

Publicación Ocasional No. 3

género

# El género y la reforma del sector salud

*Hilary Standing*

equidad

salud



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Harvard Center for  
Population and  
Development Studies

Emitido originalmente como el documento "Frameworks for Understanding Gender Inequalities and Health Sector Reform: An Analysis and Review of Policy Issues" (No. 99.06) de la Serie de Working Papers del Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health (June 1999).

© Harvard Center for Population and Development Studies, 2000

Los trabajos que componen esta serie sobre "Género y Equidad en la Salud" proceden de dos talleres celebrados en el Center for Population and Development Studies de la Universidad de Harvard en 1997 y 1998, respectivamente. Ambos fueron organizados como parte de la Iniciativa Global para la Equidad en la Salud, un proyecto integrado, financiado en parte por la Fundación Rockefeller y por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Suecia. La Iniciativa Global para la Equidad en la Salud es un proyecto interdisciplinario que combina el trabajo conceptual sobre equidad en la salud con estudios de caso-país.

Algunos de los trabajos que integran esta serie se publicarán en inglés en un volumen editado por Gita Sen, Pirooska Ostlin y Asha George.

## CONTENIDO

Prólogo .....	v
¿Qué significa la reforma del sector salud? .....	1
<b>El género y la salud en el contexto de los programas de ajuste estructural</b> .....	2
Implicaciones significativas .....	5
Implicaciones conceptuales .....	6
<b>La Iniciativa Bamako</b> .....	7
Aspectos relacionados con el género .....	8
<b>La reforma del sector salud</b> .....	9
Aspectos de la RSS relacionados con el género .....	10
<b>Enfoques sectoriales amplios</b> .....	13
Aspectos relacionados con el género .....	14
<b>Consideraciones conceptuales, metodológicas y de evidencia</b> .....	15
Algunos problemas conceptuales .....	15
Problemas de la evidencia .....	17
Problemas metodológicos .....	18
<b>Desarrollo de un marco conceptual/político para el género y la reforma del sector salud</b> .....	19
Incorporación transversal de consideraciones de género en la política y la planificación de salud .....	19
<b>Desarrollo de marcos contextuales/situacionales para el género y la política sanitaria</b> .....	21
<b>Conclusión</b> .....	25
<b>Referencias</b> .....	27

## PRÓLOGO

El debate internacional y el análisis empírico de las relaciones recíprocas entre equidad y salud se han concentrado fundamentalmente en la dimensión económica de la desigualdad. De manera similar, la principal preocupación en torno al impacto de las reformas del sector salud en relación con la equidad ha sido determinar los efectos de dichas reformas sobre los segmentos pobres de la población. Sin embargo, el complejo problema de la inequidad no se agota en la dimensión económica. Otros elementos importantes de desigualdad y de exclusión social requieren ser integrados tanto en el análisis de situación como en la formulación y evaluación del impacto de tales políticas.

El género es una de las dimensiones importantes y ubicuas de la inequidad. Con demasiada frecuencia, investigadores y planificadores pasan por alto el hecho de que la biología no es el único factor que establece diferenciales por sexo en materia de riesgos y necesidades en salud. La segmentación de la sociedad en ámbitos de acción “masculinos” y “femeninos” marca asimismo diferencias sustantivas entre los hombres y las mujeres, no solo en materia de riesgos y necesidades, sino también en cuanto a oportunidades, recursos y contribuciones para la salud.

Este libro constituye un valioso aporte al debate de las implicaciones y el impacto de las reformas sectoriales iniciadas en los años noventa. Ofrece, por un lado, una caracterización sintética de las principales corrientes de pensamiento en torno a la cuestión de género, frente a las políticas de ajuste estructural de los años ochenta y a las reformas recientes del sector. Por otro lado, proporciona un conjunto de elementos conceptuales para avanzar en el análisis sobre equidad y políticas, integrando la dimensión de género.

George A. O. Alleyne  
Director

## **¿QUÉ SIGNIFICA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD?**

La reforma del sector salud (RSS) es un blanco móvil. Como señaló Kutzin (1995), en muchos países el sector salud se ha visto sometido a cambios constantes. Sin embargo, en su sentido más reciente, ha pasado a asociarse a un conjunto concreto de prescripciones políticas centradas en las reformas institucionales y financieras (véase más adelante). En las regiones en las que la influencia de los donantes es especialmente fuerte, como ocurre en el África Subsahariana, donde los donantes son los que soportan la mayor parte del gasto recurrente del sector salud, la mayoría de los países tienen programas de RSS activos.

La experiencia internacional demuestra claramente que el concepto de reforma del sector salud tiene significados muy distintos en los diversos contextos nacionales y regionales. Muchas de las pautas rectoras políticas y financieras son las mismas, pero las opciones de reforma adoptadas varían entre los países e incluso entre regiones. Por ejemplo, la RSS tiene un “sabor” muy diferente en las Américas que en el África Subsahariana, lo que en parte refleja las condiciones objetivamente distintas de ambos continentes y en parte depende del grado de control de la RSS ejercido por los donantes. Significa también que las consideraciones relacionadas con la equidad de género no son las mismas en todas partes.

Por ejemplo, la RSS en las Américas se centra sobre todo en dos tipos de cambio institucional: descentralización y reforma de los sistemas de seguridad social. Ambas se desarrollan en el contexto de estados relativamente fuertes. También la sociedad civil es fuerte y existe una base para negociar la participación ciudadana, incluidos los poderosos grupos de defensa de la mujer, que desarrollan actividades relacionadas con la salud en muchos de estos países.

Por otra parte, en el África Subsahariana las reformas se llevan a cabo en un trasfondo de crisis grave de los presupuestos del sector salud, una débil capacidad estatal para administrar y regular dicho sector de una forma sostenible y equitativa, y con una participación de la sociedad civil limitada. Las reformas insisten mucho en los distintos mecanismos de financiación y en la mejoría de la administración de los recursos humanos.

La RSS está imbricada también en los cambios macroeconómicos y políticos más amplios ocurridos en los dos últimos decenios. A su vez, este aspecto influye en la forma en que los temas de género se relacionan con las reformas del sector salud. Gran parte de la cantidad, relativamente pequeña, del trabajo políticamente relevante sobre el género que se relaciona

directamente con la política sanitaria internacional, se centra no en el sector salud propiamente dicho, sino en las consecuencias que los ajustes estructurales tienen sobre la salud y el bienestar de la mujer y sobre las inequidades de género. Por tanto, la discusión comienza con la cronología de las reformas del sector salud o de políticas que lo afectan en algún modo. Como se verá, la configuración de las consideraciones relacionadas con el género varía según los diferentes momentos cronológicos. Como toda cronología, esta no está muy matizada, pero permite rastrear algunos debates importantes en relación con el género y la salud.

## **EL GÉNERO Y LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LOS PROGRAMAS DE AJUSTE ESTRUCTURAL**

En el campo de las reformas sanitarias, los analistas del género han prestado gran atención a los programas de ajuste estructural (PAE) (véase, p. ej., Afshar y Dennis 1992), lo que quizá no resulte sorprendente: el paquete de medidas cuya aplicación se exige a los gobiernos nacionales incluye aspectos de importante restricción de la demanda. Uno de los objetivos de las políticas de ajuste consiste en reducir el gasto público. En el sector

### **Cronología de las reformas institucionales y financieras**

<b>Políticas para el sector salud o que influyen en él</b>	<b>Clima macroeconómico/político</b>	<b>Puntos de articulación institucional</b>
Programas de ajuste estructural (PAE) – desde los primeros años del decenio de 1980 en adelante	Crisis económica, respuestas neoliberales, “fracasos del Estado”	FMI/Banco Mundial
Iniciativa Bamako (IB) – 1987	Crisis del gasto en el sector salud, necesidad de proteger a los más vulnerables	UNICEF/OMS/ministros de salud africanos
Reforma del sector salud (RSS) – últimos años del decenio de 1980/primeros del de 1990	Reforma del sector público y gobernabilidad, agenda de eficiencia/efectividad, control del gasto gubernamental	Banco Mundial – Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993/Reformas sanitarias de los Estados Unidos y el Reino Unido
Enfoques sectoriales amplios (ESA) – 1997	Donantes en “asociación” con gobiernos nacionales definen prioridades dentro de un marco macroeconómico/institucional sólido	OMS/bilaterales europeos/Banco Mundial (programas de inversión sectorial)

público, los pagos reales se han mantenido bajos o se han recortado y los subsidios destinados, por ejemplo, a bienes esenciales como los alimentos, se han reducido o eliminado. Por tanto, gran parte de la crítica del ajuste estructural se centra en su impacto sobre el sector social, muy dependiente de la financiación pública.

