas generales); b) atención pediátrica

94. De hecho, en Belice las donaciones y préstamos internacionales han sido una fuente primordial de apoyo en capital para el desempeño de programas como, por ejemplo, lo de la reforma del sistema de salud. Entre 1993-1997, Belice recibió US\$ 28.367.000 en donaciones y US\$ 11.000.000 en préstamos, lo que corresponde a 61,2% del capital extranjero en donaciones y 38,8% en préstamos.

y obstétrica; c) programas específicos que incluyen el diagnóstico precoz y el control de pacientes con asma y tuberculosis, e hipertensos; d) servicios de consejería para la diabetes; e) diagnóstico precoz del cáncer de próstata, de mama y el cervicouterino; f) planificación familiar; g) consejería y servicios para atender pacientes con el VIH/SIDA; h) cirugía sencilla, y k) servicios de control (inclusive para el VIH y las ITS). También están previstas acciones de vigilancia epidemiológica.

Como sugerencia del BID frente al conflicto establecido entre el Seguro Social, el Ministerio de Salud y el sector médico privado, se instituyó una Coordinación multi-sectorial, responsable por la gestión y negociación de la reforma. En ella participaban oficinas de gobierno, entre ellas el Ministerio de la Salud y Seguridad Social, también sindicatos y el sector médico privado a través de su asociación. Esa coordinación actuó entre 2000 y 2003, reuniéndose unas 3 o 4 veces, en un ambiente de conflicto y tensiones.

Del trabajo de esa Coordinación surgió la propuesta de conformar un grupo técnico para analizar el proyecto piloto, con cierta capacidad de decisión, lo que ha permitido avanzar en el análisis de la propuesta. El ambiente actualmente es menos tenso y conflictivo, lo que ha permitido llegar a algunos acuerdos. De la propia experiencia del proyecto piloto y de las discusiones del grupo técnico, la propuesta inicial fue cambiando en lo referente a la amplitud del paquete básico, restringiéndolo, introducción de co-pagos no previstos, con un costo de un dólar belicense, y delimitación de las áreas geográficas de influencia de las clínicas de atención primaria.

Está también en proceso el desarrollo de un sistema de información en salud, con datos sobre la población en los aspectos socioeconómicos y culturales, con un enfoque de género y de salud reproductiva. Como parte de ese proyecto, la Oficina Central de Estadística ha adquirido un equipo nuevo e instruido parte de su personal para reunir, procesar y analizar los datos. Sin embargo, hay falta de personal capacitado para desarrollar y acompañar un sistema de indicadores sociales.

En lo que respecta a la SSR, las organizaciones de la sociedad civil e internacionales históricamente han desarrollado un importante papel en el país. Así, la *Belize Family Life Association (BLFA)* (Asociación para la Vida Familiar de Belice), fundada en 1985, desempeña un papel central en la definición y manejo de los problemas de planificación familiar. Cuenta con seis centros que proporcionan una variedad de servicios en relación con la SSR (pruebas de embarazo, diagnóstico por citología y tratamiento de displasias en fase inicial, diagnóstico y tratamiento de ITS, y consejería en SSR centrada en el cliente), además de un programa itinerante de servicios de planificación familiar hacia las zonas de más difícil acceso.

En un contexto de cambio profundo del sistema de salud, por causa de la reforma, la Asociación de Belice para la vida Familiar intensificó su colaboración con el gobierno y los otros grupos comunitarios, y se esfuerza para que sus programas sean económicamente sustentables. En 2002,

realizó 28.764 consultas, de las cuales 12.371 estaban relacionadas con planificación familiar y 12.619 con la SSR. Cerca de 95% de la clientela de la BFLA son mujeres, 60% del área rural y 40% de la urbana.

Además, frente a la ausencia de información sobre la SSR, la BFLA llevó a cabo en 1991 una Encuesta nacional de fecundidad, anticoncepción y salud materno infantil, en colaboración con el Ministerio de la Salud y con el apoyo financiero de organismos internacionales, y una encuesta representativa al nivel nacional sobre el embarazo de los adolescentes entre 15 y 24 años de edad, con apoyo logístico de la UNICEF, el UNFPA y la Central de Estadísticas de Belice, cuyos resultados ya han sido presentados anteriormente. El propósito actual del gobierno de Belice es universalizar la planificación familiar, en particular en las zonas más pobres del país.

En relación con la cuestión de la violencia familiar, bajo la iniciativa de la OPS y de su Programa 1998-2002 de Salud y Desarrollo de las Mujeres (*Women Health and Development Program*) se diseñó y promocionó un modelo de atención a la violencia intra-familiar en el contexto beliceño.

A partir de estos dos antecedentes se introdujo dentro del Plan quinquenal de salud 1996-2000, cuyo *leitmotiv* es “Búsqueda de Equidad” (*the “Quest for Equity”*), un Plan de acción nacional de lucha contra la violencia intra-familiar. Diseñado en concordancia con los principios de la reforma (integración multi-sectorial, en este caso seis agencias importantes, gubernamentales y no gubernamentales, y movilización de los niveles nacional y local), este programa fue elaborado en el contexto de la búsqueda de equidad de género. Organizados en Comité (*National Family Violence Task Force*) y bajo la supervisión de la Dirección de las Mujeres, varios actores de la sociedad civil y funcionarios públicos han trabajado en la elaboración, promoción y difusión de esta acción nacional de lucha contra la violencia intra-familiar.

Entre las acciones desarrolladas se puede mencionar la implementación de un sistema de información y seguimiento de la violencia intra-familiar, efectivo gracias al establecimiento de una red con base local en todo el país; y se desarrollaron cursos y manuales para poder formar y sensibilizar a los profesionales de la salud sobre el problema de la violencia intra-familiar.

Como parte de ese proceso el Ministerio de Salud a elaborado una propuesta para la SSR en el marco de la reforma del sector y de la lucha contra la pobreza, y se puede decir que las conferencias de El Cairo y Beijing, en particular, los acuerdos y convenios nacionales contraídos por los países, se han reflejado, por lo menos en términos normativos, en las políticas de salud reproductiva y sexual en Belice. Las acciones impulsadas en ese marco fueron: el establecimiento de una unidad de población en el *Ministry of Human Development*, para redactar una política de población, proporcionando el entrenamiento de maestros en demografía y se creó el *Population Sub-Committee of National Committee for Families and Children (NCFC)*.

Sin embargo, la introducción de la perspectiva de género y la definición e implementación por parte del gobierno de Belice de una política sistematizada y organizada de SSR parece ser muy reciente. En el documento del Ministerio de la Salud, *Sexual and reproductive health policy* (2002), se reconoce la necesidad de tener en Belice una política en el área de la SSR, incluso para lograr un mejor desempeño económico y social del país. Por consiguiente, lo que se espera con esa política es, por un lado, brindar un entorno favorable para la salud, condición que implica, por lo tanto, un acceso equitativo a los servicios de salud, lo cual constituye una de las principales metas enunciadas de la reforma del sector. Por el otro, generar las condiciones para que las mujeres puedan estar presentes en todos los sectores (laborales y económicos) de la sociedad. Se reconoció también la importancia de la información y educación hacia el público sobre los temas de SSR, para que sepan ejercer sus derechos y tomar decisiones, con base en una información adecuada.

El Ministerio se posiciona como el actor líder de esta política, en particular en sus fases futuras de vigilancia y evaluación de su implementación. Toma para sí la tarea de generar las condiciones para asegurar a la población el acceso y la equidad de la atención en SSR. Además, plantea que esa política, igual que para toda la política de salud y de investigación médica, deberá implicar acciones sustentadas bajo un enfoque de género, de derechos humanos y ser, al mismo tiempo, “compreensivo” (*comprehensive*) y con calidad, tomando en cuenta el derecho a la sexualidad,⁹⁵ a la reproducción⁹⁶ y las particularidades sociales, culturales y de género de los usuarios de los servicios de salud. Pretende también desarrollarse dentro de un marco legal que reconoce las leyes nacionales e internacionales sobre los derechos humanos, como por ejemplo, la Convención sobre la eliminación de Todas las Formas de Discriminación hacia las Mujeres, la Convención de los Derechos Humanos, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, etcétera.

Los principios que sustentan estas intervenciones asimilan políticas de género –para ambos sexos y diversas etapas de la vida sexual y reproductiva– como política social democrática. En consecuencia, plantea como característica un abordaje intersectorial para favorecer la lucha contra la pobreza y un acceso universal y equitativo a la educación básica, la transparencia, responsabilidad y buena gobernabilidad, en todas las instituciones públicas, privadas e internacionales, en el proceso presupuestal y en la oferta de los servicios, en todos los niveles.

Otra característica es la participación y colaboración de la sociedad civil en la organización de este programa. El Ministerio reconoce e integra la colaboración con la sociedad

civil en todas las etapas (diseño/implementación/evaluación) de esta política.

El ámbito de su acción es delimitado para: la salud de la madre, la salud reproductiva, enfermedades relacionadas con la reproducción (cáncer cervicouterino, cáncer de la próstata, ITS/VIH/Sida), prevención de la transmisión materno-fetal, salud de los adolescentes y jóvenes. Esas acciones deben contar con la aportación de todos, varones y mujeres, y estarán dirigidas particularmente a los grupos sociales más vulnerables, como las mujeres y los indígenas. Se espera garantizar el acceso a los servicios, tomando en cuenta el sexo y la edad del paciente, brindar información sobre la prevención del VIH/SIDA y sus complicaciones, con énfasis sobre la transmisión materno-fetal. Es importante precisar la distinción de diferentes poblaciones (varones, mujeres, jóvenes, adolescentes), y la definición por cada una de objetivos principales.

En el ámbito de la educación e información las autoridades proponen buscar una mejor participación de los medios de comunicación para el desarrollo de campañas importantes sobre el temas de SSR, movilizar la opinión pública y lanzar campañas con énfasis en la maternidad segura, la planificación familiar, equidad de género, violencia hacia la mujer, detección y atención del cáncer de mama, embarazo de jóvenes, etcétera.

Parecería, por lo menos en el nivel de proyecto de la política de SSR, que existe una voluntad por parte del Ministerio de la Salud de transferir ciertos elementos de organización promovidos a través de la reforma, dentro de una política de SSR.

A pesar del acceso difícil a los datos y de la falta de información elaborada disponible, lo que ha sido posible observar indica que ese proceso de reforma será de largo plazo, y sus resultados, en términos de organización institucional, posiblemente serán la de una mezcla entre las propuestas de la Seguridad Social, instancia con más capacidad de presión, el Ministerio de Salud, con larga trayectoria en acciones de prevención junto a la población más necesitada, y el sector privado, en clara expansión en un mercado limitado por la pobreza. En ese proceso, con certeza el BID ejercerá su influencia como importante instancia financiera con una capacidad de presión incontrarrestable, a través de sus líneas de financiamiento y, en un ámbito distinto, también será fundamental el papel de las consultoras internacionales, que elaboran propuestas técnicas que responden ahora a los lineamientos del propio BID o de los actores nacionales, sean ellos Ministerio de Salud o Seguridad Social. Esas consultoras, quizá están ocupando el lugar histórico de la OPS como organismo de apoyo técnico, quedando aquella al margen o más vinculada a los programas

95. Es decir, el derecho de elección de las modalidades, las condiciones y de los momentos de su sexualidad, por fuera de cualquier tipo de coerción, discriminación o violencia.

96. Es decir, el derecho básico de las parejas o individuos a decidir de manera responsable y libre el número de hijos y del distanciamiento entre cada uno de ellos, lo que supone por lo tanto el acceso a la información adecuada y a la atención necesaria para poder lograr sus metas. El derecho a la reproducción, incluye también el derecho a tomar decisiones en relación con la reproducción afuera de cualquier tipo de coerción, discriminación o violencia.

temáticos como SSR, violencia doméstica, VIH/SIDA y otros. Otro actor, del que se debe buscar entender mejor su papel, son las llamadas ONG, que en Belice han desempeñado un papel fundamental en cuestiones relativas al SIDA y a la SSR, entre otras.

ALGUNAS NOTAS COMPARATIVAS

El análisis comparativo de los cinco estudios de caso elaborados en este trabajo, y presentados sumariamente, reitera el marco teórico y conceptual definido anteriormente. Aunque partiendo de realidades muy distintas, y guardadas sus respectivas particularidades, las reformas de los sistemas de servicios de salud implementadas confirman la difusión de una agenda común, adaptada a las condiciones nacionales.

A partir de la crisis económica, y estimulados o financiados por los organismos internacionales, sobretudo el Banco Mundial, todos los países están inmersos en procesos de cambios sectoriales, de mayor o menor envergadura, y guardadas las respectivas proporciones, en alguna medida todas las reformas han incluido mecanismos de “quiebre del monopolio del Estado” en el sector, separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios (contratos), flexibilización gerencial (auto-gestión), tercerización, privatización y priorización de la atención básica.

Chile, el primer caso, es el pionero en América Latina, y la reforma del sistema de salud del final de los años 80, posibilitada por el contexto autoritario, es la más radical y no tiene parangón en el mundo. Se caracteriza por adoptar la privatización como eje central de la reforma, combinando seguros privados, competencia pública y privada en el aseguramiento, y segmentación de la estructura de financiamiento. A pesar de que el sistema se nutre de cotizaciones obligatorias, el sub-sector público es solidario mientras que el sub-sector privado (las ISAPRES) operan con la lógica de un seguro privado e individual, aplicando selección de riesgo.

El aseguramiento compulsivo es propio de los llamados seguros sociales, públicos o nacionales, que buscan una diferenciación de riesgos estable en el seno de variadas combinaciones público-privadas. De allí que la lógica dual del sistema chileno es *sui generis* en el plano internacional, ya que la cotización obligatoria, a cargo exclusivo del trabajador, le permite afiliarse al sistema público de salud mediante el FONASA, cuya racionalidad de reparto favorece la solidaridad, o bien a las instituciones privadas (ISAPRES) que, a pesar del carácter compulsivo del aseguramiento, funcionan bajo la lógica de seguro privado asociado al riesgo individual (por ejemplo, adquirir los llamados “plan sin útero”, que excluyen las prestaciones de embarazo y maternidad), cubren cerca de 30% de la población y han experimentado una elevación de precios en los últimos años que supera con creces la de otros sectores de la economía. El sector público, desprovisto de barreras de entrada, cubre a la población de menores ingresos y a la de mayores riesgos, y cumple una función de reaseguro global del sistema. Debido al incremento de la cobertura de

enfermedades de alto costo por parte del sistema público, al descontento de los filiados de las ISAPRES y a los fenómenos de desafiliación y migración hacia el sector público (desde 1997), las ISAPRES han establecido ajustes que, al tener carácter opcional, no modifican la cobertura en la que se efectúa la selección del riesgo (Sojo, s/año; 1998; 2000).

Sin embargo, Chile también es bastante singular en el ámbito de la exclusión explícita de prestaciones por parte del asegurador público, pues cuenta con un catálogo preciso de prestaciones, medida polémica cuya introducción se vió facilitada por el contexto autoritario del gobierno militar. Pero, ese catálogo ha sido aumentado sustancialmente durante la última década, incluyendo prestaciones de alto costo (Idem).

Más recientemente, se está intentando una nueva reforma del sistema de salud que apunta hacia el alcance de mayor solidaridad, pero presupone aumento de recursos financieros, cambios importantes en la gestión de los servicios y efectiva regulación del sub-sector privado.

La propuesta implica un giro importante en el sistema, cuyos proyectos de ley han sido aprobados recientemente, y que tienen como eje el plan AUGE, que contempla la atención universal y garantizada, según necesidad, a un paquete bastante amplio de prestaciones consideradas prioritarias por su incidencia y altos costos monetarios para la salud. Debido a la dualidad del sistema, el AUGE tiene implicaciones diferentes para el sistema público y para el privado (las ISAPRES). En el primero, aunque ninguna de las prestaciones contempladas es nueva, ya que todas están incluidas en el catálogo de FONASA, el asegurar un conjunto de prestaciones de manera universal implica resolver la demanda total de la población asegurada, hasta ahora constreñida por restricciones financieras o resolutivas de los servicios, con lista de espera etcétera. De allí que atender esas necesidades efectivas, en determinado plazo y con calidad, implique un aumento de recursos.

Por su parte, las ISAPRES, debido a la ausencia de regulación, practican la selección de riesgo, al renovar anualmente los planes individuales de salud. Con el AUGE, se espera limitar la selección de riesgo y ampliar la cobertura horizontal y vertical, por lo que se invalidaría la noción de enfermedades preexistentes, pero será difícil impedir que las ISAPRES introduzcan disminuciones de otro tipo que compensen los costos en los cuales se incurrió por el AUGE.

Por tanto, la introducción de prestaciones garantizadas mediante el AUGE tiene implicaciones en términos de los grados de solidaridad del sistema de salud, pero de forma modesta, pues no se pretende modificar la dualidad del sistema. En el caso del sector público, existen brechas sustanciales entre las necesidades de la población y las prestaciones efectivas. Ello requiere incrementar la eficiencia y eficacia de los actuales recursos con que cuenta el sistema, y más financiamiento. Precisamente, la discusión acerca de la eficiencia del sector público y acerca de las formas pertinentes de financiamiento del plan es la que ha acaparado la atención desde que se presentó el proyecto. En cuanto a las

ISAPRES, el AUGE implicaría, aunque sólo para un paquete de prestaciones, imprimir rangos de solidaridad a la lógica de las ISAPRES, limitando la selección de riesgos. Para ello, se crea el “fondo de compensación solidario” que reúne exclusivamente los recursos específicos para financiar el AUGE, pero no se plantea ningún “vaso comunicante” o subsidios cruzados entre ambos componentes del sistema (Sojo, s/año: 10; 1998; 2000).

La discusión pública se ha centrado en cómo financiar el plan para los beneficiarios del sector público, para lo cual el proyecto de ley plantea una serie de impuestos indirectos con uso específico; para las ISAPRES, el principal punto de la polémica sobre financiamiento ha sido mantener incólumes las cotizaciones de sus afiliados y que el sector público obtenga un financiamiento independiente para el AUGE.

Se modifican, por otra parte, las prestaciones por licencia de maternidad o por permisos de enfermedad grave del hijo menor, que hasta ahora han sido universales para toda trabajadora afiliada al seguro de salud público o privado, y con cargo al presupuesto nacional. Se constituye un “fondo maternal solidario” para pagar tales gastos al FONASA y a las ISAPRES. Esos cambios han sido criticados porque se aduce que puede acarrear mayor selección adversa en contra de las mujeres en sus planes de salud, o mayores barreras en su integración al mercado de trabajo. Sin embargo, ello debería ser atenuado por el hecho de que tanto hombres como mujeres deben cotizar para el fondo y ese financiamiento es, además, progresivo, ya que los cotizantes aportan a él de manera diferenciada, según sus remuneraciones (Sojo, s/año: 12).

Sería necesario, por tanto, hacer simulaciones para saber si el uso potencial de ese subsidio universal financiado con fondos fiscales privilegia a las mujeres de menores ingresos, además de evaluar si otros logros en el área de los derechos no van a retroceder en el proceso.

En ese sentido, la cuestión de la SSR no está dissociada del proceso de cambios que se están produciendo en el sistema; al contrario, está directamente vinculada a ello. Y por tanto, sería necesario desarrollar los mecanismos que permitan monitorear esos cambios e identificar en qué medida, de hecho, van a mejorar o empeorar la situación de SSR de la población.

Colombia, el segundo estudio de caso, es el que más demuestra la adhesión casi incondicional a la nueva agenda contemporánea de reforma, implementando la competencia regulada en la administración de un seguro público universal y en la provisión de servicios, con previsión de integración progresiva de estructuras de financiamiento y beneficios segmentados. Además, la reforma contó, desde su formulación, con la colaboración de técnicos del Banco Mundial, que financiaron también parte de su implementación. Colombia es considerada hace más de una década, el “laboratorio” preferencial del BM, ya sea en el plan económico, o en el plan sectorial.

Sin ninguna duda, la transformación del sistema de salud en Colombia fue de gran importancia y el balance de los resultados de la reforma no son animadores: el aumento de la

cobertura no fue el esperado y se advierte la posibilidad de disminución de los niveles alcanzados hasta ahora; las dificultades que enfrenta el SGSSS están ligadas fundamentalmente a la concepción de política social y de salud, y a la transformación del mercado laboral, cuyo deterioro se ha profundizado en el inicio de esta primera década del siglo XXI con todavía mayor empobrecimiento de la población, y empeoramiento de la calidad de vida; hay problemas también de exclusión de grupos importantes, debidos a las reglamentaciones transitorias antagónicas y a la multiplicación de planes de salud; la evasión fiscal y la elusión siguen al alza, llevando a la disminución de los recursos del fondo nacional y dificultando los mecanismos de solidaridad; hay baja capacidad para garantizar la calidad de la atención en el sistema, y se resalta la falta de información adecuada a la población. Aparentemente, el nuevo mercado estaría incorporando rápidamente muchos de los problemas de los mercados privados desregulados, precisamente por fallas en la acción reguladora del Estado y por las marchas y contramarchas del proceso de implementación de la reforma. Además, se registra que la eficiencia macroeconómica está comprometida por el gran aumento del gasto nacional en salud, actualmente uno de los más altos de la región.

Se señala, además, la segmentación exagerada de la población, los insuficientes recursos para subsidios y atención a los vinculados, no necesariamente pobres, que continúan siendo atendidos por el sector público tradicional, gran fragmentación de la red de servicios, desarrollo desordenado de la oferta, incremento de los costos administrativos, comportamiento “económico” de los agentes, deterioro de las acciones de salud pública, demoras en el flujo de recursos y el agotamiento de la capacidad de movilizar nuevos, concomitante con el aumento de las necesidades que no podrán ser atendidas, falta de compromiso con la salud de la población y mayor riesgo de corrupción en el sistema..

La utilización efectiva de los servicios no se modificó y las barreras económicas (copagos y cuotas moderadoras) siguen siendo los mayores obstáculos. Estudios recientes demuestran empeoramiento de la equidad en el sistema, por su carácter regresivo (los no afiliados están ubicados respectivamente en los deciles 1 y 2 de la población) y por el aumento del gasto privado de las familias, pues la media de los pagos directos aumentó para las familias del quintil más pobre.

Así mismo, el propio modelo no es cuestionado por el Estado.

La enorme complejidad del nuevo sistema de salud requeriría una transformación importante de cultura institucional y construcción de capacidad de regulación, para fiscalizar los mecanismos empresariales, contractuales y de auditorías, en un proceso de aprendizaje tanto de los agentes como de la población, que incluye la readaptación técnica y profesional, la información adecuada a los usuarios/ciudadanos. Pero, y no se observan avances significativos en esos ámbitos, a pesar de la intensa actividad normativa técnica-burocrática.

La coordinación sistémica del nuevo modelo está bastante comprometida, pues la lógica de la descentralización hacia el mercado (privatización) no es coherente con la división política administrativa del país, ni con la de la participación social, el control epidemiológico y de organización de los servicios de salud.

En relación con la SSR, a partir de la reforma existe normatividad específica que incluye varias actividades no solamente referidas a maternidad y niños, que están previstas en el POS, y en el POSS, y en 2002 se estableció la promoción de la SSR responsable, con énfasis en la población adolescente, la atención del aborto y el fortalecimiento de la responsabilidad masculina en la SSR, además de lineamientos de información, educación y comunicación, protección contra todas las formas de violencia y organización programas de rehabilitación y apoyo para las víctimas de la violencia y explotación sexual. En relación con los jóvenes, también existen programas específicos. Pero, esas iniciativas están lejos de cumplir con los requisitos que se asocian con un programa adecuado para la SSR, y el enfoque de la asistencia sigue parcial y muy centrado en la atención materno-infantil de los servicios.

En síntesis, a pesar de los avances en términos de legislación en relación con los derechos que tienen que ver con la SSR, son muchos los límites, en general, relacionados con la “invisibilidad” de determinados problemas, o falta de cumplimiento de las leyes o normas específicas. Los mayores obstáculos para acceder a los beneficios del SGSSS están originados en las condiciones de empleo y participación desigual de las mujeres en el mercado de trabajo, que, aliadas a las otras cuestiones y problemas referidos a la implementación de la reforma, determinan un acceso inequitativo al sistema y, por tanto, a los servicios de SSR.

En **Brasil**, el tercer estudio de caso, la formulación del proceso de reforma estuvo vinculada a la transición democrática y a la oposición al gobierno militar autoritario, y es un intento de consolidar un sistema único de salud, público, universal y descentralizado, basado en la concepción de salud como derecho de ciudadanía y deber del Estado, aparentemente en una ruta contraria a la dinámica mundial y regional.

Un punto crucial en el proceso de reforma del sistema de salud en el caso brasileño, y distinto de los casos anteriores, fue el papel protagónico del movimiento por la reforma sanitaria y del movimiento de mujeres en la inclusión de la salud como parte de la lucha contra la dictadura militar y como cuestión fundamental a ser rescatada en el cobro de la enorme deuda social históricamente acumulada. Inicialmente en el período autoritario y, posteriormente, en la transición política, esos movimientos, esencialmente militantes, reunieron intelectuales, profesionales de salud y otras áreas, organizaciones y asociaciones de la sociedad civil, políticos de partidos de oposición y tecnoburócratas. Se elaboró paulatinamente una agenda de “Reforma Sanitaria”, que estimuló y pautó el debate técnico y político, durante la transición democrática. Ese movimiento se articuló con otros

movimientos sociales y consiguió integrar un frente amplio de presión que encaminó, de forma victoriosa, en la Asamblea Nacional Constituyente, la tesis *salud como derecho de ciudadanía*, lema de la bandera de lucha sectorial, inscrito en la nueva Constitución, y en las banderas de lucha del movimiento feminista.

Portanto, diferente de los procesos de reforma de los otros países aquí analizados, la reforma sanitaria brasileña no fue una exigencia o consecuencia de las políticas de estabilización y ajuste macroeconómico, vigentes en Brasil desde los años 70 y que permanecen hasta hoy. Al contrario, en su inicio, entró en franca ruta de colisión con ellas, siendo considerada el área de política social donde más se avanzó. Entretanto, durante su implementación las contracciones económicas pasaron a dominar la agenda gubernamental y se reflejaron en la forma como el SUS se ha estructurado y viene se desarrollando.

La reforma administrativa del Estado, perfectamente sintonizada con la agenda difundida internacionalmente, el empeoramiento de las condiciones económicas, los cortes presupuestarios y el agravamiento de las condiciones de vida de la población, así como el debate provocado por la estrategia de priorización de la atención básica y por la regulación del sector privado, no sólo configuran un momento de inflexión de la reforma sectorial sino que también, paulatinamente, han cuestionado la idea del SUS como un sistema nacional de salud, como fue pensado inicialmente, y han hecho que tendencialmente se adecue, en alguna medida, a las premisas de contención y selectividad, preconizadas para América Latina.

En relación con el área de SSR, la diferencia también es marcada, menos en relación con los indicadores, muchos de los cuales aún son bastante malos, pero principalmente por la importante actuación del movimiento de mujeres en las varias esferas de la sociedad civil y del aparato del Estado, consiguiendo logros importantes y que hacen que hoy sea reconocido internacionalmente por su capacidad de *advocacy* (abogacía). Además, las feministas han ocupado cargos importantes, ya sea en el gobierno, o en los foros y comisiones específicas de la sociedad civil y del parlamento.

En otro aspecto, también consiguieron influir de forma determinante en la formulación e implementación de una nueva política para el área de la salud de la mujer, reestructurando el área en el ámbito del Ministerio de Salud, principalmente en los últimos años de la década de lo 90 e inicio de los 2000, y consiguiendo algunos resultados bastante positivos en términos de iniciar un proceso de reorganización de servicios y de inserción de esa área en la construcción del SUS, en la perspectiva de invertir la histórica implementación de las actividades de salud, centradas en el binomio madre-hijo, como programa vertical.

Entretanto, aún queda mucho por hacer, y no se puede decir que esos resultados positivos sean satisfactorios. Al contrario, son positivos en una perspectiva procesal, pero aún dejan mucho que desear en términos de un cambio paradigmático más efectivo y que de hecho apunte hacia la

transformación deseada, ya sea en términos del SUS, o en relación con la salud de la mujer en una perspectiva más amplia.

Costa Rica, el cuarto caso, es, a su vez, es el país que mantuvo la estructura histórica del sistema de salud original, con seguro universal, administración y estructura financiera pública, pero también estableciendo la separación de funciones y mecanismos competitivos en la gestión del sistema, mediante la introducción de “compromisos de gestión” (contratos), destinados a mejorar la eficiencia, la eficacia y la equidad, mostrándose como la reforma que viene registrando mejores resultados. Se viene implementando en forma gradual desde 1996, cuando se logró separar las competencias del Ministerio de Salud (función rectora) y las de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

Pero Costa Rica conserva y consolida la responsabilidad social y pública en el sistema de seguridad social de salud, sin modificar la estructura y las fuentes de financiación (cotizaciones tripartitas obligatorias), manteniendo la equivalencia colectiva con un seguro universal y solidario, fondo único y sin competencia en el régimen de aseguramiento.

También se configura de forma bastante particular, en relación con los otros casos aquí analizados. Primero, porque es un país caracterizado por altos niveles de inversiones sociales en general, y en salud en particular, bajos porcentajes de población que vive en estado de pobreza (aunque hay un estancamiento en la disminución de la pobreza, alrededor de 16% de la población) y una democracia estable. Los indicadores sociales y de salud se encuentran entre los mejores de la región y su sistema de salud es conocido por los altos grados de cobertura y calidad de la atención prestada a la población.

A pesar de que, como los otros países, también enfrenta problemas de crisis económicas, inestabilidades y concomitantes disminuciones de los presupuestos públicos, que se reflejan en las condiciones de vida de la población y del ambiente, las reformas sectoriales, entre ellas la del sector salud, no alteró la histórica estructuración y los principios de su sistema público de servicios, integrado y universalizado, con amplia cobertura poblacional. Pero, igual que otros países en la región latinoamericana, las instituciones sectoriales están divididas entre la Seguridad Social (la Caja Costarricense de Seguridad Social) y el Ministerio de la Salud y a pesar de reformas institucionales e incrementales, a lo largo de todo el siglo XX, esa separación todavía se mantiene, y además la reforma fortaleció el papel de la CCSS, entidad a cargo del aseguramiento, y en la responsabilidad de todas las funciones prestadoras de servicios, desde la prevención a la rehabilitación, incluida la atención primaria; y se denuncian empeoramiento de la calidad de los servicios, disminución de cobertura en algunas áreas, diferencias entre las regiones, y privatización.

Costa Rica conserva y consolida la responsabilidad social y pública en el sistema de seguridad social de salud, sin modificar la estructura y las fuentes de financiación

(cotizaciones tripartitas obligatorias), manteniendo la equivalencia colectiva con un seguro universal y solidario, fondo único y sin competencia en el régimen de aseguramiento, creándose un “casi mercado interno”, altamente regulado.

Por otro lado, el rol de rectoría del Ministerio de la Salud todavía no está claramente definido, la CCSS domina el sistema y las negociaciones para la implementación de la reforma son permanentes y conflictivas.

Al igual que los otros casos estudiados, aunque el modelo de reforma haya sido elaborado en el propio país, tuvo influencia importante de los organismos internacionales, como el Banco Mundial y el BID, inclusive con presencia importante en el financiamiento de la reforma. Pero, las prioridades asignadas a la atención primaria se emarcan en los principios de Alma Ata y de fortalecimiento de ese nivel, como puerta de entrada del sistema.

En lo que toca a la SSR, también tienen programas volcados hacia determinados grupos (principalmente madres y niños) desde los años 70 y 80, ya sea para las mujeres o adolescentes, además de haber creado instancias específicas para el área de SSR en el aparato estatal. Así mismo, se identifica que esos programas de SSR tienen una perspectiva histórica y programática que evidencia principalmente la expresión de las demandas de las mujeres organizadas, y no una iniciativa de la política de salud propiamente dicha.

Belize, el quinto y último estudio de caso, es ejemplo de un país que hasta poco tiempo ha dejado de ser colonia inglesa, históricamente tiene un sistema de salud mayoritariamente público, una seguridad social con poca actuación en el área de salud y, desde muy recientemente, está involucrado en un proceso de reforma sectorial formulado y coordinado por organismos internacionales, pero bastante conflictivo y polémico, con disputas entre las instituciones sectoriales nacionales sobre la formulación y el liderazgo del proceso.

En lo que toca a la SSR, las organizaciones de la sociedad civil e internacionales históricamente han desarrollado un importante papel en el país, inclusive con servicios de salud propios que ejecutan algunas acciones, entre ellos un sistema de información y seguimiento de la violencia intra-familiar. Como parte de ese proceso el Ministerio de Salud ha elaborado una propuesta para la SSR en el marco de la reforma del sector y de la lucha contra la pobreza pero, sin embargo, esas medidas parecen ser muy recientes, dificultando una evaluación más concluyente.

En síntesis, se puede decir que algunos puntos son comunes y resaltan en los estudios de caso:

1. Todos los países estudiados, con excepción de Chile, en las últimas décadas estuvieron sometidos, en mayor o menor medida, a problemas debidos a crisis económicas con la consecuente inestabilidad, aumento del desempleo y empeoramiento de las condiciones de vida y salud. En algunos (como Colombia y Brasil) la escalada de la violencia en todos los niveles es extremadamente preocupante. Pero los problemas de desigualdad están

presentes en todos ellos, con mayor o menor intensidad, afectando particularmente a las mujeres y jóvenes.

2. La mayoría estuvo sometido, en ese mismo periodo, a procesos de ajuste estructurales macroeconómicos, con graves repercusiones económicas y sociales, sobre todo en Brasil y Colombia.
3. Todos los casos estudiados iniciaron procesos de reforma en la salud que incorporaron, de forma particular, varios de los elementos de la agenda de reforma difundida mundialmente, traduciéndolos según las respectivas dinámicas organizacionales y políticas de sus sistemas de salud.
4. La participación de los organismos internacionales, sobre todo del Banco Mundial, en la formulación de los modelos de reforma sectorial y en los procesos de implementación ha sido evidente en prácticamente todos los casos, con excepción de Brasil, mientras que la de la sociedad civil organizada o no se dio o fue incorporada posteriormente, en consejos representativos, como forma de legitimación de la reforma o de control social, también con la excepción de Brasil.
5. La SSR, de una manera general, ha sido objeto de debates y se ha obtenido alguna forma de inclusión de las demandas del área en las agendas de reforma en salud, en la mayoría de los casos con participación activa de los movimientos de mujeres, presente y actuante en todos los casos, con diferente intensidad y capacidad de interferencia y guardadas las respectivas particularidades de cada país. Aunque se ha avanzado en normatividad específica en algunos casos, eso no se ha traducido todavía en acciones concretas y efectivas en todos los casos, ya que aún permanecen dominantes en los servicios de salud y en las reformas la perspectiva reduccionista de la focalización de

las acciones en el binomio madre-niño, la dificultad de acceso a información y a métodos anticonceptivos, etcétera.

6. Aunque los datos muestren problemas importantes en relación con la salud de los jóvenes, en prácticamente todos los países, no hay políticas específicas dirigidas hacia ellos, excepto en acciones o programas puntuales. Además, el tema del aumento del embarazo en la adolescencia todavía no ha sido enfrentado de forma efectiva.
7. El hombre raramente es objeto de políticas específicas, en el marco de la SSR, aunque en algunos casos ya empiezan a existir normativas dirigidas hacia su inclusión (como en Colombia), pero sin traducción todavía en prácticas y servicios concretos.
8. El tema del aborto inseguro todavía es un problema no resuelto en la mayoría de los países. Aun en aquellos donde más se avanzó, como Brasil y quizás Costa Rica, el derecho a la salud sexual y reproductiva ameritaría más logros.
9. Tener buenos indicadores de salud no resuelven necesariamente el campo de los derechos, que necesita acciones que van más allá del sector salud.

De cualquier forma, es importante tener presente que los problemas enfrentados por el área de la salud de la mujer, o de los derechos, para incorporar al sistema de salud las premisas definidas en la SSR, no son diferentes de aquellos encontrados por otras áreas de los sistemas de salud. Se trata de integrar de forma horizontal y vertical problemáticas que siempre fueron tratadas de forma separada y por programas verticales, lo que remite a cambios de las prácticas profesionales y organizacionales, lo que no es una tarea fácil, ni de corto plazo.

Comentarios finales

Las reformas recientes implementadas en América Latina exacerbaron algunos de los elementos perversos constitutivos de las sociedades de la región y crearon nuevos problemas, privilegiando una perspectiva economicista, pragmática y restrictiva.

El balance de la situación económica y social latinoamericana es impactantemente negativo, e incluso los esfuerzos para recuperar los estragos de los años 80 por lo menos en parte, no tuvieron mucho éxito en los 90. Como bien sintetiza Sojo (2003), y los datos analizados en este trabajo confirman, *el actual escenario externo de América Latina y el Caribe es adverso en cuanto a la demanda de sus productos y a la volatilidad de los capitales internacionales. La región puede caracterizarse en varios sentidos como de alto riesgo social. A pesar de tendencias positivas en algunos países –por ejemplo, la persistente disminución del déficit fiscal, el mantenimiento de equilibrios macroeconómicos y la recuperación o elevación del gasto social–, el crecimiento económico ha sido inestable y con ritmos inferiores a los históricos. En comparaciones internacionales, la alta volatilidad del PIB de la región duplica la de los países industriales y la volatilidad del consumo de los hogares es aún mayor, y ha aumentado desde la década de los 80* (De Ferranti et al apud Sojo, 2003:122).

Esa vulnerabilidad social se manifiesta de varias formas: por los altos niveles de pobreza, en muchos países por encima de la media; deterioro de los indicadores redistributivos, con pocas excepciones; debilitamiento del mercado de trabajo, sin seguridad social, y aumento del desempleo; reducción de ingresos, empobrecimiento de sectores con previa inserción formal en el mercado de trabajo y perpetuación de la tendencia a la concentración de la renta. Todo lo anterior hace que un vasto contingente de los sectores medios, que no es pobre según sus ingresos, sea, sin embargo, vulnerable. Además, se incrementan los hogares adyacentes a la línea de pobreza (Sojo, 2003:123).

En lo que se refiere al área de la salud, en términos generales, la situación no es animadora. Considerando las singularidades de los perfiles epidemiológicos y las desigualdades en salud y del acceso a los servicios, los distintos países enfrentan transiciones epidemiológicas de grados variados, pero siempre polarizadas, en las que se sobreponen las enfermedades transmisibles y degenerativas, y el bienestar en salud se distribuye desigualmente en detrimento de los más pobres. Además, se puede decir que en la última década del siglo XX, a pesar de esa precaria situación de salud de la mayoría de las poblaciones, y de las inmensas desigualdades regionales, el financiamiento público poco se alteró, al mismo tiempo que el gasto privado se mantuvo alto, con reducción del componente directo del gasto

de las familias en favor del gasto en seguros privados y en esquemas de prepago, de las empresas y otras organizaciones de la sociedad. Empeoraron el acceso y la utilización de los servicios de salud, y se deterioró considerablemente la capacidad sectorial instalada, mayoritariamente pública, también con pocas y honrosas excepciones, con serias consecuencias en términos de equidad y en las acciones de salud pública. Los países que históricamente no habían proporcionado a su población una adecuada cobertura de salud, ya sea en términos horizontales (población cubierta), o verticales (prestaciones efectivas en todos niveles de complejidad), han sido los que más han experimentado el agravamiento de esa situación.

La situación de la salud sexual y reproductiva en la región también es bastante dramática y, a pesar de la avanzada etapa de transición demográfica, persisten problemas asociados a la pobreza, a las desigualdades sociales, a la vulnerabilidad, a la falta de acceso a servicios de salud y educación. Se combinan altas tasas de mortalidad materna e infantil y de gravidez en la adolescencia, sobre todo en los estratos más bajos, con aumento de la incidencia de cánceres curables, cuando son diagnosticados precozmente (como los del cuello del útero, el de mama y el de la próstata); aumento de las muertes por causas externas (sobre todo por violencia, particularmente homicidios), con mayor incidencia en los jóvenes; incremento de los casos del SIDA, sobretodo en las mujeres y en los más jóvenes, evidenciando cambios en el perfil de la epidemia; empeoramiento de la violencia contra la mujer y de la violencia doméstica; y escaso acceso a los servicios básicos de salud, a la información y a los métodos anticonceptivos. Se configura entonces casi la ausencia de posibilidad del ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales aprobados en las agendas de El Cairo y Beijing.

Además, el hombre y los jóvenes raramente son objeto de políticas específicas, en el marco de la SSR, aunque en algunos casos ya empiezan a existir normativas dirigidas hacia la inclusión de los hombres en esos asuntos, y programas específicos y puntuales para los jóvenes, pero sin traducción en prácticas y servicios concretos en el sistema de salud como un todo. Y la salud de las mujeres, que en general es el foco central de las políticas, también continúa centrada fundamentalmente en el binomio madre-niño. Por tanto, la perspectiva de género de que tanto se habla en términos discursivos no logra operacionalizarse en la formulación de las políticas y en el quehacer cotidiano de los servicios de salud.

Se puede afirmar que, en algunos casos, las reformas de los sistemas de salud implantadas en la región fueron mucho más radicales que las de los países del Norte del mundo, abarcando varios ámbitos –desde el financiamiento hasta la

reorganización de los sistemas de servicios—. Con esas reformas se esperaba “lograr mayor transparencia y equilibrios financieros, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos e incorporar nuevos mecanismos para ampliar la cobertura de dichos sistemas y adaptarlos a los desafíos de la transición demográfica y epidemiológica de la población” (CEPAL, 2000:38). Sin embargo, su implementación ha implicado importantes conflictos con el principio de solidaridad y equidad, que tradicionalmente guiaron la contribución y los beneficios en la salud, y la organización de los sistemas de servicios. Además, en algunos países se aprobaron principios legales que al mismo tiempo institucionalizaron el derecho a la salud como beneficio social vinculado a la ciudadanía, formalizaron la cobertura universal y el compromiso con el principio de equidad (como Brasil y Colombia), pero la operacionalización de estos cambios ha aumentado la fragmentación y la segmentación de los sistemas de salud y no ha superado las desigualdades, aparte de que todavía deja mucho que desear en términos de eficiencia y equidad.

En la última década algunos países de la región, más rezagados en cuanto a la cobertura de salud de la población y al desarrollo de formas solidarias de financiamiento, han sido precisamente los que han adoptado la separación de funciones propias de los cuasimercados, y han puesto énfasis en establecer paquetes básicos de prestaciones de salud para los sectores más pobres de la población. En cada caso esta política adquiere características acordes con las singularidades de los sistemas de salud, sus formas de financiamiento y articulaciones con los sistemas políticos pero, en términos generales, sí se puede decir que las desigualdades se profundizaron. Algunos países han establecido la separación de funciones en sus sistemas de salud y algunos mecanismos iniciales de financiamiento basados en resultados, lo que permite considerarlos también como cuasimercados. También se ha intentado introducir garantías para las prestaciones de salud, en todos los casos buscando incrementar la equidad; sin embargo, los resultados tienen repercusiones muy distintas respecto de la organización general de los sistemas, según el grado de su desarrollo y cobertura, y la capacidad de implementación. Enfatizamos que algunos resultados positivos de estos procesos reformistas se diluyen en los nuevos problemas suscitados por las propias reformas, sobre todo en los países con opciones más radicales de adhesión a la nueva agenda.