Los analistas del género se muestran especialmente críticos con los programas de ajuste estructural, señalándolos como una causa del deterioro de los sectores salud y educación de los países que los ejecutan. Según Stewart, en alrededor de dos terceras partes de los países del África Subsahariana y de América Latina se produjeron caídas significativas del gasto real per cápita de estos sectores a principios de los años ochenta (1992: 27). Por ejemplo, se afirma que el gasto en salud real de Jamaica descendió 20% entre 1980 y 1985 y 22% en Zambia, entre 1982 y 1986 (Stewart 1992). Estos recortes, atribuibles directamente a los PAE, afectaron sobre todo a los gastos periódicos no salariales y a los gastos de capital. Como la mayor parte del presupuesto sanitario (hasta 80%) se destina a los salarios, de ello se deduce que los servicios, el mantenimiento, el equipamiento y las instalaciones fueron los más dañados.

Se dice que estos recortes afectan especialmente a las mujeres por dos motivos distintos. En primer lugar, las mujeres son las reproductoras biológicas. Cualquier deterioro de la provisión de servicios de salud reproductiva influye en ellas de manera desproporcionada. En segundo lugar, la mujer es la que lleva el peso de las tareas de reproducción social: cuidado de los niños y familiares y manejo de la atención de cualquier miembro enfermo de la familia. Las reducciones de gastos del sector salud tienen un efecto devastador en la economía de asistencia informal administrada por las mujeres.

Se trata de un debate complejo que llevó a ortodoxias bien defendidas pero opuestas. Parte del problema radica en cómo asignar causas y efectos a la crisis general que afectó a muchos países en desarrollo a principios de los años ochenta, sobre todo en el África Subsahariana. Aunque los analistas del género en conjunto consideran que la responsabilidad de los PAE fue directa, otros sugieren que existían problemas más profundos. Por ejemplo, los economistas del Banco Mundial van der Gaag y Barham (1998) argumentan que la causa de la crisis del sector social fueron más los efectos de políticas económicas no sostenibles que los propios PAE. Estas políticas incluían niveles elevados de endeudamiento, con las consiguientes cargas asociadas al pago de los intereses de la deuda, y tasas elevadas de

gasto público destinadas a material militar y al mantenimiento de empresas estatales con pérdidas. Defienden los PAE ante sus críticos, arguyendo que las pruebas demuestran que el gasto real per cápita del sector social no disminuyó durante los mismos.

Los argumentos de ambos bandos adolecen de graves problemas metodológicos que es necesario desentrañar. Un problema especial es el de la medición. Por ejemplo, para apoyar sus argumentos, van der Gaag y Barham usaron datos muy agregados, sobre todo del nivel nacional. Las feministas y los analistas del género prefieren usar la “experiencia de terreno” proporcionada por los usuarios y los proveedores de los servicios en el extremo bajo de los servicios en declive. Además, aunque en los países que aplicaron ajustes podría no haber caído el gasto real per cápita, en muchos tampoco se elevó, lo que significa que no se tuvieron en cuenta el aumento de las necesidades, el deterioro de la infraestructura existente ni la naturaleza relativamente fija de los costos en estos sectores. Asimismo, como antes se señaló, la mayor parte del gasto del sector salud se destina a los salarios, lo que significa que cualquier aumento del presupuesto salarial total provocará una contracción de todos los demás costos. Efectivamente, la conclusión es que el gasto del sector social descendió.

Menos dudosa es la gravedad de la crisis del sector salud en muchos países de ingreso bajo. Los servicios de salud se encuentran a menudo en un estado crónico de falta de reparación y los equipos esenciales faltan o se deterioran. Con frecuencia, la calidad de los servicios es mala y muchos servicios carecen del personal necesario. Los usuarios terminan progresivamente por acudir a un mercado no regulado de proveedores con escasa o no comprobada competencia. Los costos de la atención de salud, especialmente para los pobres, son muy altos.

La grave crisis del sector salud hizo surgir dos importantes líneas de crítica convergentes y una preocupación política relativa al tema de equidad de género y salud en el contexto del ajuste estructural. La primera de estas críticas se centra en el impacto adverso que los recortes del gasto público, especialmente los del sector social, tienen en las mujeres (y también en los niños) (p. ej., Stewart 1992; Whiteford 1993; Vlassoff 1994). En segundo lugar, los economistas feministas llamaron la atención sobre las adversas consecuencias políticas de los sesgos conceptuales ocultos en las teorías económicas que sostienen el ajuste estructural: aunque presentadas como neutrales en cuanto al género, en realidad son ciegas al género, puesto que no consideran el trabajo no remunerado, llevado a cabo fundamentalmente



por las mujeres (p. ej., Elson 1992; Palmer 1992). Como señaló Sen (1996), la crisis económica y la progresiva interconexión de las economías mundiales (“globalización”) están produciendo un nuevo modelo de relaciones entre mercados, estados y familias. Este fenómeno tiene profundas implicaciones en las relaciones de género, tanto en la creación como en la transformación de las divisiones del trabajo y en la relación entre las esferas de actividad, integradas o no en el mercado.

### **Implicaciones significativas**

Los comentarios sobre los efectos que los PAE ejercen en los resultados finales de salud tratan tanto de los efectos directos sobre las mujeres como de los efectos indirectos. En lo que se refiere a los primeros, la atención se dirige sobre todo a los efectos (hipotéticos) de la imposición de tarifas al usuario por la atención de salud y al deterioro de la calidad de los servicios tras los recortes presupuestarios del sector salud. Los ejemplos mejor documentados son los relacionados con la asistencia materna. En diversas naciones parece haberse producido un aumento de la tasa de partos domiciliarios y un mayor retraso en la búsqueda de atención, con el consiguiente empeoramiento de los resultados finales tanto para las madres como para los recién nacidos (p. ej., Kutzin 1995; Ekwempu et al. 1990; Stewart 1992).

Se ha descrito una amplia variedad de probables efectos indirectos para la salud de las mujeres y los niños. La caída de los ingresos reales de las familias pobres, ligada a los PAE, puede afectar de manera desproporcionada a las mujeres, ya que a menudo estas se concentran en los percentiles más pobres de la población. La desaparición de los subsidios alimentarios (por ejemplo, en Zambia se duplicó el precio del alimento básico, el maíz) pudo afectar especialmente a la ingesta nutricional de las familias urbanas pobres (Stewart 1992).

Los efectos sanitarios asociados al aumento de la pobreza en la economía en período de ajuste pueden consistir en incrementos de la incidencia de enfermedades transmisibles, aumento de las tasas de mortalidad infantil y de niños, y mayor proporción de recién nacidos de peso bajo (Antrobus, citado en Whiteford 1993). Whiteford (1993), en su estudio de los efectos que la crisis económica de la República Dominicana produjo en la salud de las mujeres y los niños, señaló que, si bien no causó un aumento evidente de la mortalidad a gran escala, sí invirtió la tendencia previa a la

mejoría de la salud, puesta de manifiesto por indicadores tales como la tasa de mortalidad materna o la tasa de mortalidad infantil.

Otro impacto importante de los PAE en relación con el género es su efecto en la carga de trabajo de las mujeres, dependiente a su vez de la disminución del apoyo al sector social. En general, las mujeres son las principales cuidadoras domiciliarias y productoras informales de atención de salud. La reducción de, por ejemplo, la duración de la hospitalización subvencionada o los programas que evitan dicha hospitalización, junto con la promoción del autotratamiento con preferencia a los tratamientos aplicados por los trabajadores en el sector salud, tienden a imponer un mayor costo de tiempo y trabajo a la mujer (p. ej., Leslie 1992).