A pesar de que la implementación de estos modelos de reforma exige fuerte capacidad de regulación y de desarrollo institucional, de una manera general la correspondiente reforma de las entidades públicas no se llevó a cabo como era necesario para garantizar los objetivos planteados en las premisas reformadoras. Por otro lado, el desarrollo de esas capacidades fue sumamente dificultado por el estrés fiscal y por la destrucción de las instituciones públicas.

Las experiencias de focalización con la implementación de paquetes básicos de servicios para los pobres, no han sido efectivas, y las revisiones críticas hechas por el propio Banco

Mundial, principal mentor de esas propuestas, no han sido suficientes para cambiar de forma substantiva las propuestas estratégicas de política social para la región. La nueva estrategia de manejo de riesgos sociales, propuesta por el Banco Mundial, reitera la postergación de políticas sociales vigorosas que proporcionen una adecuada inversión social, capaz de impulsar una mejor inserción de América Latina y el Caribe en el mundo globalizado, con mayor bienestar e integración social.

En síntesis, el dilema genuino entre la administración de recursos escasos (eficiencia) y la superación de las desigualdades (justicia social) fue extremadamente exacerbado en las últimas décadas, cuando la creencia en la posibilidad de equilibrar estos dos parámetros fue cuestionada y las políticas neoliberales enfatizaron el individualismo y vincularon la política social estrictamente al cálculo económico, agudizando el conflicto entre valores y revigorizando la contabilidad ética que le es subyacente (Santos, 1998). Y este dilema es especialmente importante en la región latinoamericana, toda vez que las condicionalidades externas han encontrado fuerte aceptación nacional y la experimentación ha proliferado de forma acrítica.

Además, los problemas que el área de SSR enfrenta en las reformas sectoriales contemporáneas no son muy distintos de otros presentes en otras áreas de la salud que fueron históricamente organizadas por separado y en forma de programas verticales. Los procesos de reforma contemporáneos tienen una agenda común en la que algunos elementos están presentes en todos los países, pero la connotación que adquieren en el proceso de implementación son bastante particulares. Así, la cuestión de la focalización *versus* universalización es una tensión permanente en los modelos de reforma y en los debates sectoriales, y remite a la discusión sobre la solidaridad en las políticas de salud, sobre todo la forma de operacionalizarla. Como también lo es, en consecuencia, la confusión entre priorización y focalización.

Como bien sintetiza Sojo (2003) la solidaridad en los sistemas de salud puede expresarse fundamentalmente por dos vías: la primera, mediante el presupuesto público, cuando el financiamiento que asegura la solidaridad entre grupos de ingreso y o de riesgo establece subsidios específicos para determinados grupos, y los recursos provienen de impuestos directos e indirectos de la nación o de entidades subnacionales; y la otra vía son las contribuciones obligatorias a formas de aseguramiento universal, que establecen subsidios cruzados entre diferentes estratos de ingreso y riesgo, inclusive inter-generacional y de la comunidad en general a grupos específicos. Considerando los individuos y las familias, estos subsidios cruzados deben de ser dinámicos a lo largo del ciclo vital - por ejemplo, el grado de aseguramiento en etapas que involucran menor riesgo para la salud o baja morbilidad representan, para el sistema y las personas, un “ahorro” en aquellas etapas en las cuales el uso de los servicios suele ser más intenso.

Obviamente eso requiere una reingeniería institucional y regulatoria bastante compleja y efectivos controles de gastos y

contención de costos, además de la voluntad política y los medios financieros para efectuarla. Como vimos, las reformas implementadas en los países analizados han tenido muchos problemas para garantizar la solidaridad y, en la mayoría de los casos, los diseños del nuevo sistema aunque fueran aparentemente sólidos en el papel, se mostraron difíciles y fallaron en su implementación.

En relación con la definición de prioridades, históricamente, en todo el mundo, los sistemas de salud siempre definieron prioridades, una vez que nunca será posible proveer todos los servicios para toda la población, ya que la demanda en salud siempre será infinita y los recursos limitados. Por tanto, el problema no está en la definición de prioridades en sí, sino más bien, en la forma como ellas son definidas e implementadas. Además, aunque sea necesario elegir alternativas y definir prioridades para la actuación del Estado en el sector salud, esta dinámica requiere el *ordenamiento de preferencias*, lo que implica la introducción de condiciones (nacionales y locales) impuestas por la realidad, en las cuales el discurso y la retórica de los que deciden y de sus críticos se concreta. Y este ordenamiento de preferencias no puede ser lógicamente deducido, lo que significa que no es posible resolverlo a partir únicamente de la lógica científica (técnica). En otras palabras, es preciso recordar que se está tratando de decisiones de políticas que presuponen la distribución de cuotas distintas de beneficios y sacrificios entre los individuos de una sociedad, que aseguren la minimización del conflicto social y algún orden social, lo que requiere procedimientos adecuados (Santos, 1998). Recae, así, en la lógica política del “cálculo del disenso”, esto es, cuál es el consenso posible o el disenso soportable en determinada sociedad, en determinada coyuntura. Se refiere, en última instancia, al grado de desigualdad (y de conflicto) que una sociedad está dispuesta (o consigue) soportar. Presupone, también, una perspectiva de proceso, con definiciones claras de a dónde se quiere llegar, y procedimientos de corto, mediano y largo plazo.

Es preciso, por lo tanto, hacer una distinción entre definición de prioridades y focalización. Aunque la definición de prioridades signifique hacer determinadas elecciones en momentos coyunturales específicos, la idea de proceso incremental y de construcción del camino en la dirección de la universalidad y de la integralidad está subyacente a la priorización. La focalización, a su vez, tal como viene siendo preconizada por los organismos internacionales, significa definición de paquetes de atención, en general restringidos a pocos procedimientos básicos para grupos poblacionales determinados, normalmente rotulados como pobres y alejados del acceso a los servicios de salud. Obviamente, la falta de visión del proceso o la imposibilidad de continuidad en el proceso de construcción del cambio con una clara “imagen-objetivo” de lo que se quiere construir, puede transformar las prioridades, definidas en coyunturas precisas, en políticas focalizadas. Esa diferencia sutil no es despreciable, al contrario, define los distintos objetivos de diferentes políticas.

Así, la focalización se inserta en una perspectiva de política selectiva, no universalista, y la *definición de prioridades para la focalización* es, por tanto, conceptual y operacionalmente distinta, basándose en criterios de costo-efectividad, carga de enfermedad, etcétera, que a su vez, no incluyen el análisis de los objetivos de determinada política y excluyen explícitamente la valoración de los fines que la justifican, cuya definición e implementación pertenecen al campo político y no al análisis técnico. En otras palabras, aunque sea deseable y necesario que las acciones en salud sean más efectivas y eficientes, la cuestión de las diferentes necesidades de distintos grupos poblacionales no se resuelve solamente con esta “cuantificación de la política”. Ni tampoco con la disminución de la intervención estatal y del financiamiento público a los llamados mínimos básicos, traducidos en las políticas de focalización (entre los más pobres) y de privatización, pregonadas como más equitativas lo que, además, no se verifica en la práctica. En realidad, se intenta, de esta forma, redefinir la función distributiva del Estado en el terreno de los servicios de salud, restringiéndose substancialmente el carácter de la política de salud como política social.

En cuanto a la descentralización, uno de los problemas centrales de las formas federativas contemporáneas (conceptuales y empíricas) se relaciona con el tema de la centralización-descentralización, una vez que a lo largo del siglo pasado los sistemas federativos, de una manera general, sufrieron cambios estructurales profundos (Almeida, 1996). La imprecisión conceptual del término descentralización permite que sea utilizado para indicar grados diversos de cambio del rol del gobierno federal, significando desde de funciones, recursos y poder de decisión para los niveles subnacionales (por tanto, distribución de poder); hasta transferencia para otras esferas de gobierno de la implementación y gestión de políticas definidas en el plano federal (desconcentración); o aun el traslado de atribuciones gubernamentales para el sector privado (Almeida, 1995; Almeida, 1996; Barros, 2001). Además, dependiendo del reto ideológico, descentralización puede ser vista de diferentes maneras: a la derecha del espectro político, como necesidad de desactivar las demandas sobre el sistema político y reducir la presencia pública del Estado, descentralizando para los niveles subnacionales instancias decisorias y administrativas; y a la izquierda, como significado de autonomía y refuerzo del poder local, defendiendo la descentralización como el único camino para desactivar la burocratización del *welfare state* y profundizar la participación ciudadana en las estructuras y procesos democráticos, aumentando la visibilidad y el control social de los sistemas decisorios y aproximando los dirigentes de las necesidades y demandas de los ciudadanos. En realidad, ambas visiones han estado presentes en los procesos recientes de reforma, dependiendo de los objetivos que motivaron la descentralización sectorial. Por otro lado, en ambas perspectivas se observan problemas: no siempre la desconcentración de acciones y actividades (sin poder

decisorio) es tan nociva; como tampoco la total autonomía local es tan virtuosa o perniciosa.

En el caso de sistemas federativos, el federalismo presupone relaciones intergubernamentales *constitutivamente competitivas y cooperativas*, con modalidades de interacción entre niveles, *necesariamente basadas en la negociación*. Entretanto, las relaciones entre federalismo y descentralización son siempre complejas, pues configuran *un compromiso particular entre difusión y concentración del poder político en virtud de algún modelo compartido de nación y de grados socialmente deseados de integración política y de equidad social* (Almeida, 1996: 14). En ese aspecto el caso brasilero es paradigmático, pues ese compromiso y ese modelo no son claros y los formatos implementados están cargados de contradicciones, moldeados inicialmente por la transición política y, posteriormente, por la dinámica de los ajustes macroeconómicos. Además, en el ámbito de las políticas sociales y de salud, la descentralización tuvo motivaciones diversas de aquellas que generaron la redefinición del pacto federativo, pero también apuntaron para la municipalización. Tampoco existe consenso sobre los grados deseados de integración política y equidad social, aunque esos términos frecuentan el discurso político reformista (Almeida, 2003). Por tanto, la reorganización del sistema de servicios de salud para actuar de forma descentralizada es un proceso a largo plazo y presupone cambios no sólo organizativos, sino también de construcción de capacidad de implementación, que en la mayoría de los casos no existe previamente en el nivel local.

En síntesis, la construcción negociada y la repartición de competencias exigen coordinación e inducción, pero presupone también liderazgo, evaluación de resultados y correcciones de rumbo cuando fuese necesario. La *especialización de las instancias de gobierno* debe estar centrada en una redefinición de papeles donde la tarea inductora y coordinadora del nivel federal debe apuntar a la superación de las desigualdades, deficiencias y carencias locales, apoyando, estimulando y destacando la capacitación de los niveles locales y estatales para la necesaria complementariedad y alcance de mejores resultados y no meramente para fiscalizar el cumplimiento de requisitos burocráticos. Este es el gran desafío de la construcción de sistemas de salud descentralizados y más equitativos.

La cuestión de la integralidad de la atención (en términos horizontales y verticales) es otro problema que abarca mucho más que el modelo de reforma o la voluntad política de implementarlo. Como concepto es bastante complejo y está cargado de diferentes “sentidos” como define Mattos (2001), quien identifica tres grandes “grupos de sentidos” para el término.

El primero, que estaría relacionado con las prácticas de los profesionales de la salud (no sólo los médicos), y los procesos de trabajo, independientemente de si son públicos o privados, en el sentido de una visión integral por parte de los profesionales en relación con las necesidades de los individuos, familias y comunidades. El segundo, que estaría

referido a las formas de organizar los servicios y las acciones de salud, que tiene que ver con la necesidad de articularse a las actividades de promoción, prevención de la enfermedad, y promoción, asistencia y recuperación de la salud, y no centrar los servicios sólo en las acciones curativas. Y, por fin, el tercer grupo de sentidos, que estaría relacionado con las respuestas gubernamentales a los problemas de salud de la población como política sectorial, o, a la definición de políticas de salud que establezcan una articulación e integración entre los diferentes niveles del sistema de salud, promoviendo su reorganización. Presupone así, el paso de los programas “integrales verticales” hacia formas de organización de los servicios que posibiliten el acceso de los usuarios a cualquier nivel de atención cuando lo necesiten.

Además, la priorización de la atención básica, en algunos casos con la transferencia de recursos *per capita* (como en Brasil) con énfasis en la salud de la familia, promoviendo las prácticas de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud de forma integral, si no es acompañada de inversiones sustantivas y reorganización de los demás niveles de atención, puede no ser efectiva y transformarse en una forma focalizada de priorizar la atención para determinados grupos poblacionales, pues no siempre el aumento de la capacidad instalada resulta en aumento de la cobertura; ni tampoco la integralidad de la atención es garantizada si los incentivos no privilegian ni están dirigidos a promover la articulación entre niveles de atención.

Finalmente, la cuestión de la participación y control social todavía no está resuelta. La literatura disponible que analiza la actuación de los Consejos de Salud, en los diversos niveles, indica que persisten muchos problemas, desde la dificultad de participación en discusiones técnicas, la falta de rotatividad de las representaciones, hasta el descrédito del papel de los Consejos y la efectividad práctica de sus discusiones y decisiones (Cortés, 1998, Valla, 1998, Carvalho, 1995; Labra, 2001).

En relación con el “empoderamiento” de las mujeres, sobretudo las más pobres, que es fundamental para que cada vez más ganen visibilidad sus demandas y reivindicaciones en términos de necesidades de salud, debe ser tratada de forma diferenciada en sus diferentes dimensiones. Mejor dicho, es incuestionable la importancia de abrir canales de participación y de canalización de demandas de las mujeres (y sobretudo de los grupos poblacionales más carentes), ya sea en la sociedad civil, o en los servicios de salud. Se actualiza así, la discusión sobre los mecanismos más adecuados para el ejercicio de la democracia participativa, además de suscitar la reflexión sobre la funcionalidad y pertinencia de los arreglos institucionales existentes (Santos, 1998; Lesbaupin, 2000). La mayor politización de las discusiones sobre la reforma sectorial, la complejidad de las negociaciones y la obligatoriedad de exposición al debate de diferentes “proyectos” y perspectivas en la implementación de la reforma es una ganancia en sí, pero no elimina o minimiza la necesidad de ajustes y revisiones de mecanismos (Almeida, 2003a).

Por tanto, la contradicción implícita entre el objetivo de alcanzar la atención integral a la mujer, o de la SSR con enfoque de género, los derechos y la organización histórica del sistema para responder a cada uno de sus componentes por separado es bastante compleja y de difícil superación en el corto plazo, y se materializa en el enfrentamiento cotidiano entre una forma antigua de trabajo y la construcción de una nueva práctica. Y eso requiere cambios estructurales profundos en la reorganización del sistema de salud y sus prácticas, lo que incluye las culturas institucionales, profesionales y de la población, y el proceso de trabajo en los servicios de salud (y por tanto, la formación profesional). Esta contradicción está presente también en el plan epistemológico pues, aunque sea posible formular la idea o el concepto de atención integral, la producción del conocimiento que informa la formulación de intervenciones colectivas y las prácticas de atención individual en salud está centrada en los componentes de la atención que deberían ser “integrados”, y poco informan sobre cómo operacionalizar la integralidad. Además, esa integración requiere densidad tecnológica y hay que buscar construirla (Lago, 2003).

Así, la política pública en salud de la mujer tiene que seguir mirando a los objetivos a largo plazo, al mismo tiempo que respondiendo a las demandas presentes y urgentes de las mujeres, y para eso es necesario trabajar por adentro de las “entrañas” del sistema de salud y de las agendas de reforma. Y la atención en SSR con enfoque de género y derechos, requiere una dedicación mucho más intensa, toda vez que

significa cambiar de forma radical la visión médica clásica, moldeada por las especialidades.

Eso no quiere decir que la agenda de la SSR debe ser abandonada, o que las estrategias definidas son equivocadas, al revés, la perspectiva de género, tal fue como formulada y discutida en El Cairo y Beijing, son fundamentales para el importante proceso de transición en el que están involucrados los sistemas de salud en la región y en el mundo, por el paradigma transformador de la percepción de salud/enfermedad/atención que esa concepción pone sobre la mesa.

La mayor politización de las discusiones sobre la reforma sectorial, la complejidad de los nuevos sistemas de salud con las reformas implementadas y de las negociaciones inherentes, con la obligatoriedad de exposición del debate de diferentes “proyectos” y perspectivas en la implementación de la reforma es una ganancia en sí, mas no elimina o minimiza la necesidad de ajustes y revisiones de mecanismos.

En fin, las temáticas de la reforma de los sistemas de servicios de salud y de la salud sexual y reproductiva y derechos son complejas y aunque mucho se hubiese producido y discutido sobre las interrelaciones entre ambas, aún tenemos un extenso camino por recorrer, por lo que es fundamental profundizar la interlocución entre varios movimientos sociales que actúan en el área, los diferentes grupos de investigadores, decisores y ejecutores de la política de salud, y sobretudo las agencias del Sistema de Naciones Unidas, en la perspectiva de avanzar de manera innovadora hacia el alcance de mejores resultados.

Bibliografía consultada

- Abzacinskas L, Gómez A L. 2001. Los derechos sexuales y reproductivos en la arena de la acción política (Estrategias de advocacy desde la sociedad civil organizada). Presentación en el Seminario Regional UNESCO, ONG`S, Gobernancia y Desarrollo en América Latina y el Caribe; Montevideo, noviembre (14 pp.).
- Abundiz S. 2003. Hacia dónde va la Salud en México: Análisis a la Reforma de la Ley General de Salud. Relatoría del foro. Disponible en: <http://www.cucs.udg.mx/INBOX/Forocartelsalud/FORO.doc> (Consultado el 03/02/04).
- Aitken I W. 1998. Implications of decentralization as a reform strategy for the implementation of reproductive health programs, In: The implications of health sector reform for reproductive health and rights. Report of a meeting of the working group for Reproductive Health and Family Planning. Washington, D.C: CHANGE/Population Council.
- Alvarez-Castilho F. 2001. Gender and Health: An Overview. Disponible en: <http://www.phssa.org/pubs/pansri/pansribook.html> (Consultado el 13/02/2004).
- Arraigada I. 1998. Realidades y mitos del trabajo femenino urbano en América Latina. Unidad Mujer y Desarrollo N°21, Santiago de Chile: CEPAL (44 pp).
- Arihla M, Calazans G. 1998. Sexualidade na adolescência: O que há de novo? En: Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Vol 2. Brasília: CNPD.
- Baeninger R. 1998. Juventude e movimentos migratórios no Brasil. En: Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Vol 1. Brasília: CNPD.
- Baltodano A P. 1997. Estado, soberanía y políticas públicas en América Latina y Estado, ciudadanía y política social en América Latina. En: A. P. Baltodano (Org.) Globalización, Ciudadanía y Política Social en América Latina: Tensiones y Contradicciones, Caracas: Nueva Sociedad (pp. 16-66).
- Bangser M. 2002. Policy Environments: Macroeconomics, programming, and participation. In: G. Sem, A. George & P. Östlin (Eds.). Engendering international health: The challenge of equity. London: Massachusetts Institute of Technology.
- Barsted L L.1999. Breve Panorama dos Direitos Sexuais e Reprodutivos no Brasil. en: As mulheres no Brasil e os direitos civis. Cadernos CEPIA, (3): 43-64.
- Beijing 1995. Plataforma de Ação da Conferência Mundial sobre Mulher. en: As mulheres no Brasil e os direitos civis. Cadernos CEPIA, (3): 143-170.
- Bercovich A M, Dellasoppa E, Arriaga E. 1998. J'adjunte, mais je ne corrige pas: Jovens, violência e demografia no Brasil. Algumas reflexões a partir dos indicadores de violência. En: jovens acontecendo na trilha das políticas públicas. Vol 1.Brásíla:CNPD.
- Berman P. 2000. Organization of ambulatory health care provision in developing countries. Bulletin of the World Health Organization 78(6): 791-802.
- Berquó E.1999. Contraception and caesareans in Brazil: An example of bad reproductive health practice in need of exemplary action. Revista Estudos Feministas. Rio de Janeiro: IFCS/UF RJ: 26-37.
- Berquó E. 2003. Frustrated Demand for Postpartum Female Sterilization in Brazil. Journal of The Association of Reproductive Health Professionals Contraception, (67):385-390.
- Berer M. 2002. Health sector reforms: Implications for sexual and reproductive health services. Reproductive Health Matters, 10(20):6-15.
- Boron A.1995. Democracia e reforma social na América Latina: reflexões a propósito da experiência européia. en: Borón A (Org.), Estado, capitalismo e democracia na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra (153-184 pp).
- Buvinic M, Gupta G R. 1997. Female-headed households and female-maintained families: Are they worth targeting to reduce poverty in developing countries? Economic Development and Cultural Change 49(2):259-93.
- Braveman P, Krieger N, Lynch J. 2000. Health inequalities and social inequalities in health. Bulletin of the World Health Organization, 78(2):232-233.
- Casas J A, Dachs J N W, Bambas A. 2001. Health disparities in Latin America and the Caribbean: The role of social and economic determinants. Capítulo 3. En: Panamerican Health Organization, Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington, D.C: PAHO.
- CLADEM, 2003. Ciudadanía y Derechos en una nueva era: Los derechos económicos y sociales de las mujeres como desafío. Heriquez N (Edición), Chiarotti S (Prólogo). Lima: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.
- CLADEM, 2003. Carta a los gobiernos de América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.cladem.org/espanol/novedades/cartagobcairo.asp> (consultado en 13/03/2004).
- CELADE, 2003. Boletín Demográfico América Latina Y Caribe: Indicadores seleccionados con una perspectiva de Género. N.70, Santiago de Chile: CEPAL:208.
- Conferencia Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL/CELADE/BID, 1996. Impactos de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina: Contribución al diseño de políticas y programas. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL, 2000. Población y desarrollo en América Latina y el Caribe : un desafío para las políticas públicas. Série Población y Desarrollo N. 7. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2000. Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe : problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo. Série Población y Desarrollo No. 9. Santiago de Chile:CEPAL.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2000. Población y desarrollo en América Latina y el Caribe : un desafío para las políticas públicas. Série Población y Desarrollo No. 7. Santiago de Chile:CEPAL.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2001a. Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes. Serie Población y Desarrollo No. 17. Santiago de Chile:CEPAL. (70 pp.).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), 2002. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.eclac.cl/badestat/anuario/index.htm> (consultado en 10/10/2003).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2002b. Unidad, mujer y desarrollo. Report of the international meeting on gender statistics and indicators for measuring the incidence of and trends in violence against women in Latin America and the Caribbean: 21-23 de noviembre de 2001, La Paz, Bolivia. Disponible en: <http://www.eclac.cl/> (Consultado el 13/01/2004).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2003. Determinantes próximos de la fecundidad: una aplicación a países latinoamericanos. Série Población y Desarrollo No. 43. Santiago de Chile:CEPAL.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), 2003. Estadísticas de Género. Disponible en: <http://www.eclac.cl/mujer/proyectos/perfiles/default.htm> (Consultado en 23/12/2003).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), 2003. Determinantes próximos de la fecundidad: una aplicación a países latinoamericanos. Série Población y Desarrollo N.43.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), 2003. América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad. Série Población y Desarrollo N.42.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), 2003. La

- fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición. *Série Población y Desarrollo* N.46.
- CHANGE/POPULATION COUNCIL. 1998. The implications of health sector reform for reproductive health and rights. Report of a meeting of the working group for Reproductive Health and Family Planning. Washington, D.C: CHANGE/Population Council.
- Congreso Nacional de la República del Ecuador. 1994. Ley de Maternidad Gratuita. Disponible en: www.congreso.gov.ec (Consultado el 26/01/04).
- Congreso Nacional de la República del Ecuador. 1996. Reformas Constitucionales. Disponible en: www.congreso.gov.ec (Consultado el 03/02/04).
- Congreso Nacional de la República del Perú, 1997. Ley General de Salud No 26842. Disponible en: www.minsa.gob.pe/leyes/leyes (Consultado el 04/02/04).
- Congreso Nacional de la República del Perú, 1999. Ley General de Salud No 27657. Disponible en: www.minsa.gob.pe/leyes/leyes (Consultado el 04/02/04).
- Congreso Nacional de la República del Ecuador, 1998. Ley Reformativa a la Ley de Maternidad Gratuita. Disponible en: www.congreso.gov.ec (Consultado el 26/01/04).
- Congreso Nacional de la República del Perú, 2002. Reglamento de la LEY No 27657. Disponible en: www.minsa.gob.pe/leyes/leyesy_normas_2002 (Consultado el 04/02/04).
- Congreso Nacional de la República del Perú, 2002. Ley General de Salud No 27660. Disponible en: www.minsa.gob.pe/leyes/leyes (Consultado el 04/02/04).
- Cornia G A. 2001. Globalization and health: results and options. *Bulletin of the World Health Organization*, 79: 834-841.
- Comba S, Botzman M, Flores P. 1999. La experiencia del Promin y la atención de la mujer. Washington, DC: Banco Mundial. Disponible en: <http://wbln0018.worldbank.org/lac/lacinfoclient.nsf/0/>
- Daeren L. 2001. The gender perspective en economic and labour policies. State of the art en Latin America and the Caribbean. *Serie Mujer y Desarrollo* N° 29, CEPAL: 84.
- Diaz S H, Alvarado G. 2003. Aceitabilidade da anticoncepção de emergência no Brasil, Chile e México: Percepções sobre as pílulas de anticoncepção de emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5): 1507-1517.
- Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. 2001. *Challenging inequities in health: From ethics to action illustrated*. New York: Oxford University Press: 368.
- Elson D, Evers B. 1998. Sector programme support: The health sector, a gender aware analysis, Manchester: University of Manchester, Genecon Unit.
- Fondo Monetario Internacional/Banco Mundial. 1999. Formulación de estrategias de reducción de la pobreza en los países en desarrollo. Development committee. DC/99-29. Disponible en: www.worldbank.org/poverty/spanish/strategies/ (Consultado en 06/12/2003).
- Fondo Monetario Internacional. 2002. Examen del mecanismo de los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP): Principales conclusiones. Disponible en: www.worldbank.org/poverty/spanish/strategies/ (Consultado el 10/12/2003).
- Frenk J, Londoño J C, Knaul F, Lozano R. 1998. Los sistemas de salud latinoamericano en transición: una visión para el futuro. en: Bezold C, Frenk J, McCarthy S. (Orgs.) *Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI*. México, DF: Institute for Alternatives Futures/Fundación Mexicana para la Salud/Smith-Kline Beecham Pharmaceuticals: 119-156.
- García R R, Russel J S, Maddaleno M, Kastrinakis M. 1999. The legislative and policy environment for adolescent health in Latin America and the Caribbean. PAHO/WK/Kellogg Foundation. Disponible en: <http://www.paho.org/english/hppp/hpppubli.htm> (Consultado en 06/12/2003).
- Giffin, K. 2002. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(supl):103-112.
- Giménez D M. 2003. Género, previsión y ciudadanía social en América Latina. *Serie Mujer y Desarrollo* N°46, Santiago de Chile: CEPAL: 78.
- Gire. 2003. Campaña 28 de setiembre: Día por la despenalización del aborto en América Latina y el Caribe. Disponible en: www.gine.org.mx/publica/20set03.pdf (consultado el 20/11/2003).
- Gwatkin D, Rutstein S, Pande R, Wagstaff A. 2000. Socio-economic differences in health, nutrition, and population. Washington, D.C: World Bank, HNP/ Poverty Thematic Group.
- Grosh M. 1992. De los principios a la práctica: La focalización de programas sociales en América Latina y el Caribe, Departamento Técnico, Programa de Estudios Regionales, Informe No. 21, División de Recursos Humanos, Banco Mundial. Disponible en: www.worldbank.org/wbi/socialsafetynets/elearning/fall2001/pdfpapers/chapter1.pdf (Consultado el 08/12/2003).
- Grosh M, Glewwe P. 2000. Designing household survey questionnaires for developing countries: Lessons from 15 years of the Living Standards Measurement Study. Washington, D.C: World Bank.
- Grosh M. 2001. Protección de los vulnerables: el diseño e implementación de redes eficaces de protección social. Curso de Educación a distancia. Instituto del Banco Mundial. Disponible en: <http://www.worldbank.org/wbi/socialsafetynets/elearning/fall2001/proceedings/pdf> (consultado el 15/12/2003).
- Hahner J E. 2003. Emancipação do sexo feminino. A luta pelos direitos da mulher no Brasil, 1850-1940. Río do Sur: Universidad de Santa Cruz do Sul/Ed. Mulheres.
- Hanson K. 2002. Measuring Up: Gender, burden of disease, and priority setting. En: Sen G, George A, Östlin P (Eds). *Engendering International Health: The challenge of equity*. London: Massachusetts Institute of Technology.
- Hardy E, Duarte G A, Osis M J D. 2001. Anticoncepção de emergência no Brasil: facilitadores e barreiras. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4): 1031-1035.
- Jamison D, Frenk J, Knaul F. 1998. International collective action in health: Objectives, functions, and rationale. *The Lancet*, 351: 514-517.
- Lakshminarayanan R. 2003. Decentralisation and its Implications for reproductive health: The Philippines experience. *Reproductive Health Matters*; 11(21).
- Lee K. 2000. Globalisation, human development and health governance: The implications for U.K. policy. Background paper for the U.K. White Paper on Globalisation and Human Development.
- Lee, K. 2000. Globalisation - a new agenda for health? En: McKee M, Garner P, Stott R, *International co-operation and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Malloy J. 1993. Statecraft, social policy, and governance in Latin America. *Governance. International Journal of Policy and Administration*; 6: 220-274.
- Mateucci N. 1993. Liberalismo. (5ª Ed). En: Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G (Org). *Diccionario de Política* vol. 2. Brasília: Editora Universidade de Brasília: 686-705.
- Melo M A. 1998. As sete vidas da agenda pública brasileira. En: E. M. Rico (org) *Avaliação das políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez Editora/Instituto de Estudos Especiais, Pontificia Universidade Católica de São Paulo: 11-28.
- Merrick T. 2002. Short-changing reproductive health. *Reproductive Health Matters*; 20: 135-137.
- Lush L, Cleland J, Walt G, Mayhew S. 1999. Integrating reproductive health: Myth and ideology, *Bulletin of the World Health Organization*, 77(9): 771-777. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/pdf/issue9/bu0042.pdf>
- Ministério da Saúde. (2001). *Boletim Epidemiológico XIV*, no. 2 (Abril-June). Disponible en: www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol_abril/boletim.htm (consultado en 16/octubre/2003).
- Ministério da Saúde. (2003). *Projeto Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS*. Disponible en: www.aids.gov.br/cebrap/relatorio_pesquisa_cebrap.htm (consultado en 24/noviembre/2003).
- Nanda P. 2003. Rhetoric and reality of health reforms: Implications for reproductive health and rights. Disponible en: http://www.fordfound.org/publications/recent_articles/docs/globalization/RHAG1.rtf (Consultado el 10/01/2004).

- Organización Panamericana de la Salud. 1998. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Washington DC:OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. 1998. Strategic and programmatic orientations for the Pan American Sanitary Bureau, 1999-2002. 25th Pan American Sanitary Conference, Documento CSP25/8; 29. Washington, D.C: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. 1998. La Salud del adolescente y el joven. En: La Salud en las Américas.Publicación Científica. Washington DC: OPS/OMS.
- OUTLOOK. 1999. Maternidad Segura (Número Especial); Volumen 16, Febrero: 8 p.
- Organización Panamericana de la Salud. 1999. 18º Sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Disponible en: www.paho.org/spanish/gov/ce/mesd/msd18_fr.pdf. (Consultado el 02/02/04).
- Organización Panamericana de la Salud. 2003. Monitoramento da redução da mortalidade e morbidade materna. 132ª Sessão do Comitê Executivo, 28/abril/2003 (171 pp).
- Organización Panamericana de la Salud. 2003. La OPS y los objetivos del milenio, la CTP como parte integral de la respuesta. Presentación en la XVI Reunión de Directores de Cooperación Internacional, 21 a 23 de Julio de 2003, Panamá.
- Organización Panamericana de la Salud. 2003. Monitoramento da Redução da Mortalidade e Morbidade Materna. 132ª Sessão do Comitê Executivo, 28/abril/2003 (171 pp).
- Pitanguy J. 2003. A questão de gênero no Brasil. WHO, Departamento de Política Econômica e Redução da Pobreza Regional da América Latina e Caribe. CEPIA (12 pp).
- PRB (Population Reference Bureau). 2002. Las mujeres de nuestro mundo, MEASURE Communication, Washington DC.
- Quentin W, Shlomó Y. 2002. Desigualdad y bienestar social. Capítulo 2. Banco Mundial. Disponible en: www.worldbank.org/poverty/spanish/strategies/ (consultado el 16/2003).
- Ramachandran V .2003. Incorporating women's health concerns in health sector reforms: Key areas for strategic advocacy and citizen participation. Disponible en: http://www.fordfound.org/publications/recent_articles/docs/globalization/RHAG1.rtf (Consultado en 06/01/2004).
- Rao G. 2000. Gender, sexuality, and HIV/AIDS: The what, The why and the how. XIII International AIDS Conference; Durban, South Africa. International Center for Research on Women (ICRW), 12/Julho/2000 (8 pp).
- Ruiz M E. 2003. Desafios e oportunidades para a igualdade entre gêneros na América Latina e Caribe. Disponible en: www.worldbank.org/lac.gender (Consultado el 22/noviembre/2003).
- Standing G. 1989. Global feminization through flexible labor. World development 17(7):1077-1096.
- Tinker I. 1990 (ed). Persistent inequalities. New York: Oxford University Press.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Población. 1999. Estado de la población mundial. Capítulo 3. Salud reproductiva y derechos reproductivos. Copyright Nescape Communications Corporation. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/GonzalezBibliography.pdf> (Consultado en 13/septiembre/2003).
- UNICAMP/NEPP. 2003. Informações e análise econômicas sobre o setor de saúde suplementar: levantamentos preliminares dos serviços de saúde público e privado na América Latina e Caribe. Campinas, SP: UNICAMP (21 pp).
- UNICEF CHILDREN'S FUND .2003. A Voz dos adolescentes. Disponible en: www.unicef.org/brasil/pesquisa.pdf (Consultado en 10/diciembre/2003).
- World Health Organization. 2000. Assessing the burden of sexual and reproductive ill-health: Questions regarding the use of disability-adjusted life years. Bulletin of the World Health Organization, 78(5): 655-666. Disponible en: <http://info.worldbank.org/etools/reprohealth/library.asp>. (Consultado el 10/12/2003).
- World Health Organization. 2000. La colaboración en la transformación del desarrollo: nuevos enfoques para formular estrategias de lucha contra la pobreza que los países consideren como propias. Un nuevo consenso mundial. Disponible en: www.worldbank.org/poverty/strategies/spanbroc.pdf. (Consultado el 10/12/2003).
- World Health Organization. 2001. Las oportunidades y los riesgos para la región de América Latina y el Caribe en un mundo globalizado. Disponible en: [http://wbi0018.worldbank.org/.../8d6661f6799ea8a48525673900537f95/48f4e192eeb3452d85256968004e8497/\\$FILE/chapt1.pdf](http://wbi0018.worldbank.org/.../8d6661f6799ea8a48525673900537f95/48f4e192eeb3452d85256968004e8497/$FILE/chapt1.pdf) (Consultado el 08/12/2003).

Referencias bibliográficas

- Aitken I. 1999. Implementation and integration of reproductive health services in a decentralized system. En: myths and realities about the decentralization of health systems. Kolehmainen R, Aiken I. Eds. Boston: Management Sciences for Health: 111-136.
- Alan Guttmacher Institute. 1994. Aborto clandestino: una realidad Latinoamericana Nueva York: The Alan Guttmacher Institute: 32.
- Alan Guttmacher Institute. 1998. Into a new world. Young women's sexual and reproductive lives. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute.
- Alan Guttmacher Institute. 2001. Induced abortion (factos in brief). Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_induced_abortion.pdf (Consultado el 12/01/2004).
- Alfaro-Sala S. 2004. Democratización interna de partidos políticos en Centroamérica: avances y tareas pendientes, Informe Costa Rica" IIDH/CAPEL.
- Almeida C M, Travassos C, Porto S, Baptista T W F. 1999a. A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. Research In Public Health Technical Report. Washington, DC : OPS: 1-89.
- Almeida C M. 1995. As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição? Tese de doutorado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.
- Almeida C M. 1996a. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo; v. 5 (2):3-57.
- Almeida C M. 1996b. Novos modelos de reforma sanitária: bases conceituais e experiências de mudança. En: política de saúde e inovação institucional. Costa N R, Ribeiro J M, org. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (pp. 69-98).
- Almeida C M. 1997. Crise econômica, crise do welfare e reforma sanitária. En: Gerschman S, Werneck M L, org. A miragem da pós-modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ (pp. 177-200).
- Almeida C M. 1999. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. Ciência & Saúde Coletiva; 4 (2): 263-286.
- Almeida C M. 2000a. Saúde nas reformas contemporâneas. En: saúde, equidade e gênero. Costa A M, Merchán-Hamann E, Tajer D, org. Brasília: Editora Universidade de Brasília/Asociación Latinoamericana/Rio de Janeiro: ABRASCO (pp. 61-93).
- Almeida C M. 2000b. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. Saúde em Debate, 24: 6-21.
- Almeida C M. 2001. En: Ribeiro J M, Costa N R; Braverman P; Marthe R G, Szwarcwald C, Miglionico A *et al.* Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. Lancet, New York; vol 357:1692-1697.
- Almeida C M. 2001a. Investigación en sistemas y servicios de salud y reforma sectorial: el estado del arte en el Cono Sur. En: Almeida C M, Basan R, Pittman P, org. Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe. Washington (pp. 129-166).
- Almeida C M. 2001b. Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. Cuadernos Médico-Sociales, 79:27-58.
- Almeida C M. 2002a. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. Cadernos de Saúde Pública; 18(Suplemento 2002):23-36.
- Almeida C M. 2002b. Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from the 1980s and 1990s. Cadernos de Saúde Pública, 18 (4):905-925.
- Almeida C M. 2003. Desafíos de los seguros públicos de salud en el contexto latinoamericano. Ponencia presentada en las Jornadas de Seguro Público de Salud, promovida por la Asociación Médica de Rosario y el Centro de Estudios en Salud-CEES. 23 de mayo de : 2003, Rosario, Argentina.
- Almeida C M. 2003a. As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão. Revista Saúde em Debate, 27 (65):207-220).
- Almeida C, Travassos C, Porto S, Labra E. 2000. Health reform in Brazil: a study in inequity. International Journal of Health Services, 30 (1): 129-162.
- Almeida-Filho N *et al.* 2003. Research on health inequities in Latin America and the Caribbean: bibliometric and content analysis (1971-2000). Instituto de Saúde Coletiva at the Federal University of Bahia (Brazil) and Center for Society and Health, Harvard School of Public Health.-Washington, DC: OPS (pp. 1-17).
- Alonso V. 2003. Salud reproductiva y reformas del sector salud en la Argentina: aportes para un diálogo nacional. Documento elaborado en el marco del Proyecto Salud Reproductiva y Reforma del Sector Salud en Argentina. Buenos Aires, Argentina:CEDES/BID, (mimeo).
- Altimir O.1998. Desigualdad, empleo y pobreza en América Latina: efectos del ajuste y del cambio en el estilo de desarrollo. En: pobreza y desigualdad en América Latina. TokmanV, O'Donnel G, org. Buenos Aires/Barcelona/México, DF:Paidós (pp. 23-54).
- Alvarez-Castilho F. 2001. Gender and health: an overview. Disponible en: <http://www.phssa.org/pubs/pansri/pansribook.html> (Consultado el 13/02/2004).
- Arriagada I, Godoy L. 1999. Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: diagnóstico y política en los años noventa. Políticas Sociales Series; No. 32, Santiago de Chile:CEPAL.
- Ávila M B, Barbosa R M. 1985. Contracepção: mulheres e instituições. Relatório de pesquisa - SOS Corpo, Recife. (Mimeo).
- Banco Mundial. 1999a. Reforma del sector salud. Portafolio y documentos de trabajo. Washington DC:Banco Mundial.
- Banco Mundial. 1999b. El Banco Mundial señala una nueva tendencia importante en el siglo XXI: la localización. Disponible en: www.waturnunc.com/esp/BancoM04.htm (Consultado el 06/12/2003).
- Banco Mundial. 2002. Costa Rica y el Gasto Social y la Pobreza. Informe N° 243000-CR. Unidad Sectorial de Desarrollo Humano, Departamento de América Central, Región de América Latina y el Caribe. Washington DC:Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2003 a. Luchando contra la pobreza, a través de una mejor salud. Las actividades del Banco Mundial en salud, nutrición y población en América Latina y el Caribe, LCSHH. Disponible en: http://alc.gdn.org/sectores/salud/documentos/Lavadenz_BancoMundial_mortalidad_i (Consultado el 06/12/2003).
- Banco Mundial. 2003b. Caribbean youth development. Disponible en: kilm.ilo.org/GET2004/DOWNLOAD/trendssp.pdf (Consultado el 20/02/2004).
- Banco Mundial. 2003c. La salud en Argentina: luchando contra la pobreza, a través de una mejor salud. Disponible en: <http://lnweb18.worldbank.org/External/lac/lac.nsf/0/14bc556c6c144fa485256878005f> (Consultado el 10/12/2003).
- Banco Mundial. 2003d. El riesgo social en Argentina. Disponible en: <http://lnweb18.worldbank.org/external/lac/lac.nsf/0/e2d921b816b9694b85256878004e> (Consultado el 06/12/2003).
- Barbosa R M, Lago TG. 1997. AIDS e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical. En: Richard Parker, org. Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar/ABIA.
- Beijing. 1995. Plataforma de Ação da Conferência Mundial sobre Mulher. En: as mulheres no Brasil e os direitos civis. Cadernos CEPIA; 3:143-170.
- Belmartino S, 2000. Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bennett RJ. 1990. Decentralization, intergovernmental relations and markets: Towards a post-welfare agenda? En: Bennett RJ, ed. Decentralization local government and markets. Towards a post-welfare agenda. Nueva York: Clarendon Press Oxford.
- Berman P, Arellanes L, Henderson P, Magnoli A. 1999. Health care financing in eight Latin American and Caribbean nations: The first regional national health accounts network - NHA. Disponible en:

- http://www.lachealthaccounts.org/files/480_16hsrpres8studies.pdf (Consultado el 12/12/2003).
- Berman P. 2000. Organization of ambulatory health care provision in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6):791-802.
- Berman PA, Bossert TJ. 2000. A decade of health sector reform in developing countries: What have we learned? Boston, data for Decision Making Project, International Health Systems Group, Harvard: School of Public Health. Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/closeout.PDF> (Consultado el 10/03/2003).
- Berquó ES. 1998. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. En: *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas*. São Paulo: Editora 34 (pp. 23-35).
- Berquó ES. 2003. Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da Unicamp.
- Bixby L R. 2004. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. En: *Rev Panam de Salud Pública* 15(2):94-103.
- Blendon R J, Kim M, Benson J. 2001. The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Affairs*, 20:10-20.
- Boron A. 1995. Democracia e reforma social na América Latina: reflexões a propósito da experiência europeia. En: *Estado, capitalismo e democracia na América Latina*. Borón A, org. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra (pp. 153-184).
- Bossert T, Larrañaga O, Meir F R. 2000. Decentralization of the health systems in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (8):84-92.
- Bossert T. 1998. Decentralization of health systems in developing countries: Decision space, innovation and performance. *Social Science and Medicine*, 47(10):1513-1537.
- Braveman P, Starfield B, Geiger H J. 2001. World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *BMJ*, 323:678-680.
- Braveman P. 1998. Monitoring equity in health: A policy-oriented approach in low and middle-income countries. *Doc. WHO/CSH/HSS/98.12*. Ginebra: World Health Organization.
- Bronfman M, Denman C. (Eds.) 2003. *salud reproductiva - temas y debates*. Cuernavaca, México, D.F: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Bustello E. 1994. Hood Robin: ajuste e equidade na América Latina. *Planejamento e políticas públicas*; 11:4-48.
- Buvinic M, Morrison A, Shifter M. 1999. *Violence in Latin America and the Caribbean: A framework for action*. Washington D.C: Inter-American Development Bank.
- Cairo. 1994. Plano de Ação da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento. En: *as mulheres no Brasil e os direitos civis*. Cadernos CEPIA, (3):101-142.
- Carvalho J A M. 1998. La demografía de la pobreza y el bienestar en América Latina. *Desafíos y oportunidades*. En: *pobreza y desigualdad en América Latina*. Tokman V, O'Donnell G, org. Buenos Aires/Barcelona/México, DF: Paidós (pp. 69-96).
- Cassels A. 1997. *A guide to sector-wide approaches for health development, concepts issues and working arrangements*. Ginebra: WHO.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía). 2000. *Juventud, población y desarrollo: problemas, posibilidades y desafíos*. Serie Población y Desarrollo Nº 6, División de Población, Proyecto Regional de Población 2000-2003. Santiago de Chile: CEPAL.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía). 2003. *Boletín Demográfico América Latina y Caribe N.70: indicadores seleccionados con una perspectiva de género*. Santiago do Chile: CEPAL: 208.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 1990. *Transformación productiva con equidad - La tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa*. Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 1993. *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 1998. *Panorama Social de América Latina*, 1997. Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2000. *Equidad, desarrollo y ciudadanía*. Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2001. *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2000-2001*. Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2002. *Panorama Social de América. Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2002a. *Situación y perspectivas. Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2001-2002*. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2003. *Síntesis. Panorama Social de América Latina 2002-2003*. Publicación de las Naciones Unidas: 32. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/9/LCG2209PE/PSE_2003_Sintesis.pdf (Consultado el 19/10/2003).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2003a. *Panorama Social de América Latina, 2002-2003*. <http://www.cepal.org/publicaciones>. (Consultado el 20/11/2003).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2003b. *Juventud, pobreza y desarrollo en América Latina y el Caribe, Primera Reunión Técnica Preparatoria 22 al 25 de julio de 2003 y XII Conferencia de Primeras Damas, Esposas y Representantes de los Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas, 15 al 17 de octubre de 2003*. San Domingo, República Dominicana.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). Edición 2002b. *Indicadores sociales básicos de la subregión Norte de América Latina y Caribe*. LC/Mex/L.537, 5 de agosto de 2002.
- CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud). 1994. *Salud, equidad y transformación productiva en America Latina Y Caribe*. Washington DC:OPS.
- CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud). 2000. *Equidad, género, y reforma de las políticas de salud en América Latina y el Caribe, Documento preparado por Gómez E. (Asesora RegionalOPS) y presentado en la VIII Conferencia Regional Sobre la Mujer en América Latina y el Caribe; 8-10 de febrero de 2000, Lima, Peru (38 pp.)*.
- Claeson M, Griffin C, Johnston T, Mclachlan M, Soucat A, Wagstaff A, Yazbeck A. 2000. *Salud, nutrición y población*. Banco Mundial. Disponible en: www.worldbank.org/poverty/spanish/strategies/srcbook/hlth1101.pdf (Consultado el 10/12/2003).
- Cohen E, Franco R. 1993. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes (123 pp.).
- Colegio Medico de Chile. 2003. *Reforma de Salud. Proyecto País. Propuestas del Colegio Médico*. Santiago de Chile: Colegio Médico de Chile.
- Cominetti R. 1994. *Ajuste fiscal y gasto social*. *Revista de la CEPAL*; (54):47-60.
- Cook JR. 2002. *Human rights relating to women's reproductive health: implications for health sector reform*. Disponible en: http://www.fordfound.org/publications/recent_articles/docs/globalization/thinkpieces.pdf (Consultado el 10/02/2004).
- Corrêa S, Ávila M. 2003. *Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros*. En: Berquó E. org. *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, SP: Editora da Unicamp.
- Corrêa S, Piola SF, Arilha M. 1998. *Reproductive health in policy and practice: Brazil*. Washington, D.C: Population Reference Bureau.
- Corrêa S, Piola SF. 2003. *Área Técnica de Saúde da Mulher: Balanço 1998-2002. Aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Relatório de trabalho*. Brasília D.F. (Mimeo).
- Cortes SMV. 1998. *Conselhos Municipais de Saúde: avaliações otimistas e pessimistas*. *Ciência & Saúde Coletiva*; 3(1):33-35.
- Costa A M. 1999. *Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil*. En: Giffin K, Hawker S, Costa, orgs. *Questões de saúde reprodutiva no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

- Cottingham J, Myntti C. 2002. Reproductive health: Conceptual mapping and evidence. En: Sen G, George A, Östlin P. Eds. *Engendering international health: The challenge of equity*. Londres: Massachusetts Institute of Technology.
- Dachs J, Bambas A, Casas J. 2003. Determinantes sociais e econômicos de desigualdades em saúde na América Latina e no Brasil. Documento de apoyo para el VII Congreso Latino Americano de Ciências Sociais e Saúde; 2003 octubre 19-23; Angra dos Reis, Brasil: 29. (Mimeo).
- Defensoría de los Habitantes de la República. 2004. Informe de Labores 2003-2004, San José, Costa Rica.
- Deschner A, Cohen S. 2003. Contraceptive use is key to reducing abortion worldwide. *The Alan Guttmacher Public Policy Report*; 6(4):7-10.
- Diario el Peruano 2002. Entrevista al Ministro de Salud del Perú, Sr. Carbone Campoverde, donde explica las metas para el año 2002. Lima, 02/04/2002. Disponible en: www.editoraperu.com.pe/edc/02/04/02. (Consultado el 03/02/04).
- Echeverri López E. 2002. La salud en Colombia: abriendo el siglo y la brecha de las inequidades. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*; 3(3):76-94.
- El Mercurio de Ecuador. 2003. Cifras de maternidad gratuita. Artículo publicado el 23 de Noviembre de 2003. Disponible en: www.elmercurio.ec. (Consultado el 30/01/04).
- Elson D, Evers B. 1998. Sector programme support: The health sector, a gender aware analysis, Manchester: University of Manchester, Genecon Unit.
- EOHCS/WHO (European Observatory on Health Care Systems, World Health Organization). 1999. *Health care systems in transition - United Kingdom*, Copenhagen: EOHCS/WHO.
- Evers B, Juárez M. 2003. Understanding the links: Globalization, health sector reform, gender and reproductive health. Disponible en: http://www.fordfound.org/publications/recent_articles/docs/globalization/thinkpieces.pdf (Consultado el 10/02/2004).
- Faúndes A, Osís MJD, Souza MH, Melo MB. 2002. Avaliação da estratégia de distribuição de métodos anticoncepcionais no Brasil pelo Ministério da Saúde. Relatório final. Campinas: CEMICAMP. (Mimeo).
- Filgueiras, C. H., 1997. Bienestar, ciudadanía, y vulnerabilidad en Latinoamérica. In: *Globalización, Ciudadanía y Política Social en América Latina: Tensiones y Contradicciones* (A. P. Baltodano, org.), pp. 123-147, Caracas: Nueva Sociedad. Findling L, Arruñada M, Klimovsky E. 2002. Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*; 18(4): 1077-1086.
- Fiori JL. 1995a. O Vão da Coruja - Uma leitura não liberal da crise do Estado desenvolvimentista. Rio de Janeiro: Editora da UERJ.
- Fiori JL. 1995b. Em busca do dissenso perdido - Ensaio crítico sobre a festejada crise do Estado. Rio de Janeiro: Insight.
- Fiori JL. 2001. Brasil no espaço. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
- FIORI, J. L., 1993. Sobre a crise contemporânea: Uma nota perplexa. *Síntese - Nova Fase*, 20:387-402.
- FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 2002. Población, pobreza y oportunidades. Informe anual. Estado de la Población Mundial 2002. FNUAP.
- Frenk J. 1994. Dimensions of health systems reform health policy; 27: 19-34.
- Fuentes-Bolaños C. 2003. Contexto social, económico y político de las reformas: visión de Costa Rica. En: evaluación de las reformas. Informe sobre la seguridad social en América 2003. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México, DF: Editor, Antonio Ruezga.
- Giffin K, Costa SH. Orgs. 1999. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Gobierno de Bolivia. 2003. Política Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.sns.gov.bo/polien lasa.htm> (Consultado el 15 Diciembre, 2003).
- Gómez EG. 2002a. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Pan Am J Public Health*; 11(5/6): 327-335.
- Gómez EG. 2002b. Equidad de género en las políticas de reforma del sector de la salud de América Latina y el Caribe. *Pan Am J Public Health*; 11(5/6): 435-439.
- Gómez EG. 2002c. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Pan Am J Public Health*; 11(5/6): 454- 462.
- Goulart F A de A. 2001. Esculpiendo o SUS a golpes de portaria - considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência & Saúde Coletiva*; 6(2): 292-298.
- Government of Belize. 1997. From girls to women. Growing up healthy in Belize. Ministry of Health and Sports, Ministry of Human Resources, Women's Affairs and Youth Development, National Women's Commission: 100. Belize: Ministry of Health.
- Guimarães L. 2001. Modalidades de descentralización en el sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo. En: Programa de Políticas Públicas y Salud de la División de Salud y Desarrollo Humano, OPS. Washington, D.C: OPS.
- Gwatkin D, Rutstein KJ, Pande R. 1999. Fact sheets on health, nutrition, population, and poverty. A tabulation of demographic and health survey data. Washington DC: World Bank.
- Hanson K. 1999. Measuring up gender, burden of disease and priority setting techniques in the health sector. Working Paper Series No. 99. Cambridge: Harvard Center for Population and Development Studies: 12. Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/HUpapers/gender/hanson.html>
- Hardee K, Smith J. 2000. Implementing reproductive health services in an era of health sector reform. POLICY Occasional Papers #4, Washington, DC: Futures Group. Disponible en: <http://www.policyproject.com/pubs/occasional/op-04.pdf>
- Herrero F, Durán F. 2001. El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica. Serie Financiamiento del Desarrollo n°109. CEPAL: Santiago de Chile.
- Hoeven R, Van Der, Stewart F. 1993. Social development during periods of structural adjustment in Latin America. International Labour Office - Occasional Paper 18. (Mimeo).
- Homedes N, Ugalde A. 2002. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. En: *Gaceta Sanitaria*; n°16 (1):54-62.
- IARC (International Agency for Research on Cancer), WHO (World Health Organization)/GLOBOCAN. 2000. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0 (J. Ferlay, F. Bray, P. Pisani and D.M. Parkin). Disponible en: www.dep.iarc.fr-globocan-globocan.html (Consultado el 15/fevereiro/2004).
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) 2004. Pesquisa Mensal de Emprego, PME, Brasil. Rio de Janeiro:IBGE. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br> (Consultado el 4/04/2004).
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). 2003. Síntese de Indicadores Sociais 2002. Rio de Janeiro, Brasil: IBGEs.
- INCA (Instituto Nacional do Câncer) 2003. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA. Disponible en: <http://www.inca.gov.br> (Consultado el 19/02/2004).
- INCA (Instituto Nacional do Câncer). 2002. Estimativas sobre incidência e mortalidade por câncer no Brasil-2002, *Rev Bras de Cancerologia* ; 48(2): 175-179.
- INE (Instituto Nacional de Estadística). 2004. Empleo (noviembre 2003 - enero 2004). Rio de Janeiro:INE. Disponible en: www.ine.cl
- Informe Sombra. 2003. Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Costa Rica. Instituto de Salud del Estado de México (ISPM). 2003. El Seguro Popular. Disponible en: www.isea.gob.mx/seguropo.htm (Consultado el 30/01/2004).
- Izazola L J, Valladares R. 2003. Financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA, lecciones aprendidas en América Latina y el Caribe. Serie de Informes Técnicos del Departamento de Desarrollo Sostenible, Washington DC: Banco Mundial: 22.
- Jagdeo T. 1993. Girl talk. Perspectives on adolescent pregnancy among young women in Belize. Belize Family Life Association Production. (Mimeo).
- Jannotti C B. 2002. Reflexividade, sexualidade e reprodução: processos políticos no Brasil e no Chile. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Propgrama de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia.

- Jaramillo I, Olano G, Yepes F. 1998. Ley 100 - cuatro años de implementación. Informes Técnicos 2, Bogotá: ASSALUD/Fundación Corona/Fundación FES/Fescol/GTZ: 64.
- Jaramillo I. 1999. El futuro de la salud en Colombia. Cuarta Edición. Ley 100 de 1993, cinco años después. Bogotá: FESCOL/FES/F. R. B./Fundación Corona.
- Jaramillo I. 2002. Modernización de la administración pública en Latinoamérica: evaluación de los cambios recientes en el manejo de los ministerios y las agencias reguladoras - El caso de Colombia: descentralización del Ministerio de Salud y reforma a la seguridad social en salud. Bogotá, DC. (Mimeo).
- Jemio L C. 1999. Reformas, políticas sociales y equidad en Bolivia. Serie Reformas Económicas, No 38. LC/L.1274. Santiago de Chile: CEPAL Disponible en: www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloEconomico. (Consultado el 15/02/2004).
- KAUFMAN, R. (1995), "The Politics of State Reform: A Review of the Theoretical Approaches (mimeo, 33 pp.).
- Keijzer B. 2003. Los hombres ante la salud sexual y reproductiva: una relación contradictoria. En: Bronfman M, Denman C, orgs. Salud reproductiva - temas y debates. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Kligerman J. 2002. Editorial. Estimativas sobre incidência e mortalidade por câncer no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia; 48(2): 175-79.
- Labra M E. 2000a. Política e medicina social no Chile. Narrativas sobre uma relação difícil. História, Ciência, Saúde; 7(1): 23-46.
- Labra M E. 2000b. Padrões de formulação de políticas de saúde no Chile no século XX. DADOS-Revista de Ciências Sociais; vol. 43(1): 153-182.
- Labra M E. 2001. Processo decisório e Conselhos de Saúde. Balanço a partir da produção acadêmica 1996-2001 (Mimeo).
- Labra M E. 1995. As políticas de saúde no Chile: entre a razão e a força. 1a ed. En: Buss P M, Labra M E, org. Sistemas de saúde: continuidades e mudancas - Argentina, Brasil, Chile, Espanha, EUA, México e Quebec. Rio de Janeiro: Hucitec/Ed.FIOCRUZ 103-152..
- Lago T G. 2003. La participación ciudadana en la toma de decisiones en salud de la mujer en Brasil. Estudio de Caso elaborado para y presentado en el Curso Adaptándose al Cambio: Reforma del Sector Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, FUNSALUD, Population Council, Oaxaca; 2003 agosto; México DF, México. (Mimeo).
- Lakshminarayanan R. 2003. Annotated bibliography: Gender and health sector reform, Nueva York: International Women's Health Coalition. Disponible en: <http://www.iwhc.org/index.cfm?fuseaction=page&pageDevID=744> (Consultado el 08 de enero de 2004).
- Langer A, Nigenda G, Catinom J. 2000. Reforma del sector sanitario y salud reproductiva en América Latina y el Caribe: fortalecer los vínculos. Bulletin of the World Health Organization; 78 (5): 667-676.
- Langer A, Nigenda G. 2000. Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y oportunidades. 1ra.ed. Population Council. Relatório Técnico da Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Mexico DC: Population Council/Instituto Nacional de Salud 88.
- Lenz A. *et al.* Eds. 1999. FONASA: ¿una reforma en marcha? Santiago de Chile: National Health Fund.
- Lesbaupin I. 2000. Poder local x exclusão social - a experiência das prefeituras democráticas no Brasil. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Levcovitz E, Lima L D, Machado C V. 2001. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência e Saúde Coletiva 6(2): 269-291.
- Liguori A L. 2003. Las mujeres frente al SIDA: avances en la investigación y dilemas éticos. En: Bronfman M, Denman C, orgs. Salud Reproductiva - temas y debates. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Londoño J L. 1996. Estructurando pluralismo en los servicios de salud. La experiencia colombiana. Revista de Análisis Económico; 11: 37-60.
- Lubben M, Mayhew S H, Collins C, Green A. 2002. Reproductive health and health sector reform in developing countries: Establishing a framework for dialogue. Bulletin of the World Health Organization; 80(8): 667-674. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/pdf/2002/bul-8-E-2002/bu1060.pdf>.
- Lungo M. 1999. Política social y pobreza urbana en El Salvador y Costa Rica: dos trayectorias diferentes. En: Políticas sociales para los pobres en América Latina. Schteingart M (coord.). México, DF: Porrúa.
- Lush L, Cleland J, Walt G, Mayhew S. 1999. Integrating reproductive health: Myth and ideology. Bulletin of the World Health Organization; vol. 77(9): 771-777. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/pdf/issue9/bu0042.pdf>
- MacLean, H., Labonte, R., Glynn, K., Sicchia, S.R., Brovaird, V., Globalization, Gender and Health, Canadian Institutes for Health Research, International Conference 2003: Impact of Global Issues on Women and Children, Bangkok, Tailândia, fevereiro de 2003. Disponible en: <http://www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce132-15-p.pdf> (Consultado el 21/12/2003)
- Málaga H. *et al.* 2000. Equidad y reforma en salud en Colombia. Revista de Salud Pública 2(3):28-37.
- Martínez J, Mesa-Lago C. 2003. Las reforma inconclusas: pensiones y salud en Costa Rica -avances, problemas- recomendaciones. San José, Costa Rica: Fundación Friedrich Ebert.
- Mattos R. 2001. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. En: Pinheiro R, Mattos R, orgs. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABNRASCO: 39-64.
- Medici A. 2003. Salud sexual y reproductiva y reformas de salud en América Latina y el Caribe: lecciones aprendidas. Representante del BID, ponencia presentada en el Diálogo Nacional sobre Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Reforma del Sector Salud; 2003 agosto 21-22; Santiago de Chile.
- Melo M C, Costa N C. 1994. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. Revista Planejamento e Políticas Públicas. IPEA; (11): 49-108.
- Merrick T. 2000. Delivering reproductive health services in health reform settings: Challenges and opportunities, adapting to change learning Program on Population, Reproductive Health and Health Sector Reform. Washington DC: The World Bank.
- Merrick T. 2002. Short-changing reproductive health. Reproductive Health Matters; (20): 135-137.
- MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación). 2001a. Indicadores Económicos y Sociales 1990-2000. Santiago de Chile.MIDEPLAN.
- MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación). 2001b. Análisis de la VIII Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional - CASEN 2000. Documento N.º1. Situación de la Mujer en Chile. Santiago de Chile. MIDEPLAN.
- MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación). 2001c. Análisis de la VIII Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional - CASEN 2000. Documento N.3. Focalización e Impacto Distributivo de los Subsidios Monetarios. Santiago de Chile: MIDEPLAN.
- MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación). 2001d. Análisis de la VIII Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional - CASEN 2000. Documento N.5. Situación de la Atención de Salud. Santiago de Chile. Santiago de Chile:MIDEPLAN.
- MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación). 2003. InfoPaís (Sitio www.mideplan.cl).
- Ministério da Saúde Brasil. 1984. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Brasília. Centro de Documentação, Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde Brasil. 2003. Projeto Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS. Disponible en: www.aids.gov.br/cebrap/relatorio_pesquisa_cebrap.htm (Consultado el 24/11/2003).
- Ministerio de Salud de Bolivia. 2003. Política Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.sns.gov.bo/polinas.htm> (Consultado el 10/12/2003).
- Ministerio de Salud del Perú. 2001. Respuesta social a los problemas de salud. Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú. Disponible en: www.oge.sld.pe/Asis.pdf (Consultado el 04/02/04).
- Ministerio de Salud del Perú. 2002. Lineamiento de Política Sectorial para