### **Implicaciones conceptuales**

Una de las críticas más importantes de los economistas feministas a los PAE radica en el sesgo conceptual omnipresente en el lenguaje y en las herramientas de la economía. Elson (1992) señaló la forma en que los economistas ortodoxos ignoran la división sexual del trabajo, el trabajo doméstico no remunerado de las mujeres y las relaciones entre el trabajo remunerado y el no remunerado. Esta autora llamó la atención sobre dos áreas con grandes repercusiones políticas. En primer lugar, las mujeres son importantes productoras de alimentos en los países subsaharianos, por lo que la no consideración de las transacciones que deben hacer las mujeres productoras entre los sectores del mercado y los ajenos a él, tiene importantes implicaciones en las políticas que pretenden promover una mayor producción destinada al mercado. Por ejemplo, en un estudio de Evans y Young (citado por Elson 1992) se recoge cómo una mujer de Zambia explicaba haber perdido por completo la estación de la siembra porque tuvo que acompañar a un familiar al hospital y cuidarlo.

En segundo lugar, Elson argumenta que la no contabilización del trabajo de las mujeres en el hogar y la no remuneración del trabajo comunitario han conducido a erróneas prescripciones de una mayor descentralización y mayores responsabilidades en las actividades de salud y desarrollo comunitario, basadas en la premisa de que la mujer es una fuerza de trabajo subocupada que puede con facilidad asumir una carga laboral adicional.

También Palmer (1992) aporta una crítica conceptual de los enfoques económicos del ajuste. Esta autora insiste en las ineficiencias económicas que resultan de los programas de ajuste planificados sin tomar en con-

sideración el género. Para ella, los PAE representan una “desinversión en capital humano”, con creación de lo que ella denomina un “impuesto de reproducción” sobre las mujeres a través del retiro de las inversiones en el sector social. A su vez, este fenómeno influye en la forma en que se asignan los recursos y el tiempo, reduciendo las actividades remuneradas de las mujeres, con la consiguiente repercusión en el nivel de ingresos familiares y en las políticas macroeconómicas.

Así pues, las personas que analizan los PAE desde una perspectiva feminista los asocian, en general, a malos resultados finales para la salud y el bienestar de las mujeres. Sin embargo, tal como Vlassoff (1994) y Whiteford (1993) señalan, el debate se basa más en premisas extraídas de principios generales que en pruebas empíricas.

El debate sobre los ajustes estructurales y el género se centra más en la crítica que en las políticas. Con respecto a estas últimas, se discute acerca de cuáles serían las políticas distributivas más adecuadas para proteger a las mujeres frente a las peores consecuencias de estos programas. Como ejemplo, pueden citarse las medidas especiales para hacer que las mujeres y las familias pobres sean las destinatarias de los recursos, a través de sistemas de impuestos y subsidios como los fondos sociales especiales (véase, p. ej., Marquette 1997, sobre Zimbabwe).

Sin embargo, Gilson (1998) llamó la atención sobre las limitaciones de estos sistemas de focalización en cuanto a la promoción de la equidad. La autora indica que, entre otras cosas, implican un enfoque tecnocrático de la política, que no considera en la medida suficiente el contexto social y político en el que se llevan a cabo tales medidas. Sen (1996) proporciona un marco conceptual y una agenda de investigación que plantea cuestionamientos más amplios sobre los vínculos entre el bienestar de las mujeres y las transformaciones económicas. Indica la importancia de reforzar el papel regulador de los estados y de las organizaciones de la sociedad civil en lo que se refiere a la vigilancia de los impactos adversos en materia de género.

## **LA INICIATIVA BAMAKO**

La Iniciativa Bamako (IB) fue, en gran medida, una respuesta de crisis al hundimiento de los presupuestos del sector público y al fracaso progresivo de la provisión de servicios de salud básicos de los años ochenta en gran parte del África Subsahariana. Se originó en una reunión de los ministros de

salud africanos con agencias “asistenciales” de la ONU en Bamako en 1987. La iniciativa insistió en la necesidad de 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. Sus recomendaciones se centraron sobre todo en el problema de la escasez de fármacos, proponiendo el desarrollo de fondos rotatorios para adquirirlos y con los que mantener la compra y la distribución de suministros regulares. El desarrollo de esquemas de financiación sanitaria basados en la comunidad fue otro de los temas importantes, junto con la necesidad de una mayor participación “comunitaria” en el sector salud. Aunque limitada a África, la iniciativa es un antecedente importante de lo que desde entonces se ha denominado RSS.

### **Aspectos relacionados con el género**

Es difícil valorar los resultados a largo plazo de la IB desde un punto de vista político, ya que las revisiones de sus logros se refieren a su impacto en los pobres como categoría general, sin establecer distinciones según género. En general, se comprobó que la IB mejoró la situación de la mayoría de los pobres en áreas rurales, pero con escaso efecto en los grupos más pobres (Gilson 1998).

Los mecanismos por los que se supone opera la Iniciativa Bamako hacen emerger dos problemas importantes en lo que concierne al género y la salud. El primero guarda relación con el problema, más general, de la revolución por la supervivencia de los niños, promovida por UNICEF. Como señalan ciertos autores como Leslie (1992), varios de sus componentes, por ejemplo la rehidratación oral y la vacunación, dependen para su realización, en gran medida, del tiempo de la mujer. Sin embargo, rara vez se tiene en cuenta esta carga de tiempo cuando se hacen consideraciones políticas en el campo de la salud del niño. Así lo subraya el siguiente comentario, extraído de una reseña sobre el impacto de los primeros cuatro años de la Iniciativa Bamako en los servicios de salud maternoinfantil:

Las madres son el objetivo clave, ya que son las únicas que invariablemente llevan a los niños a los servicios de salud, y hay que abordar de forma activa sus conocimientos, actitudes y prácticas, sobre todo en el hogar (Jarrett y Ofosu-Amaah 1992:167).

Este tipo de afirmación ignora tanto las exigencias competitivas de tiempo que la mujer destina a actividades productivas o reproductivas y el tema, más contextual, de si son siempre las madres las que más influyen realmente en las prácticas sanitarias.

El segundo problema surgió específicamente en el contexto de la Iniciativa Bamako. El mecanismo más importante de participación comunitaria han sido los comités de salud locales. La experiencia adquirida indica que tienden a ser estructuras más burocráticas que participativas, establecidas por mandato de las agencias gubernamentales e internacionales. En su revisión del impacto de la Iniciativa Bamako en cinco países, McPake, Hanson y Mills (1993) observaron que las mujeres estaban prácticamente ausentes en los comités de salud locales, aunque se insistiera en la promoción de su salud y la de sus hijos. Por tanto, desde una perspectiva de género, la "participación comunitaria" parece ser un aumento del tiempo que la mujer debe dedicar a actividades relacionadas con la salud, sin que a cambio tenga voz ni voto en los correspondientes procesos de decisión.

## **LA REFORMA DEL SECTOR SALUD**

Durante algún tiempo, a finales de los años ochenta, la RSS pasó a ser el tema dominante. Se asoció a un grupo de actividades y objetivos que se estaban llevando a cabo en países tanto del norte como del sur, a través de todo el espectro político y dirigido especialmente a los aspectos relacionados con la financiación, la asignación de recursos y la administración. La reforma sanitaria del Reino Unido tuvo una influencia especial, sobre todo en lo que se refiere a la toma de decisiones dirigida más por consideraciones administrativas que clínicas, y a la separación entre las funciones de financiamiento y provisión de la atención de salud.

Por tanto, la RSS es una amalgama de varias tendencias regionales e internacionales. Nabarro y Cassels (1994) afirman que es una respuesta a los siguientes problemas estructurales:

- La necesidad de poner límites al gasto en el sector salud y de usar los recursos de una forma más eficiente y efectiva. Ejemplos de ello son el sesgo persistente hacia la atención terciaria, las deficiencias en la rendición de cuentas y el monitoreo del gasto, la rigidez del uso de recursos, la baja relación costo-efectividad en el sector público y la escasa eficacia de los sistemas de gestión.

- Fallos en el acceso a la prestación de servicios, sobre todo en relación con los pobres, y a pesar de la retórica de la atención primaria.
- La mala calidad de los servicios en muchos países, debida a la mala administración de los recursos humanos, la falta de iniciativas para mejorar los servicios públicos y el mal tratamiento que reciben los usuarios. Junto a ello, existe un reconocimiento progresivo del importante papel desempeñado por el sector no público en la provisión de atención de salud (es decir, la práctica privada, las farmacias, las organizaciones no gubernamentales, los curadores indígenas) y la necesidad de tener en cuenta todo ello a la hora de planificar el sector salud.

En la RSS existen varias aseveraciones “clásicas” (véanse, p. ej., Berman 1993; Cassels 1995) que insisten sobre todo en presentarla como un proceso de reforma institucional. Ello implica una redefinición de las relaciones entre conjuntos de actores institucionales: el Estado, los proveedores de servicios, otras entidades relacionadas con la salud como las organizaciones hospitalarias, los proveedores de seguros de salud y los usuarios. Por tanto, la RSS puede contemplarse como una amalgama de las agendas internacionales de eficiencia económica y de buena gobernabilidad del sector público. Ciertos elementos, sobre todo en relación con el control del gasto en salud, se relacionan con la crisis económica y las políticas de ajuste estructural. Otros elementos, sobre todo los relacionados con el sector público y la reforma institucional, tienen que ver con aspectos de gobernabilidad y con la función del Estado como organismo regulador global.

A pesar de las continuas protestas de los que escriben sobre el hecho de que las “recetas” de la RSS deben ser sensibles a los contextos, esta ha terminado por asociarse a un menú concreto de reformas, cuyos componentes se reseñan a continuación en el contexto de las implicaciones que plantean en relación con el género.

### **Aspectos de la RSS relacionados con el género**

Standing (1997) intentó considerar cada uno de los componentes de las agendas de la RSS en términos de su impacto potencial e implicaciones tanto para la salud de las mujeres como para las inequidades de género en el consumo y la producción de salud. En dicho artículo se resaltaba también una dimensión a menudo olvidada, la de la mujer como productora formal de atención de salud. A continuación se resumen algunos de sus aspectos más importantes.

Los aspectos de reforma del cuerpo de funcionarios públicos de la RSS están encaminados a mejorar la eficiencia de los recursos humanos reduciendo su número, definiendo términos y condiciones, cambiando la combinación de habilidades y mejorando el control del rendimiento.

Son muchos los países que están intentando enfrentar el problema de los recursos humanos en el sector salud pero, en conjunto, prestan escasa atención a los aspectos de género. Sin embargo, la fuerza laboral en este sector es, en gran medida, femenina, sobre todo en enfermería y en algunas áreas de personal de salud comunitario. Ello plantea el problema de la igualdad de oportunidades. Si la reforma no es sensible a la composición por sexo de la fuerza de trabajo del sector salud, las trabajadoras sanitarias podrían encontrarse inadvertidamente en desventaja si, por ejemplo, la reducción de personal afectara fundamentalmente a los sectores femeninos. También es importante señalar que el olvido de las dimensiones del género de los recursos humanos crea ineficiencias. Se presume que los trabajadores masculinos y femeninos responden a los mismos incentivos y que los patrones predominantemente "masculinos" de las estructuras de la carrera y el trabajo son adecuados para ambos sexos. La evidencia en el terreno indica que es necesario reconsiderar estos supuestos y que la administración de los recursos humanos sería más efectiva si se hiciera de una forma más sensible al género (Standing 1998).

En la RSS se intenta mejorar el funcionamiento de los ministerios de salud mediante el desarrollo de sistemas financieros y administrativos más efectivos y la definición de la relación costo-efectividad de las intervenciones (p. ej., los paquetes básicos mínimos).

Un aspecto fundamental es si es posible incorporar las consideraciones de equidad de género a las técnicas usadas para establecer y monitorear las prioridades, por ejemplo, al análisis de costo-efectividad. Así, se ha criticado de los AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) que su visión de los resultados en salud sea muy estrecha. La medida excluye el proceso de atención y sus dimensiones de calidad (Zwi y Mills 1995). Aunque esta crítica está relacionada con la provisión de servicios formales, puede extenderse también a la provisión informal. Los AVAD no toman en consideración las cargas de la atención informal que gravan desproporcionadamente a las mujeres.

La descentralización es un principio fundamental de muchos programas de RSS, imponiendo la devolución de la administración y de la provisión de servicios a los distritos o a otros cuerpos de ámbito local. Surgen así

grandes cuestiones sobre el equilibrio entre la toma de decisiones y la asignación de recursos en los niveles central (nacional) y local. Si las estructuras administrativas de ámbito local o comunitario toman decisiones relacionadas con las asignaciones que se traducen en un empeoramiento de la inequidad de género, ¿de qué mecanismos se dispone para intentar recuperar el equilibrio?

Los programas de RSS se refieren especialmente al desarrollo de nuevas opciones para financiar la salud y recuperar los costos, p. ej., usando tarifas, esquemas de financiación comunitaria, seguros y avales. Han hecho surgir el temor al impacto que el cobro de tarifas al usuario pueda tener sobre el acceso de las mujeres a la atención de salud. Esta crítica es una prolongación de la que se hace al ajuste estructural en la crisis económica. Sin embargo, los datos existentes al respecto son muy escasos, sobre todo porque son muy pocos los estudios que proporcionan datos desglosados por sexo respecto al impacto del cobro de tarifas a los usuarios.

La ampliación de las opciones de financiación de la salud plantea tres interrogantes importantes relacionados con el género:

- ¿Tienen las mujeres más desventajas en relación con determinados modos de pago (o son capaces de manejar mejor algunos modos que otros)?
- ¿Tiene la recuperación de los costos, sobre todo los cargos a los usuarios en el lugar de la prestación, un impacto adverso para la salud de la mujer?
- ¿Cómo afectan los distintos tipos de recuperación de los costos al acceso a los servicios según género?

Actualmente, los datos sobre cada uno de estos tres aspectos son solo anecdóticos. Los factores que influyen en la capacidad de la mujer para pagar directamente los servicios de salud, o de forma indirecta, a través de los distintos tipos de esquemas de pago previo, son los siguientes: acceso a un ingreso económico en efectivo y al control de su uso; magnitud de la discriminación familiar favorable a los miembros masculinos o mayores en lo referente al gasto en salud; patrones de empleo, es decir, cuando los beneficios sanitarios dependen del salario social, las mujeres podrían estar en desventaja dado que sus antecedentes laborales serían más fragmentarios a causa de sus responsabilidades domésticas.

Los estudios realizados sobre el impacto de los cargos al usuario tienden a centrarse en los más pobres, sin hacer diferencias según género. La



mayor parte de los datos disponibles sobre el impacto de los cargos al usuario en la salud de las mujeres proceden del África Subsahariana y se recogieron durante los años ochenta. Por ejemplo, cuando se introdujeron estos cargos en Nigeria, la mortalidad materna de la región de Zaria aumentó en 56%, mientras que el número de partos en el hospital principal disminuyó en 46% (Ekwempu et al. 1990). Asimismo, a principios de los años noventa se observó una reducción del uso de los servicios de salud maternoinfantil en Zimbabwe, coincidiendo con el importante incremento de los cargos al usuario (Kutzin 1995).

Como ya se señaló, el acceso a los servicios depende en gran medida del género. La preocupación por los efectos de la recuperación de los costos se centra fundamentalmente en la capacidad y la disposición de las familias para pagar por atención de salud. Las pruebas indican que hay importantes diferencias relacionadas con el género en lo que concierne a los gastos en salud del ámbito familiar (Beall 1995). Por ejemplo, en un estudio realizado en Zambia en 1993 se observaron diferencias sustanciales en los gastos por enfermedad de mujeres y hombres. El gasto de las mujeres fue inferior a la tercera parte del de los hombres (citado por Beall 1995).

Los programas de RSS también favorecen el trabajo con el sector "privado", creando competencia entre los proveedores y estableciendo sistemas de regulación y contratación de servicios de salud. También son escasos los datos sobre el impacto diferenciado por género, si existe, de los intentos de desarrollar mecanismos de regulación y contratación para trabajar con el sector no gubernamental. Uno de los aspectos menos considerados es el papel de este sector en la provisión de servicios preventivos. En muchos países de ingreso bajo, el sesgo hacia los servicios curativos y la venta de fármacos es fuerte, y aún más en el sector privado, ya que los ingresos de los proveedores tienden a depender de estos servicios. ¿Puede encargarse el sector privado de la provisión de servicios de salud preventivos? Es defendible que estos servicios son especialmente importantes para la mujer. Como importantes proveedoras de atención de salud informal, las mujeres absorben gran parte de la carga que suponen los problemas de salud ambiental.

## **ENFOQUES SECTORIALES AMPLIOS**

Los enfoques sectoriales amplios (ESA) son enfoques coordinados por parte de los donantes de los fondos destinados al sector salud. Mediante

estos enfoques, los donantes abandonan la financiación de proyectos específicos a favor del desarrollo de una estrategia sectorial nacional global (Cassels 1997). Los ESA representan la continuación de varios elementos de la agenda clásica de la RSS, sobre todo de la reforma de los sistemas de administración de salud y de los ministerios de salud, estableciendo prioridades claras para el sector público. Sin embargo, también constituyen un claro cambio de la manera de pensar de los donantes en lo que concierne a la reforma del sector salud.

El primero de estos cambios es el reconocimiento de la importancia de la propiedad nacional de las reformas y, por tanto, del papel esencial desempeñado por los gobiernos en estos procesos (véanse Banco Mundial 1997 y Evans y Moore 1998). El segundo cambio es el paso desde una agenda de RSS centrada totalmente en la oferta a la preocupación por el lado de la demanda y la cuestión de si las reformas institucionales mejoran, de hecho, el acceso a la atención de salud y los resultados en salud finales para los pobres. El tercer cambio se produce en la insistencia en implicar a una amplia gama de grupos de interés en el proceso de negociación de los planes estratégicos del sector salud. Entre ellos se encuentran las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y los grupos de la sociedad civil.

En la actualidad, hay una gran diferencia entre los planes y la realidad de la experiencia operativa, ya que los ESA son relativamente nuevos y la experiencia real de su puesta en práctica es escasa. Sin embargo, la financiación de los donantes camina cada vez más en este sentido. Aunque por ahora son de carácter sectorial, es probable que en el futuro cambien a financiaciones multisectoriales, lo que permitirá ampliar el ámbito tradicional del sector salud.

### **Aspectos relacionados con el género**

Dada la corta vida de los ESA, queda por ver cuál será su impacto de género. No obstante, Elson y Evers (1998) examinaron los ESA desde este punto de vista y argumentaron que la relación costo-efectividad de los programas de salud que tienen en cuenta el género es mejor que la de los que no consideran este aspecto, por lo que el género debe ser un tema que atraviese todos los niveles de políticas.

Señalan dos problemas concretos relacionados con la formulación actual de los ESA. El primero es la continuada falta de reconocimiento en

las políticas y procesos de planificación del sector salud, del trabajo no remunerado de las mujeres en la economía de la atención de salud. El segundo es la forma en que el monitoreo de los programas de los ESA sigue insistiendo en los indicadores de rendimiento institucional más fácilmente cuantificables (p. ej., “¿Cuántas personas recibieron formación?”), en lugar de emplear indicadores cualitativos, necesarios para valorar el impacto de las reformas según género (p. ej., calidad de la atención en los servicios de salud).

Otro aspecto importante de los ESA guarda relación con la necesidad y el potencial de incorporar a las mujeres como grupos involucrados con voz y voto a los procesos políticos. Queda por ver si la promesa de participación activa puede ser llevada a la práctica o si los ESA seguirán siendo una negociación esencialmente burocrática entre donantes y gobiernos. También está la cuestión de cuáles serán los grupos involucrados capaces de obtener un lugar en la mesa de negociación. ¿Quién hablará por las mujeres y de qué manera rendirá cuentas?

## **CONSIDERACIONES CONCEPTUALES, METODOLÓGICAS Y DE EVIDENCIA**

El debate sobre el género y la política de salud es un verdadero campo minado de temas difíciles.

### **Algunos problemas conceptuales**

En la literatura se citan varios problemas de confusión conceptual, adecuación conceptual y hegemonía conceptual. Las publicaciones sobre los ESA son especialmente propensas a la confusión conceptual. En su caracterización del comportamiento humano, tienden a alternar entre el neoliberalismo y lo sociológicamente heroico. Por ejemplo, los debates sobre los incentivos encaminados a obtener un mayor rendimiento de los trabajadores de salud se basan en premisas muy instrumentales (y no relacionadas con género) sobre la relación entre el comportamiento individual y los incentivos. Existe evidencia que sugiere que las recompensas económicas no son la única motivación de los trabajadores y tanto las mujeres como los hombres valoran también otros tipos de incentivos (Standing 1998). Al mismo tiempo, se insiste mucho en que las comunidades recuperen mayores grados de responsabilidad, lo que implica creer en su al-

truismo colectivo. Al responder con un análisis más sensible al género, es importante tener en cuenta estos sesgos conceptuales subyacentes.

En la literatura se encuentra una clara inadecuación conceptual, sobre todo en lo que se refiere a su limitada conceptualización de la esfera fuera del mercado y de los vínculos existentes entre lo situado dentro y fuera de los límites del mercado. Dado el importante papel que desempeñan los hogares, las relaciones familiares y otras no integradas en los mercados de producción y consumo de salud, la no consideración plena de estos factores en el análisis del sector salud es una falla grave.

El desarrollo de un discurso serio sobre el género y la salud generó tanto una mayor complejidad conceptual como cierta tendencia a la hegemonía conceptual. Se establece una distinción sistemática entre los enfoques de “impacto en la mujer” y los “enfoques de género”. “Género” ha pasado a ser el término preferido por una gama de razones conceptualmente respetables (p. ej., es relacional y puede abarcar los aspectos de la masculinidad y de salud de los hombres). En consecuencia, los que proponen un análisis de “género y salud” tienden a apropiarse del terreno conceptual.

Sin embargo, es importante reconocer que, en la actualidad, “género” abarca una mezcla conceptual grande y ecléctica y que ello no es necesariamente malo. No debemos caer en la tentación de considerar el discurso como único, ni de afirmar que solo hay una “forma correcta” de llevar a cabo el análisis de género. Por ejemplo, tanto Ingrid Palmer como Diane Elson ofrecen un análisis del sector salud según el género (véase la primera sección). Sin embargo, la primera sigue un enfoque neoclásico de la equidad de género, mientras que la segunda utiliza un enfoque institucional.

La distinción entre “impacto en las mujeres” e “impacto de género” es más compleja de lo que permite la hegemonía conceptual. Las discusiones sobre los impactos de la salud en las mujeres pueden situar a estas, de manera importante, en diversos caminos que conducen al discurso sobre políticas, p. ej.:

- Es más probable que las mujeres formen parte del sector más pobre de la población (por tanto, aspectos de política relacionados con la lucha contra la pobreza, redes de seguridad, etc.).
- Las mujeres son vistas como epidemiológicamente más vulnerables (aspectos de política relacionados con el acceso a servicios de salud adecuados).
- La mujer soporta la carga social de la responsabilidad de los niños, los ancianos, los enfermos, etc. (aspectos de política relacionados con los

efectos no previstos de las intervenciones que incrementan la carga de atención).

De igual forma, los enfoques de género pueden abarcar:

- Las inequidades sociales y estructurales entre los géneros en cuanto al acceso a los servicios (aspectos de política tendientes a mejorar el acceso del género en desventaja).
- Valoración de los perfiles y comportamientos relacionados con la salud de los hombres y de las mujeres (aspectos de política relacionados con intervenciones diseñadas para llegar a los hombres).
- Reevaluación del sesgo masculino en las instituciones y en la formulación de políticas (aspectos de política relacionados con la incorporación de un enfoque de género en el ámbito institucional).

Aunque existe una comprensible demanda de fórmulas y herramientas simples para llevar a cabo el análisis de género, si lo presentamos como más conceptualmente unificado de lo que en realidad es, serviremos mal a los planificadores que intentan comprenderlo.

## **Problemas de la evidencia**

Como se comentó en la exposición sobre las políticas de ajuste estructural, existe una notoria ausencia de argumentos fundados en este campo. Los que trabajamos en él tendemos a volver a los principios básicos (“la salud de las mujeres es peor que la de los hombres”), a la generalización (“los hombres tienen mayor acceso que las mujeres a los servicios de atención de salud formal”) o a escribir en forma prescriptiva (las políticas de RSS deberían ... etc.).

Existen dos factores importantes que predisponen a ello. El primero es que persiste la carencia grave de datos desglosados por género en el sector salud en el nivel en el que son necesarios. En muchos países se hacen algunos desgloses habituales, a menudo en el ámbito de los servicios, pero el uso que se hace de ellos con fines de política es muy escaso o nulo y resultan difíciles de extraer para la investigación. En segundo lugar, no se plantean las preguntas adecuadas antes de proceder a efectuar la investigación. Por tanto, las discusiones tienden a hacerse de manera retrospectiva, las cuestiones planteadas permanecen retóricas y, por tanto, el debate se establece a menudo en un nivel puramente normativo.

## Problemas metodológicos

Estos problemas guardan también una íntima relación con el problema de las pruebas y de lo que se considera prueba. Además, existen algunas trampas metodológicas obvias que el análisis de género debería tratar de evitar.

En primer lugar, gran parte del debate se realiza con un grado de abstracción excesivo que impide la inclusión significativa de los aspectos importantes de género en la discusión de políticas. Por ejemplo, los debates sobre el acceso de la mujer a la atención de salud han de superar las declaraciones generales sobre la desventaja de género y examinar qué mujeres y en qué contextos sufren esta desventaja y cuáles son los resultados de políticas deseadas que se pretende obtener del análisis.

En segundo lugar, resulta fácil extrapolar a partir de una gama limitada de estudios de casos. Se reúnen estudios seleccionados al azar, ampliamente separados en el tiempo y en el espacio, en los que se utilizaron metodologías distintas y sin controles de calidad, y se fuerza un patrón a partir de ellos. Esto hace demasiado fácil seleccionar los casos que se adaptan a la tesis y no buscar los casos que la contradicen.

En tercer lugar, los comentaristas de salud muestran una gran predisposición a presentar un estudio de caso como si fuera una demostración universal, sobre todo cuando se adapta a la agenda del comentarista. Por ejemplo, en un estudio encargado por el Banco Mundial sobre familias uniparentales con mujeres como cabeza de familia en Jamaica, los niños de esas familias no sufrían desventajas en términos de salud ni sociales (Louat, Grosh y van der Gaag 1993). Este estudio ha pasado a ser la base de una nueva ortodoxia, según la cual las familias encabezadas por mujeres no sirven como factores de predicción de pobreza. Sin embargo, esta forma de falsa generalización se encuentra también, por desgracia, en demasiados análisis de género, de modo que pruebas sustanciales de la desventaja de un género en un contexto concreto se convierten en un “dogma universal de género”.

En cuarto lugar, la atención prestada a otras variables que establecen interacciones con el género, como la pobreza, la etnia y la edad, es insuficiente. Los análisis deben ser más multivariados. Por ejemplo, el estudio de Collier (1993) sobre la edad y el género y su relación con los patrones de enfermedad reveló una interconexión significativa entre las dos variables. Este autor reprodujo los datos de una encuesta de hogares hecha en

1983 en la Tanzania rural y diseñada para identificar los grupos de población más propensos a la enfermedad. Cuando solo se utilizaba el género, los resultados de la encuesta indicaban que 18,1% de los hombres habían estado enfermos durante el período de referencia, mientras que el porcentaje de mujeres ascendía a 19,4%. Sin embargo, cuando se añadieron las variables edad y gravedad de los síntomas, se observó un fuerte efecto del género. Las probabilidades de que las mujeres de 16 a 49 años sufrieran enfermedad fueron 33% mayores que las de los hombres de la misma edad, mientras que el número de las que desarrollaron fiebre, diarrea o vómitos fue 43% más alto que el de los hombres. Por otra parte, los hombres tenían mayores probabilidades de sufrir enfermedades del tórax (probablemente como consecuencia del tabaco). Es claro que estos hallazgos tienen importantes implicaciones para la salud pública.

## **DESARROLLO DE UN MARCO CONCEPTUAL/POLÍTICO PARA EL GÉNERO Y LA REFORMA DEL SECTOR SALUD**

¿Cómo sería un marco en el que se incorporaran los aspectos relacionados con el género a las políticas de reforma de la salud? El trabajo en este campo es relativamente nuevo pero, en sentido amplio, existen dos vías por las que parece posible llevar adelante el debate político. De estos posibles marcos, solo uno, con incorporación transversal del enfoque de género, consiguió un cierto desarrollo significativo. Como todos los marcos, tienen tanto ventajas como inconvenientes. El objetivo no es sugerir que uno es preferible al otro, sino más bien explorar las implicaciones de estas dos maneras distintas de conceptualizar los aspectos relacionados con el género en el contexto del sector salud.

### **Incorporación transversal de consideraciones de género en la política y la planificación de salud**

En la actualidad, la incorporación transversal de género en el proceso de desarrollo es la respuesta institucional más importante de los donantes nacionales y de las organizaciones internacionales a las inequidades de género percibidas. Existen distintas opiniones sobre lo que ello significa pero, en conjunto, puede hablarse de un movimiento desde proyectos específicos y respuestas institucionales sobre la mujer hasta la integración de los aspectos del género en las actividades financiadas y en todos los nive-

les de funciones y de personal de las organizaciones (Razavi y Miller 1995). Gran parte del cambio se debe a las recientes Conferencias Mundiales sobre la Mujer organizadas por la ONU, especialmente a las resoluciones adoptadas en la Conferencia de Beijing de 1995.

El sector salud no figuró de manera prominente ni sustancial en el debate sobre incorporación transversal de criterios de género hasta fechas muy recientes. Sin embargo, en la actualidad distintos organismos como la OMS comienzan a desarrollar este enfoque. Varios donantes bilaterales promueven políticas relacionadas de manera específica con el sector salud y basadas en este principio (véanse p. ej., CIDA 1996; DANIDA 1996). El intento más completo de aplicar este principio al sector salud es el trabajo de Elson y Evers (1998), sobre la definición de las políticas “conscientes del género” como apoyo a los programas del sector. Aunque el análisis de estas autoras se centra sobre todo en los enfoques sectoriales amplios [ESA, véase antes), es muy pertinente en lo que concierne a la incorporación del enfoque de género en la política de salud.

Las autoras utilizan un marco macro-meso-micro para examinar los temas que un marco político nacional debe abordar. A partir de ahí, desarrollan un listado de aspectos para un marco nacional sensible al género (Elson y Evers 1998:36). Se trata de un esquema muy amplio. En el nivel macro, incluye la incorporación de los hogares y la información desagregada por sexo/edad a la planificación; la sensibilización de las herramientas de planificación, p. ej., en relación con la importancia de la labor reproductiva no remunerada; la evaluación del equilibrio de género en el personal que ocupa los puestos estratégicos y financieros clave, y la valoración de la capacidad institucional para la planificación de género.

En el nivel meso, abarca la valoración del equilibrio de género en el empleo dentro del sector salud; la identificación de los grupos involucrados en la negociación para garantizar que la voz de las mujeres esté representada, y la valoración de las diferencias en el acceso a los servicios según género.

En el nivel micro, implica el estudio del acceso a los recursos y a la toma de decisiones en el seno de las familias y la valoración de si las familias operan de una forma que impida el acceso a los recursos dependiendo del género.

Este extenso marco permite introducir simultáneamente los aspectos relacionados con el género en varios niveles distintos y proponer las acciones adecuadas en cada uno de ellos. Por ejemplo, puede garantizar la incorporación de indicadores sensibles al género en el monitoreo y la evaluación



y puede destacar la necesidad de desarrollar una formación sensible al género destinada a las personas que prestan atención de salud.

Este marco ofrece considerables ventajas. Los aspectos relacionados con el género no quedan marginados. Permite introducir de forma sistemática los aspectos clave relacionados con el género en la epidemiología, la provisión de servicios, el empleo, etc. Sin embargo, también tiene limitaciones. Puede llegar a ser excesivamente mecanicista: supone que el género ocupa siempre el mismo “espacio” analítico, quizá en detrimento del estudio de otras formas graves de desventaja social, como la clase o la raza. Predispone a la gestión mediante “listados”, sin pensar a fondo lo que constituye la razón de los mismos. Salvo que los burócratas de los escalones más altos de la administración experimenten cierto compromiso y sentido de propiedad de este enfoque, es probable que resulte ineficaz. Aunque tiene en cuenta los intereses de los participantes lo hace desde un punto de vista esencialmente burocrático.