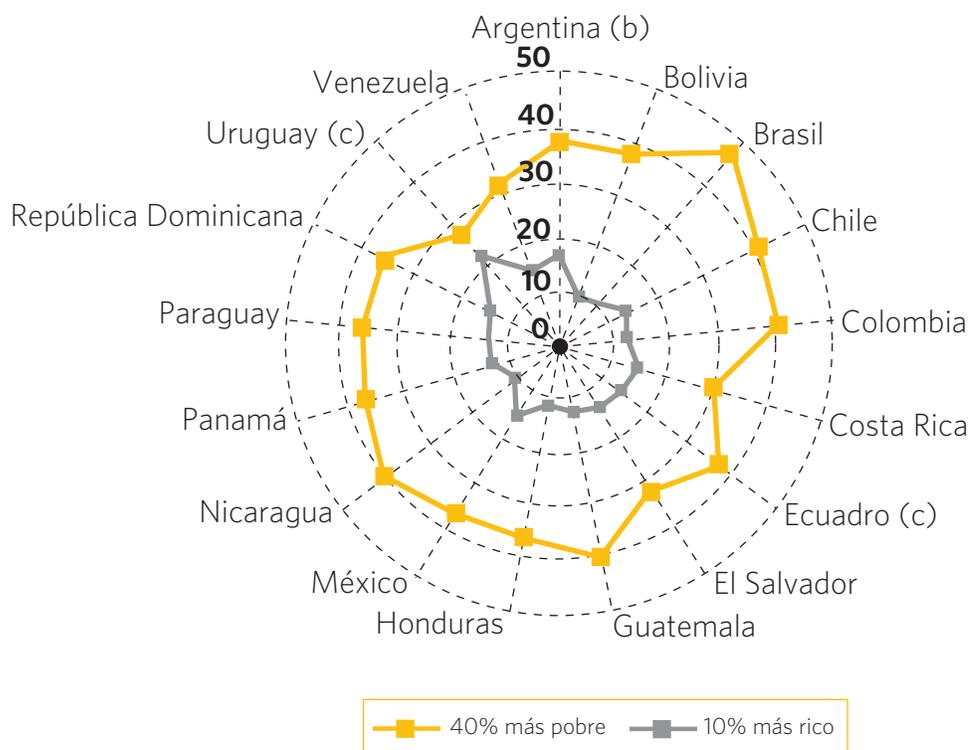
- el Período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio, agosto 2001- julio 2006. Disponible en: www.minsa.gov.pe. (Consultado el 12/02/2004)
- Ministerio de Salud del Perú. 2003. Salud para todos, Boletín Oficial del Ministerio de Salud del Perú. Año I No 1. Disponible en: www.minsa.gov.pe/ocom/boletin (Consultado el 03/02/04).
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2002. Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en Ecuador. Disponible en: www.msp.gov.ec (Consultado el 28/01/04).
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2003. Tendencias en el desarrollo de Políticas. Disponible en: www.msp.gov.ec (Consultado el 26/01/04).
- Ministerio de Salud. Chile. 2003. Estadísticas Vitales. Disponible en: www.minsal.cl
- Ministerio de Salud. Chile. 2001b. Reforma del Sistema de Salud. Santiago de Chile: MINSAL.
- Ministerio de Salud. Chile. 2002a. Indicadores Básicos de Salud - 2001. Santiago de Chile. MINSAL.
- Ministerio de Salud. Chile. 2004. Modelo de Atención Primaria. Disponible en: www.minsal.cl
- Ministerio de Salud/DEIS. Chile. 2003b. Atenciones del Programa de la Mujer. Disponible en: www.deis/minsal.cl
- Miranda-Gutiérrez G. 1997. La reforma del sistema de salud en Costa Rica. Ponencia presentada en II Reunión Internacional de Expertos en Seguridad Social, Ciudad de México: CEDESS, CIESS.
- Miranda-Gutiérrez G. 2003. La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica. Tercera edición, corregida, mejorada y aumentada. Costa Rica: Agora.
- Mooney G, Jan S. 1997. Vertical equity: Weighting outcomes or establishing procedures? *Health Policy*; (1): 79-87.
- Morales A. y Sojo C. 1998. Concertación insostenible: Estado y organismos no gubernamentales en la política costarricense de desarrollo sostenible. En: Organizaciones civiles y políticas públicas en México y Centroamérica. Méndez J L. México, DF: Porrúa.
- MSCR (Ministerio de Salud Costa Rica). 1997 b. Dirección de Servicios Médicos, Informe de la Comisión Interinstitucional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivo.
- MSCR (Ministerio de Salud de Costa Rica). 1997 a. Cuatro años después. Informe Anual 1997, Costa Rica.
- Musgrove P. 1996. Public and private roles in health: Theory and financing patterns. Discussion Paper No. 339. Washington: World Bank.
- Nanda P. 2003. Rhetoric and reality of health reforms: Implications for reproductive health and rights. Disponible en: http://www.fordfound.org/publications/recent_articles/docs/globalization/RHAG1.rtf (Consultado el 10/01/2004).
- Navarro F. 1999. Plan de Salud FONASA para sus beneficiarios. En: Ministerio de Salud, FONASA y OPS, FONASA: Una Reforma en Marcha? : 110-120.
- Navarro Falla, R. 2003. Desconcentración administrativa y personalidad jurídica instrumental. La reforma de la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica, mimeo.
- Ocampo J A. 2002. CEPAL. Globalización y desarrollo. Santiago de Chile: CEPAL: 396. Disponible en: <http://www.incae.ac.cr/biblioteca/ncadqui/ncset2002adq.shtml> (Consultado el 8/1/2004).
- OECD. 1987. "Financing and delivering health care - a Comparative Analysis of the OECD Countries", *Social Policy Studies*, N.4.
- OIT (Organização Internacional do Trabalho). 2003. Tendencias mundiales de empleo. Disponible en: www.desigualdade.com.br (Consultado el 03/octubre/2003).
- ONU (Organización de las Naciones Unidas). 2000. Violencia contra las mujeres. Sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Mujer 2000: Igualdad entre los sexos, desarrollo y Paz en el siglo XXI; 2000 junio 9-10. Washington DC:ONU.
- ONUSIDA. 2003. Introducción. Situación de la epidemia de SIDA, diciembre de 2003. Disponible en: www.unaids.org/wad/2003/Epiupdate2003_sp/Epi03_03_sp.htm (Consultado el 26/11/2003).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), 1995. *Gasto Nacional y Financiamiento del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa*. Washington, DC: OPS/Organización Mundial de la Salud.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 1998. Health in the Americas. Vol II: 77-88.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 1998. La salud del adolescente y el joven. En: La Salud en las Américas. Publicación Científica No. Washington DC: OPS/OMS.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 1998. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Washington DC: OPS/OMS.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 1999. 18ª Sesión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Disponible en: www.paho.org/spanish/gov/ce/mesd/msd18_fr.pdf. (Consultado el 02/02/04).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2001. Programa de Organización y Gestión de los Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Belice. 1ª Edición 28 de mayo de 2001, 2ª Edición 14 de enero de 2001. Washington DC: OPS.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2001a. Perfil del Sistema de Salud del Ecuador. Disponible en: www.paho.org (Consultado el 28/02/04).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2001a. Perfil del Sistema de Salud del Ecuador. Disponible en: www.paho.org (Consultado el 28/02/04).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2001b. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Bolivia. Disponible en: www.paho.org (Consultado el 28/02/04).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2001b. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Bolivia. Disponible en: www.paho.org (consultado el 28/02/04).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2001c. Perfil del Sistema de Servicios de Salud del Perú. Disponible en: www.paho.org (Consultado el 28/02/04).
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2002. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Costa Rica. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistema y Servicios de Salud, 2ª edición.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2003. Género, salud y desarrollo en las Américas. Unidad de Género y Salud, Washington DC: OPS.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud)/CEPAL (Comisión Económica para América Latina). 1994. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Washington DC:OPS.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud)/PRB (Population Reference Bureau). 2003. Encuestas de Demografía y Salud (1997/2000). Washington DC: OPS/PRB.
- Osís M J M. 1998. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*; 14(Suplemento1): 25-32.
- Oyarzo C. 2002. El impacto integral de la reforma de salud: los proyectos de ley de establecimiento de un sistema de garantía de derechos de autoridad sanitaria y gestión hospitalaria. *Salud y Futuro - Año 1 N° 12*. Publicación on-Line de 18/12/2002. Disponible en: <http://www.saludfuturo.cl/> (Consultado el 26 de abril de 2004).
- PAHO (Panamerican Health Organization)/WHO (World Health Organization). Government of Belize Integrated model of care for family violence. State and civil society response. The Belize Experience. 1998-2002: 20. Washington DC:PAHO.
- Parkin D M, Bray F I, Devesa S S, eds. 2001. Cancer burden in the year 2000. The global picture. *European Journal of Cáncer*; 37: S4-S66.
- Parkin D M. 1991. Screening for cervix cancer in developing countries. En: Miller A B, Chamberlain J, Hakama M, Prorok P C, eds. *Cancer screening*. Cambridge: UICC: 184-198.
- Pêgo R A, Almeida C M. 2002. Ámbito y papel de los especialistas en las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. Working Paper, Notre Dame, Indiana; 299(1): 01-85.
- Pêgo R A, Almeida C M. 2002. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los caos de Brasil y México. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4): 971-989.

- PHR (Partnerships for Health Reform). 1998. Latinamerican and Caribbean health sector reform initiative (LACHSR). Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador. Documento No 9. Disponible en: <http://www.americas.health-sector-reform.org/spanish/clhmonpr.htm> (Consultado el 20/02/04).
- Pinheiro R S, Viacava F, Travassos C, Brito A S. 2002. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*; 7(4): 687-708.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2001. Informe sobre Desarrollo Humano de Ecuador: 2001. Disponible en: www.undp.org.ec/ldh2001/informe.pdf (Consultado el 12/02/2004).
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2003. Human Development Report. Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponible en: <http://www.undp.org.br/default1.asp?par=1> (Consultado el 13/03/2004).
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2003. Informe sobre Desarrollo Humano 2003. Washington DC:PNUD.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2003. El Diálogo Argentino promueve la creación de un Seguro Materno Infantil. Disponible en: <http://www.undp.org.ar/boletines/Marzo/Notas/Nota1.htm> (Consultado el 06/12/2003).
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2003. Desafíos. Boletín Informativo del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, N° 2, Marzo 2003.
- Population Council. 1998. The implications of health sector reform for reproductive health and rights: Report of a Meeting of the Working Group on Reproductive Health and Family Planning. The Working Group on Reproductive Health and Family Planning. Center for Health and Gender Equity, Bethesda/The Population Council, Nueva York. Disponible en: <http://www.genderhealth.org/pubs/HSRreport.pdf> (Consultado el 08/09/2003).
- Poullier, J-P. (1990), "El Afán por la Eficiencia". *ICE-Informacion Comercial Española/Revista de Economía - Reformas Sanitarias Actuales*, N.681-682:7-26, Madrid: Mayo-junio.
- Prado A, Ponchman M. 1997. Desigualdades de rendimientos: fatos e versões. Folha de São Paulo, 2º Caderno, Opinião Econômica, 14 de diciembre.
- PRB (Population Reference Bureau). 2002. Cuadro de la población mundial del Population reference Bureau, datos y cálculos demograficos sobre países y regiones del mundo, Washington DC: PRB.
- Proyecto Reforma Sector Salud. 1993. República de Costa Rica. Unidad Preparatoria de Proyectos, San José, Costa Rica.
- Proyecto Reforma Sector Salud. 1993. República de Costa Rica. Unidad Preparatoria de Proyectos, San José, Costa Rica.
- REDESAÚDE - Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. 2002. Cartilha Controle Social, uma questão de cidadania (1ª edição, 1999 e 2ª edição, 2000). Rio de Janeiro; REDESAÚDE.
- Restrepo H. 1993. Cancer epidemiology and control in women in Latin America and the Caribbean. En: Gómez E, ed. Gender, women, and health in the Americas. Washington, DC: PAHO, Scientific Publication No. 541: 90-103.
- Rico B, Feinholz D, Río A. 2003. Salud reproductiva y políticas públicas. En: Bronfman M, Denman C, orgs. Salud reproductiva - temas y debates. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Robles S C, White P, Peruga A. 2002. Trends in cervical cancer mortality in the Americas. *Bulletin of Panamerican Health Organization*; 30: 290-301.
- Rocha M I B, Andalaft-Neto J. 2003. A questão do aborto: aspectos clínicos, legislativos e políticos. En: Berquó E, org. Sexo y vida - panorama da saúde reprodutiva no Brasil. São Paulo: UNICAMP: 257-301.
- Rodríguez G. 2003. La participación de ONGs y organizaciones comunitarias en la salud reproductiva. En: Bronfman M, Denman C, eds. Salud reproductiva: temas y debates. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Roses M. 2003. Desigualdades ocultas: género y reforma del sector salud. *Le Monde Diplomatique*; No 43, enero de 2003. Disponible en: http://www.eldiplo.org/resumen.php3?numero=43&resumen=43/R_13_29
- Santos W G. 1998. A trágica condição da política social. En: Abranches S, dos Santos W G, Coimbra M A. Política social e combate á pobreza. Rio de Janeiro: Zahar J, ed: 33-64.
- Schiappacasse V, Vidal P, Casas L, Dides C, Díaz S. 2003. Chile: situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Santiago de Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER)/Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS). (Mimeo).
- Schieber, G. & Maeda, A, 1999. Health care financing and delivery in developing countries. *Health Affairs*, 18:193-205.
- Sen G, George A, Östlin P. 2002. Engendering health equity: A review of research and policy. Harvard Center for population and development Studies, Working Paper Series, February; 12(2): 33.
- Sen G. 1996. Gender, markets and states: A selective review and research agenda. *World Development*; 24(5): 821-829.
- SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer), 2002a. Habla la gente: situación de las mujeres en el mundo laboral. Documento de Trabajo N° 77. Santiago de Chile: SERNAM.
- SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer). 2000. Plan de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres 2000-2010. Santiago de Chile: SERNAM.
- SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer). 2002b. Detección y análisis de prevalencia de la violencia intrafamiliar en Chile. Documento de Trabajo. Santiago de Chile: SERNAM/Centro de Políticas Públicas, Universidad de Chile.
- Shrader E. 2000. Methodologies to measure the gender dimensions of crime and violence. Gender Unit, Poverty Reduction and Economic Management, Latin America and Caribbean Region, Washington DC: The World Bank: 39.
- Sojo A. (s/año). La garantía de prestaciones en América latina y el Caribe a inicios del milenio: su sentido de equidad en los cuasimercados de salud. Santiago de Chile: CEPAL. (Mimeo).
- Sojo A. 1998. Hacia unas nuevas reglas del juego: los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa. Serie Políticas Sociales No. 27. Santiago de Chile: CEPAL.
- Sojo A. 2000. Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Serie Políticas Sociales No. 39, Santiago de Chile: CEPAL.
- Sojo A. 2001. Reformas de gestión en salud en América Latina. *Revista de la CEPAL*; 74: 139-157.
- Sojo A. 2003. Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. *Revista de la Cepal*; 80: 121-140.
- Standing H. 1997. Gender and equity in health sector reform programmes: A review. *Health Policy and Planning*; 12(1): 1-18.
- Standing H. 1999. Frameworks for understanding health sector reform: An analysis and review of policy issues. Harvard Center for Population and Development Studies. Working Paper Series No. 99.6. This paper has been prepared under the Global Health Equity Initiative Project on Gender and Health Equity based at the Harvard Center for Population and Development Studies. Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/grhf> (Consultado el 16/09/2003).
- Standing H. 2002. An overview of changing agendas in health sector reforms. *Reproductive Health Matters*; 10(20): 19-28
- Standing H. 2002. Towards equitable financing strategies for reproductive health. *IDS Working Paper No. 153*. Brighton, United Kingdom: Institute of Development Studies.
- Titelman D, Uthoff A. 2003. Incertidumbre económica, seguros sociales, solidaridad y responsabilidad fiscal. Unidad de Estudios Especiales, Secretaría Ejecutiva, Serie Financiamiento del Desarrollo No. 134. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: www.unclima.org.pe/Alertas/Nov2.htm (Consultado el 15/12/2003).
- Travassos, C.. 1992. *Equity in the use of private hospitals contracted by a compulsory insurance scheme in the city of Rio de Janeiro, Brazil, in 1986*. PhD Thesis, The London School of Economics and Political Science, Department of Public Administration, London, 1992.
- Travassos, C.; Viacava, F., Fernandes, C. & Almeida, C. (2000), Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil (Geographical and Social Inequalities in health service utilization in Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva* 4(3):133-150.

- UNAIDS, Belize National Aids Commission. 2002. Disponible en: <http://www.blz.paho.org/aids.htm> (Consultado el 16/12/2003).
- UNAIDS/UNICEF/PAHO/WHO. 2002. Belize. Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually Transmitted Infections. Update 2002. Washington DC: UNAIDS/UNICEF/PAHO/WHO.
- UNDP (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 2003. El Diálogo Argentino promueve la creación de un Seguro Materno Infantil. Disponible en: <http://www.undp.org.ar/boletines/Marzo/Notas/Nota1.htm> (Consultado el 10/12/2003).
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 1997. El derecho a optar: derechos de procreación y salud de la reproducción. Mexico DC: UNFPA.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 2003. Estado de la población mundial. Disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/1997/spanish/sresumen.htm> (Consultado el 13/03/2003).
- UNFPA. (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 2000. Estado de la población mundial. Salud reproductiva y derechos reproductivos. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/GonzalezBibliography.pdf> (Consultado el 13/09/2003).
- UNFPA. (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 2002. Reproductive health essentials - securing the supply global strategy for reproductive health commodity security. Disponible en: <http://www.developmentgateway.org/node> (Consultado el 13/04/2004).
- UNFPA. (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 2003. Country profiles for population and reproductive health: Policy developments and indicators. Population Reference Bureau: 9.
- UNFPA. (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 1999. Estado de la población mundial. Capítulo 3. Salud reproductiva y derechos reproductivos. Copyright Nescape Communications Corporation. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/GonzalezBibliography.pdf> (Consultado el 13/09/2003).
- UNICEF (Programa de las Naciones Unidas para la Infancia). 2002. Estadísticas para América Latina y el Caribe. Disponible en: http://www.unicef.org/espanol/sri_2000/paises/belize.html
- UNICEF (Programa de las Naciones Unidas para la Infancia). 2002. Informe Anual de UNICEF 2002. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/index_3684.html (Consultado el 23/03/2004).
- UNICEF (Programa de las Naciones Unidas para la Infancia). 2003. Informe Anual de UNICEF 2003. Disponible en: www.unicef.org/spanish/publications/index_7918.html (Consultado el 25/03/2004).
- UNICRI. 1995. Criminal victimisation in the developing world. Disponible en: www.unicri.it/icvs/publications/pdf_files/No61/c02_61.PDF (Consultado el 23/12/2003).
- Urriola R. 2004. Financiamiento y equidad en salud: el seguro público Chileno. Santiago de Chile: (mimeo).
- Valla V V. 1998. Comentários a Conselhos de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência & Saúde Coletiva*; 3(1): 32-32.
- Veja J, Bedregal P, Jadue L, Delgado I. 2001. Equidad de género en el acceso y financiamiento de la atención de salud en Chile. Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.puc.cl/equidadchile/genero.pdf> (Consultado el 21/09/2003).
- Vieira E M, Ford N J. 1996. Regret after female sterilization among low income women in São Paulo, Brazil. *International Family Planning Perspectives*. Nueva York; 22(1): 32-37.
- Vieira E M. 2003. Políticas públicas e contracepção no Brasil. En: Berquó E. *Sexo y vida: panorama de saúde reprodutiva no Brasil*. 1a. ed. Campinas: Editora da Unicamp: 151-196.
- Vieira W, Arilha M. 2003. Sexualidade, género e direitos sexuais y reproductivos. En: Berquó E, org. *Sexo y vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, SP: Editora da Unicamp.
- Villamizar Y P, Arango L G, Prieto P, Camargo M C. 2002. Diagnóstico participativo para la identificación de recomendaciones y estrategias sobre salud sexual y reproductiva com perspectiva de género. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/Centro de Estudios Sociales/Escuela de Estudios de Género. (Mimeo).
- Vlassof C, Garcia-Moreno C. 2002. Placing gender at the centre of health programming: Challenges and limitations. *Social Science & Medicine*; vol. 54(11): 1713-1723.
- Volochko A. 2003. A mensuração da mortalidade materna no Brasil. En: Berquó E, org. *Sexo y vida - panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. São Paulo: UNICAMP: 229-256.
- Walt G. 1994. Health policy. An introduction to process and power. Johannesburg, Nueva Jersey, Londres: Witwatersrand University Press.
- Waters H. 2000. Measuring equity in access to health care. *Social Science and Medicine*; 51: 500-612.
- Whitehead M. 1992. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*; 22(3): 429-445.
- WHO (World Health Organization) 1996. Equity in health and health care: A WHO/SIDA Initiative. Ginebra: WHO.
- WHO (World Health Organization). 1978. Declaration of Alma Ata. Ginebra: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2001. Las oportunidades y los riesgos para la región de América Latina y el Caribe en un mundo globalizado. Disponible en: <http://www.who.int/reproductive-health/index.htm> (Consultado el 08/12/2003).
- WHO (World Health Organization). 2001a. Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Commission on Macroeconomics and Health—Final Report. Ginebra: WHO.
- WHO (World Health Organization). 2001b. Gender and equity in health sector reform: A review of the literature. Relatoría preparada por Onyango C (Consultora de PAHO/WHO). Ginebra:WHO 42.
- WHO (World Health Organization). 2002. Belize. Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections. Update 2002. Ginebra: WHO.
- WHO (World Health Organization). 2002. World Health Report 2000. Ginebra: WHO.
- WHO (World Health Organization). 2003. International digest of health legislation. Disponible en: www.who.int/idhl/531mex01007 (consultado el 05/02/04).
- WHO (World Health Organization). 2004. World Development Report 2004: Making services work for poor people. Disponible en: <http://econ.worldbank.org/wdr/wdr2004> (Consultado el 14/02/2004).
- Wisner B. 1988. GOBI versus PHC? Some dangers of selective primary health care. *Society of Social Medicine*; 26(9): 963-969.
- World Bank. 1993 b. Implementing the bank's strategy to reduce poverty. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. 1993a. Poverty and Income Distribution in Latin America: The Story of the 1980s. Washington, DC: Technical Department Latin America and the Caribbean Region Regional Office, World Bank.
- World Bank. 1993c. World Development Report: Investing in Health. Washington, DC: World Bank.

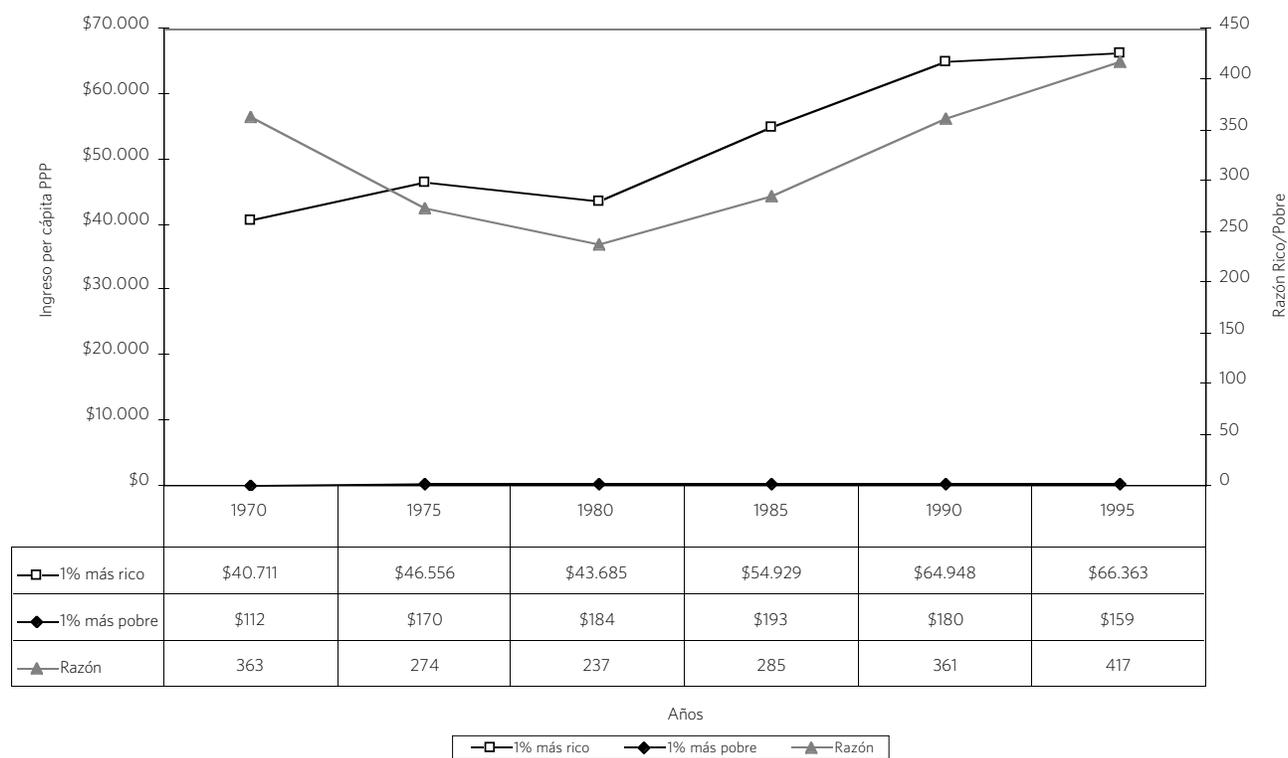
Anexo 1

Figura 1. América Latina y el Caribe (17 países): participación en el ingreso total del 40% de los hogares más pobres y del 10% más ricos 1990-1999^(a)



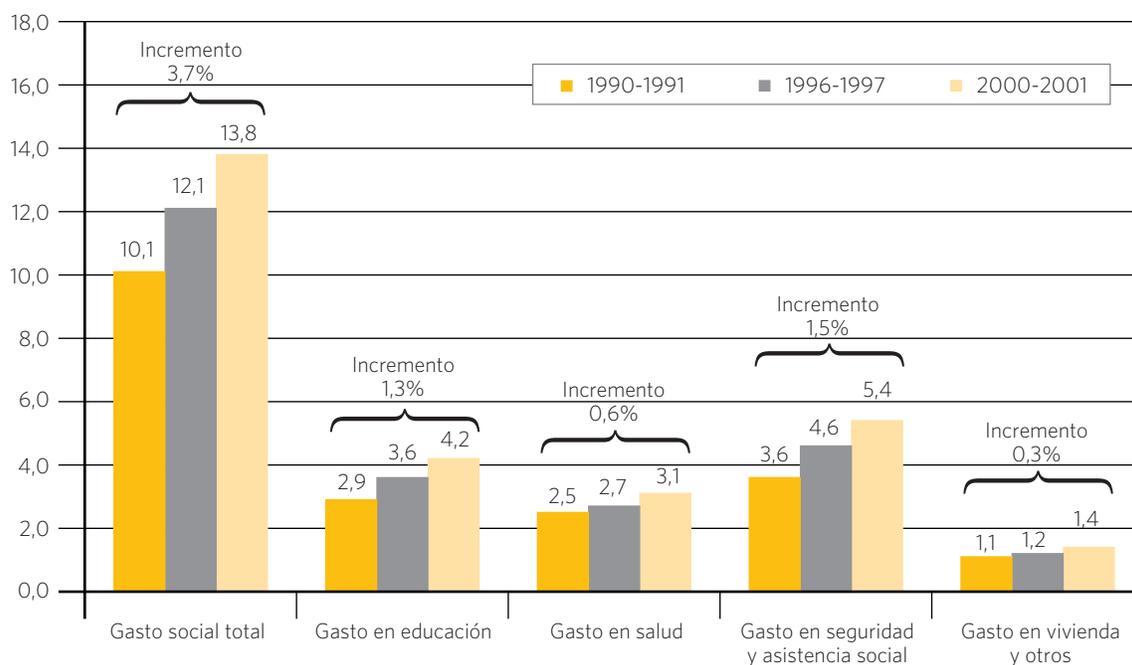
Fuente: CEPAL, *Panorama Social de América Latina, 2000-2001*, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países (Cuadro II.1, p.69).
(a) Hogares del conjunto del país ordenados según su ingreso per cápita.
(b) Gran Buenos Aires.
(c) Total Urbano.

Figura 2. Polarización creciente del ingreso en América Latina y el Caribe, 1970-1995



Fuente: Londoño & Székely, 1997.

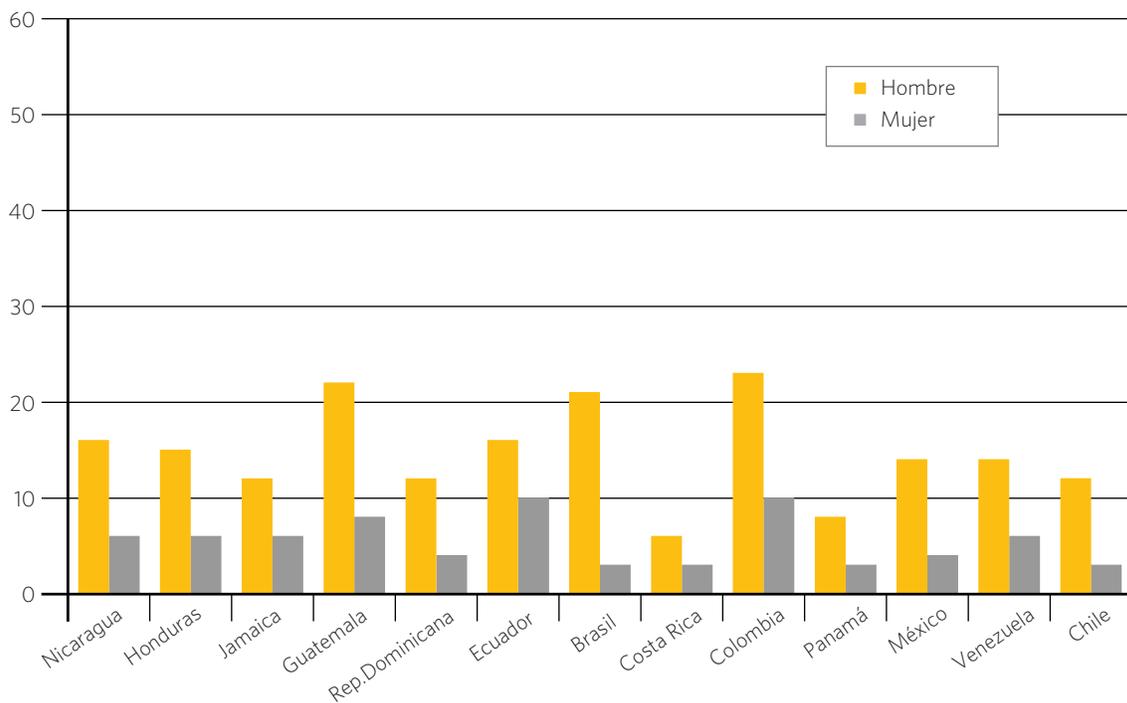
Figura 3. Evolución del gasto social por sectores como fracción del Producto Interno Bruto (PIB)^(a)



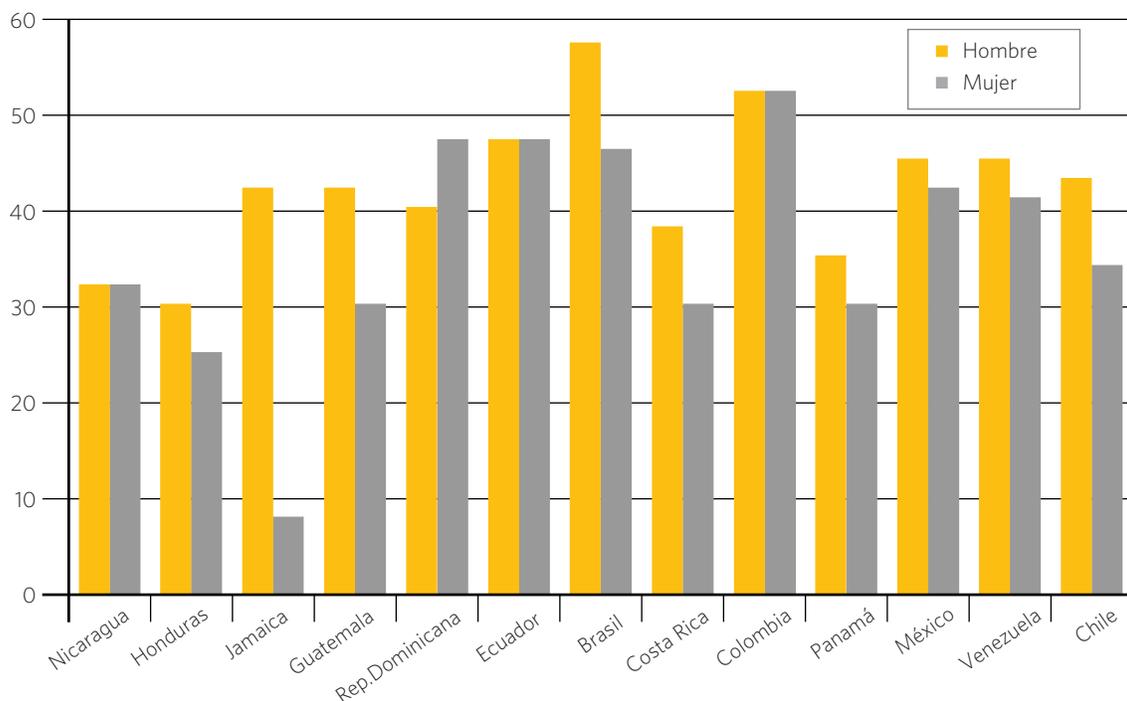
Fuente: CEPAL, División de Desarrollo Social, base de datos sobre gasto social.
 (a) Corresponde al promedio simple de 16 países, excluidos Bolivia y El Salvador.

Figura 4. Probabilidad de morir (por 100 habitantes) para hombres y mujeres, entre 15 y 59 años de edad

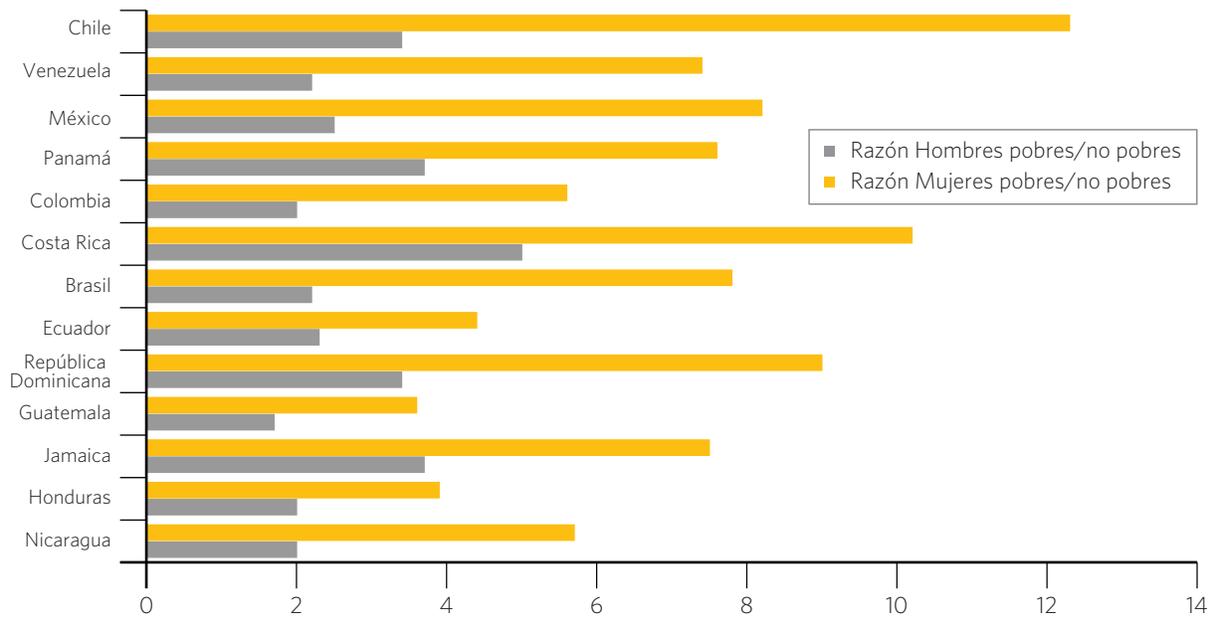
A- No Pobres



B- Pobres



C - Razón entre pobres/no pobres



Fuente: Preparado por HDW/HDPP/OPS con datos de la OMS, *The World Health Report 1999*.

Tabla 1 - Indicadores de América Latina y el Caribe - 1950-2002

Indicador	1950	1960	1970	1980	1990	1999	2002
Población (Millones) H = Hombres M = Mujeres	165 ^(a)	210	275	360,3	432,4	509,2	531 M total - 270 H/100 M - 102
Tasa media de crecimiento poblacional anual (%)	-	2,9	2,6	2,3	2,0	1,7	1,7
Tasa de fecundidad total (total de nacidos por mujer)	5,9	6,0	5,0	3,9	3,4	2,7 (1998)	27
Población urbana (%)	42	50	61,1 (1975) ^a	65	-	75	75
Población por grupos de edad (%)							
0-14 años	40	42	42	40	38,2	31,4	31,5
15-64 años	-	-	-	55,8	-	62,6	63,0
65+ años	-	-	-	6,0	-	6,0	5,5
Población económicamente activa (PEA) (Total millones)	-	-	-	130	-	219	221,56 ^(d)
Crecimiento medio anual de la PEA (%)	-	-	-	-	3,0 (1980-90)	2,5 (1990-99)	3,3 (1990-2001)
Mujeres en la PEA (%)	-	-	-	28	35	41 ^(b)	45 ^(c) (2000)
Niños de 10-14 años en la fuerza de trabajo (% del grupo de edad)	-	-	-	-	13	9	16,5
Esperanza de vida al nacer (años de vida)	52 ^(a)	57,1	61,2	65,4	66 ^(b)	69 ^(b) H- 66 M- 72	71 ^(c) H-68 M-74
Mortalidad infantil (Por 1000 nacidos vivos)	-	-	-	61	48 ^(b)	31	30
Mortalidad entre menores de 5 años (Por 1000)	-	-	125 ^(a)	78	-	32 ^(a)	34
Prevalencia desnutrición infantil (% de niños < 5 años)	-	-	-	-	-	8 (1992-98)	9
Acceso a agua potable (% da población)	-	-	-	73 (1982)	-	75 (1995)	8,6 (1999)
Acceso a saneamiento (% de la población)	-	-	-	46 (1982)	-	68 (1995)	77 (2000)
IDH	-	-	-	-	-	0,760	0,777
Tasa de analfabetos adultos (% > 15 años)	-	-	-	-	-	12 H-11 M-13	11,5 H-11 M-12

Fuente: 1950-1970: Frenk et al, 1998; Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial, 2001 y 2003; Indicadores del Desarrollo Humano 2001 y 2003 (PNUD); Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, CEPAL, 2002, abril de 2003 (www.cepal.org en 09/10/2003; CEPAL, 2003b; excepto indicaciones.
(a) Indicadores del Desarrollo Humano 2001, PNUD. (b) Ocampo et al (2001). (c) PRB, 2002. (d) RICYT, (2002).

Tabla 2 - Indicadores del gasto nacional en salud (GNS): OECD y América Latina, años 90

Indicadores	Unión Europea			América Latina y el Caribe		
	1990 ⁽¹⁾	1997 ⁽²⁾	1999 ⁽³⁾	1990 ⁽³⁾	1995 ^{(3) (4)}	1999 ⁽³⁾
Gasto nacional en salud % PIB	7,8%	8,5%	9,3%	7,0%	7,5%	7,3%
Público	4,9%	6,6%	-	3,0%	3,3% ⁽⁵⁾	3,4%
Privado	2,9%	1,9%	-	4,0%	4,3%	3,9%
Gasto nacional público en salud (%)⁽⁴⁾						
Total	64,6%	76,2%	74%	43,4%	41,5%	43%
Gobierno central	-	-	-	12,2	15,8	23,0
Gobiernos locales	-	-	-	7,4	8,5	8,0
Seguro social	-	-	-	23,9	17,2	14,0
Gasto nacional privado en salud (%)⁽⁴⁾						
Total	35,4%	23,8%	26%	56,6%	58,5%	57%
Gasto indirecto (seguros/pre-pagos)	-	-	-	-	19,5	18,0
Gasto directo de las familias (out-of-pocket)	-	-	-	-	39,0	39,0
Gasto nacional en salud per cápita (US\$)						
Total	1.620,00	1.771,00	2.063,00	133,00	240,00	498,00
Público	1.010,00			58,00	102,00	214,00
Privado	610,00			75,00	138,00	284,00
% de la población mundial ⁽⁵⁾		14,6 ^(a)	14,0	6,8	8,5%	8,5%
PIB per cápita promedio - PPA US\$ ^{(5) (b)} (en US\$ corrientes) ⁽⁶⁾		27.910	28.130	- (2.982)	- (3.640)	6.880 (3.640)

Fuente: (1) OMS/OPS, 1994. (2) *European Observatory of Health Care Systems*, 2000. (3) Base de datos de la División de Salud y Desarrollo Humano-Programa de Salud y Desarrollo Humano/OPS, 2001, excepto indicaciones. (4) Varias fuentes compiladas por Molina et al (2000:77) (Cuadro 2), citado en la bibliografía. (5) Informe del Desarrollo Humano 2001 (Banco Mundial). (6) www.worldbank.org/selectedcountries (04/11/2001).

(a) 1996. (b) PPA - Paridad de poder adquisitivo (1990-99), calculado por el Banco Mundial, año base 1996 y extrapolaciones para 1999 (Notas sobre las estadísticas en el Informe, pp. 137-144).

Tabla 3 - Tendencia del Gasto nacional en salud (GNS) como % del PIB en América Latina y el Caribe, 1980-2000

GNS/PIB ⁽¹⁾	1980	1985	1990	1995	1998-2000
Público	2,89	2,57	3,02	3,45	3,37
Nacional	1,26	1,16	1,16	1,41	1,52
Local	0,44	0,46	0,57	0,95	0,82
Seguridad social	1,19	0,95	1,29	1,09	1,03
Privado	3,20	3,21	3,99	4,04	3,93
Gastos directo de las familias	3,20	3,17	3,92	2,91	2,85
Seguro privado/Planes	0,02	0,04	0,07	1,13	1,08
Total GNS/PIB	6,09	5,78	7,01	7,49	7,30
PIB per capita medio AI y C ⁽²⁾ (US\$ corrientes)	3.508,4 (1970 - 2.852,4)	3.209	2.982	3.640⁽³⁾	3.680⁽³⁾

Fuente: (1) Elaborado por División de Salud y Desarrollo Humano-Programa de Salud y Desarrollo Humano/OPS, 2001, Base de datos de la DHH-PDH/OPS. (2) Elaboración propia, a partir de datos de De Gregorio & Lee (1999), citado en la bibliografía. (3) Banco Mundial (www.worldbank.org/selectedcountries - 04/11/2001).