### **Desarrollo de marcos contextuales/situacionales para el género y la política sanitaria**

El impulso para pensar en este tipo de marcos tuvo su origen, al menos en parte, en cierta insatisfacción sentida ante las actuales concepciones de incorporación transversal del enfoque de género, en especial las antes señaladas. Parece esencial, dada la compleja naturaleza de la salud como bien social, imbricar al género con mayor firmeza en el resto de los conjuntos de relaciones sociales, p. ej., las clases, las familias, las generaciones. Otro estímulo partió de la preocupación por el hecho de que un determinado “menú” de RSS pasó a convertirse en una receta técnica universal capaz de prescribir soluciones para los distintos problemas del sector salud de los países de ingreso bajo y los en transición. La RSS no es una agenda, sino múltiples agendas dependientes de diferentes economías políticas, incluidos el grado de capacitación de los Estados y el papel desempeñado por los agentes externos, como los donantes.

Por ejemplo, en gran parte del África Subsahariana sometida a prolongadas crisis económicas, se insistió en la forma de prestar los servicios de salud básicos mínimos mediante paquetes de salud básicos y fondos para el reembolso de los fármacos administrados en el ámbito local. También se puso un gran énfasis en la descentralización, pero en el contexto de Estados con escasa capacidad. Aunque se habla mucho de la implicación del sector

privado, la realidad es que este es muy débil y que la capacidad para contratarlo y regularlo es muy escasa.

Por otra parte, en muchos países de América Latina, se prestó especial atención a la reforma de la financiación del sector salud y de los sistemas de seguridad social, para favorecer la integración del sector privado. El sector privado desempeña un papel muy fuerte. El otro foco de atención es la descentralización, en el contexto de Estados con capacidad relativamente fuerte. De este modo se consiguió un elevado nivel de participación de los grupos implicados, incluida una enérgica participación de los movimientos defensores de la salud de la mujer.

Estos perfiles muy distintos de la RSS significan que es preciso contextualizar los aspectos y prioridades de género, en lugar de suponer que son siempre iguales en todos los países que llevan a cabo sus reformas.

Uno de los problemas de centrar la atención del debate de la investigación vinculada a la política sobre género y salud es que el género forma parte de un nexo complejo de acciones y comportamientos que suceden en algunos tipos de estructuras familiares. Además, las mismas familias existen dentro de una economía política y social de diferenciación más amplia. Por tanto, el género es más importante en algunos tipos de decisión que en otros, pero también está vinculado intrínsecamente al tiempo y la dinámica generacional de las familias y al grado de seguridad de los hogares.

Hasta ahora, la RSS ha prestado escasa atención al “lado de la demanda”, pero si se pretende proporcionar algo a aquellos que más lo necesitan, será necesario considerar esta dinámica. Con razón, el análisis feminista subraya la necesidad de desagregar el hogar e investigar en su interior, para conocer las formas por las que el género como principio poderoso influye en la creación de una jerarquía de recursos y derechos.

También existe una razón para “volver a agregar” a las familias en lo que se refiere al conocimiento de su función esencial como mediador socioeconómico y cultural en la toma de decisiones de tipo sanitario. En concreto, la toma de decisiones en este nivel suele reflejar aspectos más fundamentales de administración del riesgo y asegurar la viabilidad económica y social de los hogares a corto, mediano y largo plazo (para una consideración relacionada pero analíticamente diferente de la familia, véase Berman et al. 1994). Cuando se habla de familias, no debe asumirse que todas están estructuradas de la misma forma. Las familias adoptan formas distintas y tienen significados variados. Sin embargo, el punto clave es que, en general, las personas viven en entidades culturalmente definidas como familias.

Así pues, en el núcleo del análisis de género existe una especie de paradoja en relación con los debates sobre la equidad. Es, a la vez, un principio extrapolado desde un campo social más amplio: podemos hablar de las relaciones de género como analíticamente separadas de los demás tipos de relaciones sociales (por ejemplo, el énfasis en la desagregación de las relaciones de género dentro de las familias permite plantear los aspectos de la desigualdad de género en cuanto al consumo de recursos de salud). Además, y al mismo tiempo, las relaciones de género están inmersas en estas mismas relaciones sociales; el género encuentra su expresión dentro de la familia y otras relaciones. Dada esta interdependencia, ¿cómo podemos abordar, por ejemplo, la dinámica de las “elecciones” en el seno de la familia, cuando se trata de dar preferencia a la nutrición o al tratamiento de salud del hombre que aporta el dinero, en el contexto de un planteamiento de equidad? ¿Hasta qué punto son distintos en la práctica los intereses de las mujeres pobres y de los hombres pobres, en cuanto a su interés mutuo por la supervivencia del hogar?

De lo expuesto se deduce que, más que aceptar que el género tiene el mismo significado en todos los contextos, el enfoque debe intentar analizar el género y los aspectos sanitarios dentro de unidades de toma de decisión más amplias, como las familias, y en la dinámica temporal de la toma de decisiones sanitarias. Así, el significado empírico del género dependerá de dos aspectos. El primero es que reflejará las configuraciones particulares de las relaciones de género en un contexto dado y su intersección con otros marcadores esenciales de desigualdad (edad, clase, etc.). El segundo es que ha de ser contrastado con lo que está sucediendo en el propio sector salud, por ejemplo, la importancia de los problemas de “acceso a los servicios” no es igual en todas partes.

La matriz siguiente pretende tan solo sugerir el tipo de análisis que podría hacerse. El contenido de las columnas 3 y 4 dependerá de cada situación.

Parte del objetivo de desarrollar un marco más contextualizado para el análisis de género y la salud consiste en apartarse de los enfoques burocratizados de incorporación transversal de género. Sin embargo, esta separación conlleva sus propios problemas. El desarrollo de un marco de este tipo exige dos requisitos. Uno es la realización de un análisis situacional para informar a los políticos, en oposición a actuar a partir de premisas más baratas y rápidas, “prefabricadas”, sobre las relaciones entre género, salud y equidad. El segundo es el compromiso con los grupos implicados y la

## Matriz contextual/situacional para una política del género y la salud

1	2	3	4
Perspectiva hogar/ temporal	Medidas tomadas en relación con ella	Nivel de políticas	Consideraciones/ prioridades de género
A corto plazo	Conducta de búsqueda de tratamiento/asesoramiento en caso de enfermedad aguda	Acceso a los servicios; dis- ponibilidad de personal adecuado y asequible económicamente en los servicios; regulación de la competencia del personal; disponibilidad de fármacos, etc.	p.ej., ¿Pueden acceder las mujeres a los servicios donde y cuando los necesitan y pueden per- mitirse pagarlos? ¿Tienen la información que necesitan para obtener tratamiento para sí mismas y para los miembros de sus familias?
A mediano plazo	Conductas de búsqueda de medidas preventivas, p.ej., atención prenatal, vacuna- ción, agua potable y sanea- miento; manejo de “ries- gos” como el derivado de una enfermedad grave/ prolongada	Intervenciones de “salud pública”, mecanismos de recuperación del costo, esquemas de seguros de salud, medidas fiscales, redes de seguridad, micro- créditos y esquemas para favorecer la independencia de la mujer	p.ej., Carga para los cuidadores derivada de las enferme- dades infecciosas; des- igualdades de género en el hogar, el empleo y la economía familiar
A largo plazo	Inversión en la educación de niños específicos; nutri- ción de los principales proveedores de salario/ futuros proveedores	Estrategias intersectoriales de apoyo en el sector social; redes de seguridad; focalización de género, p.ej., hacer que las niñas vayan a la escuela y perma- nezcan en ella	p.ej., Discriminación cultural- mente aceptada contra mujeres y niñas

aplicación de enfoques de participación para descubrir las verdaderas necesidades de la gente. Se trata de un asunto problemático, ya que entraña encontrar el camino a través de demandas competitivas y de hallar una fórmula para que las voces menos privilegiadas sean oídas. Como proceso tiene, por tanto, una operación mucho más compleja.

Sin embargo, como proceso, posee un potencial considerable para “intermediar” entre los planificadores y los planificados, como podría ilustrar el ejemplo siguiente. Como ya se señaló, se ha prestado una atención considerable al posible impacto de las intervenciones políticas en el sector salud en la sobrecarga de tiempo de las mujeres. Sin embargo, el debate a este respecto no ha pasado de la crítica. No está en absoluto claro qué es

lo que debe seguir a continuación. ¿Es necesario presionar contra cualquier intervención que pueda exigir tiempo a las mujeres?

Lo que rara vez se plantea es cómo experimentan realmente las mujeres estas demandas: ¿Las consideran una carga? ¿Qué tipos de intercambios consideran aceptables y qué otra clase de apoyo podría ser adecuado? A menos que se planteen estas cuestiones ante quienes son los receptores finales, se correrá el riesgo de desarrollar prescripciones bien intencionadas pero mecanicistas, cuya relación con la realidad de las personas sea solo contingente.

## CONCLUSIÓN

En este trabajo se revisan los temas de género relacionados con la salud que han sacado a la luz los analistas del género en el contexto de diversos enfoques de la reforma del sector salud. La línea de análisis expuesta presta atención a diversas dimensiones de la política. En concreto, las críticas de los programas de ajuste estructural y de la crisis económica en relación con el género han detectado impactos directos e indirectos de los recortes del gasto en el sector social en relación con la salud y las cargas asistenciales de las mujeres, y el sesgo conceptual omnipresente en la economía que causa que el trabajo reproductivo y productivo no remunerados de las mujeres sea ignorado.

El análisis de género en los programas de reforma del sector salud insiste en la importancia de conocer el papel de las mujeres, en su doble aspecto de productoras y consumidoras de atención de salud, y de identificar las desigualdades en recursos y necesidades de salud entre mujeres y hombres, y las vías por las que las reformas institucionales pueden tener implicaciones de género.

Al examinar las implicaciones de los enfoques sectoriales amplios, los analistas del género han promovido un enfoque más integrador del género en el desarrollo de las políticas, y la incorporación de la voz de la mujer como involucrada en el proceso político.

Se identifican varias consideraciones metodológicas con implicaciones políticas. Se señala el problema siempre presente de la falta de datos suficientes desagregados por sexo y la necesidad de mejorar los sistemas de información sanitaria para poder tomar en consideración este hecho. Se subraya la necesidad de alejarse de las generalizaciones y hacer un discurso de políticas más específico sobre, p. ej., qué mujeres y en qué con-

textos. Por último, también se insiste en la importancia de trabajar con variables que produzcan intersecciones con el género, tales como la edad, la clase o la raza.

De una forma más provocativa, se plantea un desafío a los enfoques burocráticos sobre incorporación transversal del enfoque de género, defendiendo un enfoque más sensible al contexto, que articule los temas de género dentro del análisis de políticas. Este análisis sobre el género y las necesidades de salud debe dejar de considerar que el significado de “género” es siempre el mismo en todas las situaciones y pasar a un enfoque basado en una mayor información empírica. Dicho enfoque prestaría mayor atención a la dinámica del ámbito familiar y a los intereses comunes tanto a las mujeres como a los hombres por mantener la viabilidad de la familia a lo largo del tiempo. Así pues, el análisis de políticas debe investigar las formas en que las familias responden o pueden verse afectadas por las reformas institucionales y económicas, a la luz del manejo de los riesgos de salud a corto, mediano y largo plazo. En esta dinámica, el significado del género será variable.

Para poder llevar a cabo este tipo de análisis de políticas, es necesario apartarse de los enfoques burocráticos de incorporación transversal de género dominados por los listados de temas, para llegar a la participación activa de los implicados en el seno de sus familias y comunidades. Ello supone un mayor uso de enfoques participativos y cualitativos de otros tipos para conocer el comportamiento del “lado de la demanda” y una mayor voluntad de establecer compromisos políticos con los implicados de la sociedad civil y con los grupos de abogacía, en el proceso de planificación del sector salud.

## Referencias

- Afshar, H., Dennis, C. (1992) *Women and adjustment policies in the third world*. Basingstoke: Macmillan.
- Banco Mundial. (1997) Informe del Desarrollo Mundial. *El Estado en un mundo en transformación*.
- Beall, J. (1995) In sickness and in health: Engendering health policy for development. *Third World Planning Review* 17(2):213–222.
- Berman, P. (1993) Health sector reform: Framing the issues. Paper presented at the Conference on Health Sector Reform in Developing Countries: Issues for the 1990s. Department of Population and Public Health, Durham, New Hampshire, 10–13 September.
- Berman, P., Kendall, C., Bhattacharyya, K. (1994) The household production of health: Integrating social science perspectives on micro-level health determinants. *Social Science and Medicine* 38(2): 205–215.
- Canadian International Development Agency. (1996) Strategy for health. Draft consultation document. Quebec: CIDA.
- Cassels, A. (1995) Health sector reform: Key issues in less developed countries. *Journal of International Development* 7(3):329–347.
- Cassels, A. (1997) *A guide to sector-wide approaches for health development, concepts issues and working arrangements*. Geneva: World Health Organization.
- Collier, P. (1993) The impact of adjustment on women. En: Demery, L. et al., eds. *Understanding the social effects of policy reform*. Washington, DC: World Bank.
- Danish International Development Assistance. (1996) Uganda Health Sector Support Programme. Copenhagen: DANIDA/Ministry of Foreign Affairs.
- Ekwempu, C.C., Maine, D., Olorukoba, M.B., Essien, E.S., Kisseka, M.N. (1990) Structural adjustment and health in Africa. Letter to *The Lancet* 336(7): 56–57.
- Elson, D. (1992) Male bias in structural adjustment. En: Afshar, H., Dennis, C. *Women and adjustment policies in the third world*. Basingstoke: Macmillan.
- Elson, D., Evers, B. (1998) Sector programme support: The health sector, a gender aware analysis. University of Manchester, Genecon Unit.
- Evans, A., Moore, M. (1998) The Bank, the state and development—dissecting the 1997 World Development Report. *Institute of Development Studies Bulletin* 29(2).
- Gilson, L. (1998) In defense and pursuit of equity. *Social Science and Medicine* 47(12):1891–1896.
- Jarrett, S.W., Ofosu-Amaah, S. (1992) Strengthening health services for MCH in Africa: The first four years of the Bamako Initiative. *Health Policy and Planning* 7(2):164–176.
- Kutzin, J. (1995) *Experience with organizational and financing reform of the health sector*. Geneva: World Health Organization. (Current Concerns SHS Paper No. 8.)
- Leslie, J. (1992) Women's time and the use of health services. *Institute of Development Studies Bulletin* 23(1):4–7.
- Louat, F., Grosh, M.E., van der Gaag, J. (1993) Welfare implications of female headship in Jamaican households. *Living Standards Measurement Study*. Washington, DC: World Bank. (Working Paper No. 123).
- Marquette, C.M. (1997) Current poverty, structural adjustment and drought in Zimbabwe. *World Development* 25(7):1141–1149.
- McPake, B., Hanson, K., Mills, A. (1993) Community financing of health care in Africa. An evaluation of the Bamako Initiative. *Social Science and Medicine* 36(11):1383–1395.
- Nabarro, D., Cassels, A. (1994) *Strengthening health management capacity in developing countries*. London: Overseas Development Administration.
- Norton, A., Bird, B. (1998) *Social development issues in sector-wide approaches*. London: Department for International Development. (Social Development Division Working Paper No. 1).
- Palmer, I. (1992) Gender equity and economic efficiency in adjustment programmes. En: Afshar, H., Dennis, C. *Women and adjustment policies in the third world*. Basingstoke: Macmillan.
- Razavi, S., Miller, C. (1995) Gender mainstreaming: A study of efforts by the UNDP, the World Bank and the ILO to institutionalize gender issues. Geneva: United Nation Research Institute for Social Development.
- Sen, G. (1996) Gender, markets and states: A selective review and research agenda. *World Development* 24(5):821–829.

- Standing, H. (1997) Gender and equity in health sector reform programmes: A review. *Health Policy and Planning* 12(1):1–18.
- Standing, H. (1998) Gender-aware human resource planning and management in the context of support to health sector reform. BRIDGE: Institute of Development Studies, University of Sussex.
- Stewart, F. (1992) Can adjustment programmes incorporate the interests of women? En: Afshar, H., Dennis, C. *Women and adjustment policies in the third world*. Basingstoke: Macmillan.
- van der Gaag, J., Barham, T. (1998) Health and health expenditures in adjusting and non-adjusting countries. *Social Science and Medicine* 46(8):995–1009.
- Vlassoff, C. (1994) Gender inequalities in health in the third world: Uncharted ground. *Social Science and Medicine* 39(9):1249–1259.
- Whiteford, L. (1993) Child and maternal health and international economic policies. *Social Science and Medicine* 37(11):1391–1400.
- Zwi, A., Mills, A. (1995) Health policy in less-developed countries. *Journal of International Development* 7(3):299–347.