Tabla 4 - Principales indicadores del gasto nacional en salud (GNS) en Brasil, Colombia, Chile, Costa Rica y Belice, 1995-2000

INDICADORES DE GASTOS EN SALUD / PAÍSES	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Participación de los gastos totales en salud en el PIB (%)						
Colombia	7,4	8,8	9,3	9,3	9,9	9,6
Brasil	7,2	7,4	7,5	7,5	7,9	8,3
Chile	6,7	6,9	7,2	7,5	7,9	8,3
Costa Rica	6,3	6,2	6,3	6,5	6,4	6,4
Belice	3,8	3,7	4,0	4,3	4,7	4,6
Gastos públicos en salud en relación con otros gastos (%)						
Colombia	17,5	17,7	18,2	17,4	18,1	18,3
Costa Rica	16,2	17,7	17,2	17,1	17,1	18,2
Chile	10,8	10,8	12,1	12,4	11,8	11,9
Brasil	8,3	8,3	9,1	9,0	9,3	8,4
Belice	5,0	5,0	5,4	5,9	5,7	5,5
Gastos per capita en salud (tasa del dólar internacional) (US\$)						
Colombia	260	324	344	329	328	344
Costa Rica	263	254	269	296	320	329
Chile	180	208	242	272	274	297
Brasil	203	203	231	234	243	257
Belice	79	75	89	102	114	124
Participación de los gastos privados en el total del gasto en salud (%)						
Brasil	57,3	59,6	56,5	56,0	57,2	59,2
Chile	64,4	63,3	62,1	60,4	59,2	57,4
Belice	57,8	59,1	57,1	54,1	55,2	54,5
Colombia	42,4	40,8	42,4	45,2	46,3	44,2
Costa Rica	31,6	32,8	33,2	33,5	32,3	31,6
Participación del gasto público en los gastos totales en salud (%)						
Costa Rica	68,4	67,2	66,8	66,5	68,7	68,4
Colombia	57,6	59,2	57,6	54,8	53,7	55,8
Belice	42,2	40,4	42,9	45,9	44,8	45,5
Chile	35,6	36,7	37,9	39,6	40,8	42,6
Brasil	42,7	40,4	43,5	44,0	42,8	40,8
Participación de los gastos con seguros sociales en salud en los gastos públicos (%)						
Costa Rica	93,5	93,3	93,8	94,1	94,0	94,4
Chile	89,2	89,1	82,6	75,7	77,3	71,8
Colombia	39,8	40,7	40,3	38,4	37,0	36,5
Belice	-	-	-	-	-	-
Brasil	-	-	-	-	-	-
Participación de los gastos con pre-pagos de salud en los gastos privados						
Chile	33,8	33,8	33,7	33,8	34,5	40,2
Brasil	32,0	31,4	33,1	33,1	32,9	35,1
Colombia	23,8	31,5	38,9	38,6	38,6	34,4
Costa Rica	8,0	7,7	6,9	6,4	6,9	6,3
Belice	-	-	-	-	-	-
Participación de los gastos directos de bolsillo de las familias en los gastos totales en salud						
Belice	57,8	59,1	57,1	54,1	55,2	54,5
Brasil	39,0	40,9	37,8	37,5	38,3	38,5
Chile	42,7	41,9	41,2	40,0	38,8	34,3
Colombia	32,3	28,0	25,9	27,7	28,4	20,0
Costa Rica	26,6	27,6	28,4	28,9	26,8	27,5
Participación de los recursos externos en los gastos públicos en salud (%)						
Belice	16,8	17,4	15,0	8,7	7,5	6,8
Costa Rica	1,7	1,6	2,8	2,6	2,4	1,8
Chile	1,7	1,5	1,3	1,2	1,3	1,2
Brasil	0,4	0,4	0,8	1,2	1,2	1,0
Colombia	0,2	0,5	0,5	0,5	0,6	0,4

Fuente: Elaboración propia con datos de Giovanni *et al.*, 2003.

Tabla 5 - Porcentaje de reducción de la tasa de fecundidad por países y regiones, según niveles de ingreso en América Latina y el Caribe, 1950-1955 y 1995-2000

Países	1950-55	1995-2000	% de Reducción
América Latina	5,9	4,4	54
Países de ingreso bajo			
Bolivia	6,8	4,4	35
Guatemala	7,1	4,9	31
Haití	6,3	4,4	30
Honduras	7,5	4,3	43
Nicaragua	7,3	4,3	41
Países de ingreso promedio			
Colombia	6,8	2,8	59
Ecuador	6,7	3,1	54
El Salvador	6,5	3,2	51
Paraguay	6,5	4,2	35
Perú	6,9	3,0	57
República Dominicana	7,4	2,9	61
Países de ingreso promedio alto			
Argentina	3,2	2,6	19
Brasil	6,2	2,3	63
Chile	5,0	2,4	52
Costa Rica	6,7	2,8	58
México	6,9	2,8	59
Panamá	5,7	2,6	54
Uruguay	2,7	2,4	11
Venezuela	6,5	3,0	54

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), Proyecto Regional y Población 2000-2003 (2000), apud Médici, 2003.

Tabla 6 - Principales causas de muerte, según magnitud de la tasa de mortalidad materna y oferta de servicios de salud

Cobertura de servicios	Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos / países(*)			
	<20	20-49	50-100	>100
Anticoncepción 70-72% Prenatal 100% Parto 100%	A) 1-Indirectas 2-Pre-Eclamp 3-Infecciones			
Anticoncepción 43-70% Prenatal 90-100% Parto 90-100%		B) 1-Aborto 2-Pre-Eclamp 3-Hemorragia		
Anticoncepción 46-66% Prenatal 67-96% Parto 67-98%%			C) 1-Pre-Eclamp-Ec 2-Hemorragia 3-Aborto	
Anticoncepción 18-56% Prenatal 53-87% Parto 55-89%				D) 1- Hemorragia 2-Pre-Eclamp-Ec 3-Aborto

(*) Países: A) Canadá, EUA, **Costa Rica**, Cuba; B) **Chile**, Uruguay, Argentina, **Brasil**, México; C) Venezuela, Ecuador, Panamá, El Salvador, **Colombia**; C) Guatemala, Paraguay, Jamaica, Nicaragua, Honduras, Perú, Bolivia, Haití.

Fuente: OPS (2003), "La OPS y los Objetivos del Milenio - La CTP como parte integral de la respuesta". Presentado en la XVI Reunión de Directores de Cooperación Internacional, Panamá, 21-23 de julio, 2003.

Tabla 7 - Datos básicos de salud materna en países de América Latina y el Caribe, 1995

Indicadores País	Mortalidad debida a maternidad 2001 (por 100 mil nacidos vivos)	Nacimientos (por 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad)	Prevalencia del uso de anticonceptivos (Mujeres 15-49 años de edad)	
			Todos los métodos (%)	Métodos modernos (%)
América Latina y el Caribe	190	71	69	60
Costa Rica	35	81	75	65
Belice	140	79	47	42
El Salvador	180	87	60	54
Guatemala	270	111	38	31
Honduras	220	103	50	41
México	65	64	67	58
Nicaragua	250	138	60	57
Panamá	100	75	58	54
Argentina	85	61	-	-
Bolivia	550	75	48	25
Brasil	260	71	77	70
Chile	33	44	-	-
Colombia	120	80	77	64
Ecuador	210	66	66	52
Paraguay	170	75	57	48
Perú	240	53	64	41
Uruguay	50	70	-	-
Venezuela	43	95	49	38
Cuba	24	65	70	67
Haití	1.100	64	28	22
Jamaica	120	46	66	63
Puerto Rico	30	63	78	68
Rep. Dominicana	110	93	64	59

Fuente: Elaboración propia con datos de UNFPA, 2001, www.unfpa.org/swp/2001 (consultado 15/02/2004).

Tabla 7a - Algunos datos de salud materna e infantil en cinco países de América Latina y el Caribe, 1995

INDICADORES DE SSR / PAÍSES	Colombia	Brasil	Chile	Costa Rica	Belice
Tasa total de fertilidad (15-49 años de edad)					
Urbana	2,3	2,3	-	0,4	3,9
Rural	3,8	3,5	-	0,4	5,8
Sin educación / Primaria	4,0	5,0	-	0,3	6,0
Nivel de educación alto	1,5	1,5	-	0,3	3,2
Nivel provincial bajo	2,4 (Bogotá)	2,1	-	-	-
Nivel provincial alto	2,8 (Oriental)	3,1	-	-	-
Los más pobres	5,2	4,8	-	-	-
Los más ricos	1,7	1,7	-	-	-
Tasa de fertilidad específica por edad (nacimientos por 1,000 niñas entre 15-19 años)					
Urbana	71,0	78,0	-	-	117,0
Rural	134,0	122,0	-	-	174,0
Los más pobres	180,0	176,0	-	-	-
Los más ricos	24,0	28,0	-	-	-
Adolescentes mujeres con hijos (15-19 años) (%)					
Urbana	16,9	16,6	-	-	-
Rural	26,2	24,2	-	-	-
Sin educación / Primaria	-	54,4	-	-	-
Nivel de educación más alto	3,1	6,4	-	-	-
Nivel provincial bajo	16,7 (Bogotá)	12,7	-	-	-
Nivel provincial alto	23,0 (Pacífica)	23,5	-	-	-
Los más pobres	-	-	-	-	-
Los más ricos	-	-	-	-	-
Cobertura del parto por personal especializado (%)^(a)					
Urbana	94,0	97,9		98,1	92,6
Rural	69,8	94,2		95,2	59,1
Sin educación / Primaria	63,0	92,9		93,9	68,7
Nivel de educación más alto	99,8	100,0		96,9	95,1
Nivel provincial bajo	78,0 (Pacífica)	95,3		-	-
Nivel provincial alto	97,7 (Bogotá)	98,3		-	-
Los más pobres	60,6	71,6		-	-
Los más ricos	98,1	98,6		-	-
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos (%)					
Urbana	66,2	72,9		83,0	49,3
Rural	58,4	61,2		75,0	30,0
Sin educación / Primaria	55,5	56,6		71,0	32,0
Nivel de educación más alto	63,5	76,3		82,0	51,9
Nivel provincial bajo	59,3 (Atlántica)	62,3		-	-
Nivel provincial alto	69,0 (Bogotá)	81,0		-	-
Los más pobres	42,2	55,8		-	-
Los más ricos	65,7	76,8		-	-
Niños menores de cinco años de edad con bajo peso (Grave) (%)					
Urbana	0,6	0,5		-	-
Rural	1,1	0,9		-	-
Sin educación / Primaria	3,4	1,2		-	-
Nivel de educación más alto	0,0	0,0		-	-
Nivel provincial bajo	0,5 (Pacífica)	0,0		-	-
Nivel provincial alto	0,9 (Bogotá)	1,4		-	-
Los más pobres	2,0	1,2		-	-
Los más ricos	0,3	0,3		-	-

Fuente: Elaboración propia con datos seleccionados de UNFPA, 2001, www.unfpa.org/profile (consultado en 15/02/2004).

Tabla 8 - Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que conocen medios anticonceptivos modernos, según grupos de edad y quintiles socioeconómicos. América Latina y el Caribe, países seleccionados, 1995-1998

País, año y quintiles	Grupos de edad (en años)					
	15-17	18-19	20-24	25-29	30 y más	Total
Bolivia, 1997						
Q1	49,1	61,5	61,8	61,9	56,0	57,2
Q5	95,8	94,3	97,6	98,7	99,2	97,9
Total	84,3	88,0	89,5	89,9	85,1	86,7
Brasil, 1996						
Q1	96,5	99,4	98,7	99,7	99,1	98,8
Q5	100,0	100,0	100,0	100,0	99,9	100,0
Total	99,0	99,7	99,5	99,9	100,0	99,6
Colombia, 1995						
Q1	91,0	99,1	99,4	100,0	99,2	98,3
Q5	99,4	99,5	99,7	99,7	99,9	99,8
Total	98,2	99,7	99,8	99,9	99,8	99,6
Guatemala, 1995						
Q1	30,3	48,6	55,2	62,6	58,2	54,1
Q5	89,0	91,4	97,1	94,9	98,7	95,7
Total	64,7	72,6	77,8	83,1	82,5	78,2
Haití, 1995						
Q1	74,2	93,7	95,3	96,8	97,1	93,8
Q5	98,3	100,0	99,7	99,5	100,0	99,6
Total	92,8	98,5	98,5	98,8	98,7	97,8
Nicaragua, 1998						
Q1	80,9	86,7	93,3	93,1	93,4	90,8
Q5	97,2	99,0	99,3	100,0	99,3	99,1
Total	92,4	96,8	97,9	98,5	98,2	97,2
Perú, 1996						
Q1	64,3	80,7	84,8	90,3	83,3	82,4
Q5	96,3	98,8	99,4	99,9	99,8	99,2
Total	90,9	94,8	96,8	97,8	95,8	95,6
Rep. Dominicana, 1996						
Q1	98,5	98,1	98,8	99,5	99,3	99,0
Q5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total	99,3	99,4	99,7	99,9	99,9	99,7

Fuente: CELADE, 2000, Cuadro 5, p.45. Procesamiento de las bases de datos de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS), respectivas en cada país. Q1 = quintil de nivel socioeconómico más bajo; Q5 = quintil de nivel socioeconómico más alto.

Tabla 9 - Porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años de edad (al momento de la encuesta), usuarias de métodos anticonceptivos, según países. Total, unidas y no unidas sexualmente activas. América Latina y el Caribe, países seleccionados, 1987-1998

País/ fecha de la encuesta	Total	Unidas	No unidas sexualmente activas
Belice (1991)	-	26,2	-
Bolivia (1998)	5,1	31,1	63,5
Brasil (1996)	14,8	54,0	65,9
Colombia (1995)	10,9	50,9	67,0
Costa Rica (1990)	2,6	52,0	66,0
República Dominicana (1996)	10,1	35,1	57,7
Ecuador (1988)	3,0	15,3	-
El Salvador (1994)	-	22,5	-
Guatemala (1995)	2,8	12,1	41,7
Guyana (1992)	-	18,1	-
Haití (1995)	3,6	10,5	24,3
Honduras (1996)	-	27,6	-
Jamaica (1993)	29,3	58,8	-
México (1996)	7,7	43,5	-
Nicaragua (1998)	11,3	39,9	23,7
Paraguay (1998)	-	47,1	-
Perú (1996)	7,5	46,0	69,8
Surinam (1992)	-	29,6	-
Trinidad y Tobago (1987)	9,7	42,4	42,9
Venezuela (1998)	10,3	59,6	40,0

Fuente: J. M. Guzmán, R. Hakkert & J. Contreras (2000). En: CELADE, 2000, Cuadro 3, p. 34.
 (-) Dato no disponible.

Tabla 10 - Tasas de mortalidad por causas en jóvenes de 15 a 24 años de edad, América Latina y el Caribe, hacia 1990

Países	Tasas		Total		Enfermedades transmisibles		Neoplasmas		Enfermedades del sistema circulatorio		Causas externas		Otras causas		Enfermedades mal definidas	
	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj	Hom	Muj
Argentina (1992)	119,7	52,3	5,2	4,3	8,3	6,5	10,8	8,0	78,6	19,0	14,3	12,7	2,5	1,8		
Barbados (1994)	117,4	81,8	4,3	0,0	13,0	18,2	8,7	0,0	69,6	18,2	21,7	40,9	0,0	4,5		
Belice (1989)	110,5	47,4	21,1	5,3	5,3	5,3	15,8	0,0	31,6	10,5	36,8	21,1	0,0	5,3		
Brasil (1992)	190,5	59,9	9,6	6,5	5,7	4,2	7,1	6,0	137,2	20,1	17,8	15,6	13,2	7,5		
Colombia (1994)	341,2	67,9	6,2	4,7	6,7	5,7	5,9	5,1	306,0	33,1	11,3	15,0	5,1	4,2		
Costa Rica (1995)	107,6	42,2	2,4	2,2	10,0	8,7	3,8	2,8	75,8	15,5	13,6	12,1	2,1	0,9		
Cuba (1995)	131,0	70,1	4,9	2,9	8,3	6,2	6,5	3,0	91,7	37,6	19,1	19,9	0,7	0,7		
Chile (1994)	115,2	36,2	3,3	3,1	7,6	5,2	3,4	2,2	88,8	15,0	10,8	9,9	1,3	0,8		
Ecuador (1995)	178,3	89,8	13,4	14,3	6,9	6,2	11,5	8,5	110,3	26,3	20,0	21,4	16,1	13,1		
Guyana (1994)	148,1	100,0	17,3	11,0	3,7	2,4	14,8	4,9	76,5	34,1	34,6	45,1	1,2	2,4		
Jamaica (1985)	83,3	51,3	5,8	3,8	5,4	5,7	7,8	7,7	32,3	4,2	17,9	24,1	14,0	5,7		
México (1994)	142,4	54,4	6,9	5,9	8,3	6,0	5,3	4,6	117,3	16,7	3,5	20,4	1,2	0,8		
Panamá (1989)	135,0	56,1	5,7	5,8	4,4	3,3	4,0	4,9	102,3	19,8	13,7	20,2	4,9	2,1		
Paraguay (1994)	99,3	50,2	5,8	4,8	4,9	4,1	3,3	3,0	72,5	17,3	8,9	16,1	3,8	4,8		
Perú (1989)	117,4	83,1	19,7	17,8	5,1	4,6	7,7	4,7	47,3	15,0	13,4	17,4	24,2	23,5		
Trinidad y Tobago (1994)	122,0	83,9	5,9	2,6	7,6	8,7	0,8	9,6	77,1	27,1	28,8	34,1	1,7	1,7		
Uruguay (1990)	104,6	51,6	1,6	3,7	7,7	5,0	6,5	4,5	75,4	23,5	10,1	12,8	3,2	2,1		
Venezuela (1994)	251,4	65,0	7,6	7,1	8,7	6,6	7,5	5,2	208,9	25,3	17,5	20,2	1,1	0,7		

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Estadísticas de Salud en las Américas, Publicación Científica, nº 556, Washington, D.C., 1995, CELADE, "América Latina: Población por años calendario y edades simples, período 1995-2005", Boletín Demográfico, año 30, nº 60 (LC/DEM/G.170), Santiago de Chile, julio de 1997 y "América Latina: Proyecciones de población, 1970-2050". Boletín Demográfico, año 31, nº 62 (LC/DEM/G.180), Santiago de Chile, julio de 1998.

Tabla 11 - Estadísticas y características regionales del VIH/SIDA, final de 2003^(a)

Región	Adultos y niños que viven con el VIH/SIDA	Adultos y niños recién infectados por el VIH	Prevalencia entre adultos (%) ^(b)	Defunciones de adultos y niños por causa del SIDA
África Subsahariana	25.0 - 28.2 millones	3.0 - 3.4 millones	7.5 - 8.5	2.2 - 2.4 millones
África del Norte y Oriente Medio	470.000 - 730.000	43.000 - 67.000	0.2 - 0.4	35.000 - 50.000
Asia Meridional y Sudoriental	4.6 - 8.2 millones	610.000 - 1.1 millones	0.4 - 0.8	330.000 - 590.000
Asia Oriental y Pacífico	700.000-1.3 millones	150.000-270.000	0.1 - 0.1	32.000 - 58.000
América Latina	1.3 - 1.9 millones	120.000 - 180.000	0.5 - 0.7	49.000 - 70.000
Caribe	350.000 - 590.000	45.000 - 80.000	1.0 - 3.1	30.000 - 50.000
Europa Oriental y Asia Central	1.2 - 1.8 millones	180.000 - 280.000	0.5 - 0.9	23.000-37.000
Europa Occidental	520.000 - 680.000	30.000 - 40.000	0.3-0.3	2.600 - 3.400
América del Norte	790.000-1.2 millones	36.000 - 54.000	0.5 - 0.7	12.000 - 18.000
Australia y Nueva Zelandia	12.000 - 18.000	700 - 1.000	0.1 - 0.1	<100
TOTAL	40 millones (34 - 46 millones)	5 millones (4.2 - 5.8 millones)	1.1% (0.9-1.3%)	3 millones (2.5 - 3.5 millones)

Fuente: ONUSIDA, 2003, Introducción, p. 2.

(a) Los márgenes de variaciones de las estimaciones presentadas en esta tabla definen los límites dentro de los que se encuentran las cifras reales, y se basan en la mejor información disponible. Esos márgenes son más precisos que los de años anteriores, y se está trabajando para aumentar más aún la precisión de las estimaciones que se darán a conocer a mediados de 2004.

(b) La proporción de adultos (15 a 49 años de edad) que viven con el VIH/SIDA en 2003, basándose en las cifras demográficas de 2003.

Anexo 2. Esquema analítico

Matriz de políticas y prácticas

RSS: Elementos de la agenda de reforma y su traducción en el diseño de los sistemas	Acceso y uso equitativo de los servicios de SSR	Integralidad de la atención (integración de programas)	Enfoque multisectorial	Empoderamiento de la comunidad (participación y control social)
<i>Separación entre financiamiento y provisión:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de mercados regulados. • Contractualizado 				
<i>Descentralizado:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Desconcentrado • Devolución • Autonomía delegada • Privatización 				
<i>Financiamiento:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Público por impuestos generales • Público por contribuciones sociales • Co-pagos • Seguros privados de salud • Pago de bolsillo 				
<i>Alteración del mix de servicios público/ privado:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la presencia del sector privado (privatización de la propiedad pública, contratos, desfinanciamiento público etcétera). • Exención de impuestos o descuentos del impuesto de renta. • Subsidios al sector privado 				
<i>Aumento de la capacidad regulatoria en los diferentes niveles de gobierno.</i>				

Fuente: ONUSIDA, 2003, Introducción, p. 2.

(a) Los márgenes de variaciones de las estimaciones presentadas en esta tabla definen los límites dentro de los que se encuentran las cifras reales, y se basan en la mejor información disponible. Esos márgenes son más precisos que los de años anteriores, y se está trabajando para aumentar más aún la precisión de las estimaciones que se darán a conocer a mediados de 2004.

(b) La proporción de adultos (15 a 49 años de edad) que viven con el VIH/SIDA en 2003, basándose en las cifras demográficas de 2003.



United Nations Population Fund
220 East 42nd Street
New York, NY 10017

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe