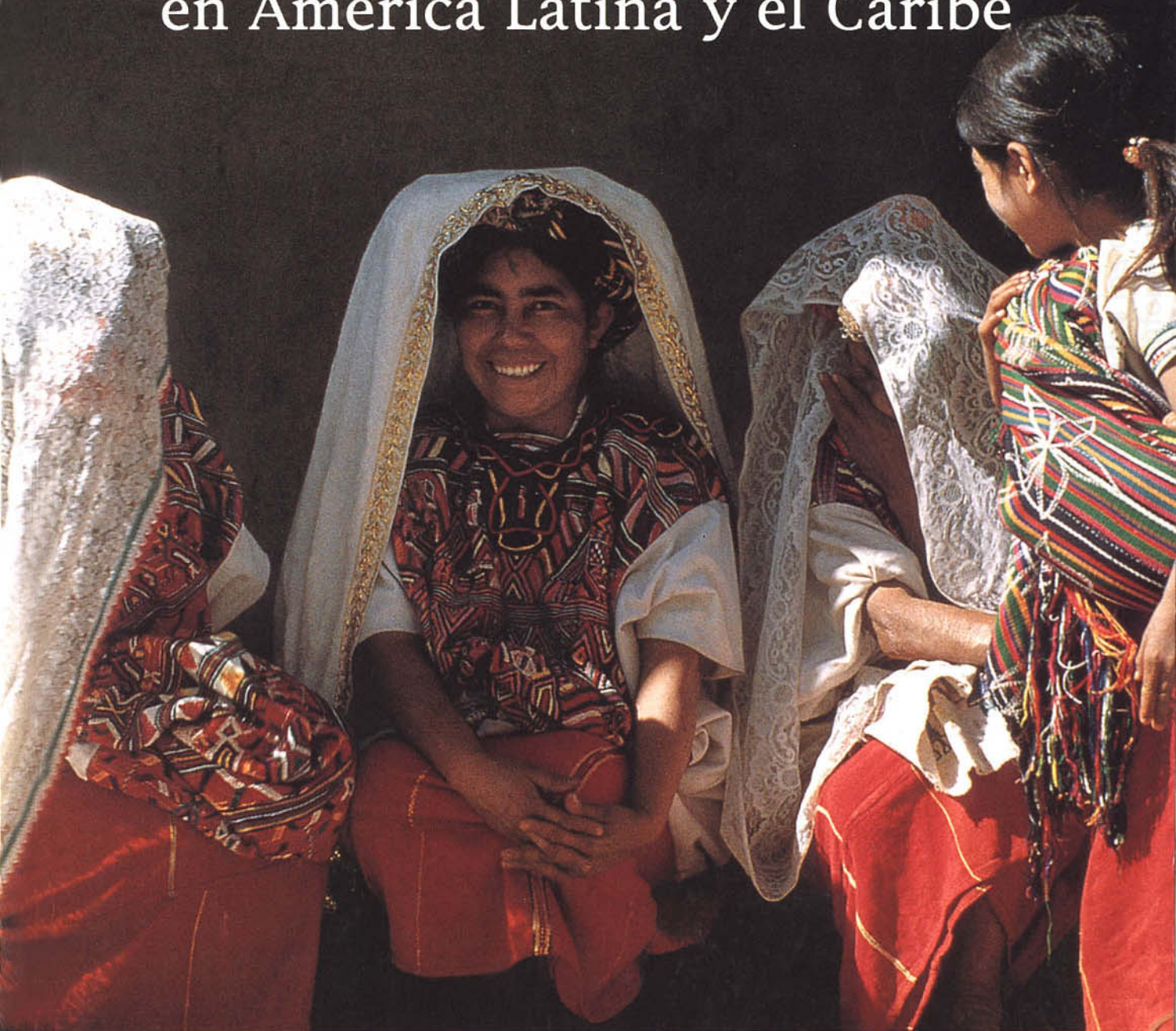




Banco Interamericano de Desarrollo

La salud de la mujer en América Latina y el Caribe



Ruth Levine, Amanda Glassman y Miriam Schneidman

Página en blanco a propósito

La salud de la mujer en América Latina y el Caribe

Ruth Levine
Amanda Glassman
Miriam Schneidman



Banco Mundial



Banco Interamericano de Desarrollo



Organización Panamericana
de la Salud

2001

Producido por la Sección de Publicaciones del BID. Las opiniones expresadas en este libro pertenecen a los autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista del BID, el Banco Mundial o la OPS.

La salud de la mujer en América Latina y el Caribe

© Banco Interamericano de Desarrollo, 2001

**Cataloging-in-Publication data provided by the
Inter-American Development Bank
Felipe Herrera Library**

Levine, Ruth, 1959-

La salud de la mujer en América Latina y el Caribe / Ruth Levine, Amanda Glassman, Miriam Schneidman.

p. cm. Includes bibliographical references.

ISBN: 1931003122

1. Women—Health and hygiene—Latin America. 2. Women—Health and hygiene—Caribbean Area. 3. Poor women—Latin America—Health and hygiene. 4. Poor women—Caribbean Area—Health and hygiene. 5. Health care reform—Latin America. 6. Health care reform—Caribbean Area. I. Glassman, Amanda, 1970- II. Schneidman, Miriam, 1954- III. Inter-American Development Bank. IV. Title.

RA654.85 .L48 2001
613/.04244/098 L445

Esta publicación puede solicitarse a: IDB Bookstore
1300 New York Avenue, NW
Washington, DC 20577
Estados Unidos de América
Tel. (202) 623-1753, Fax (202) 623-1709
1-877-782-7432
idb-books@iadb.org

www.iadb.org/pub

ISBN: 1931003122

INDICE

Indice de figuras, cuadros y recuadros	iv
Agradecimientos	v
Abreviaturas y acrónimos	vi
Resumen	1
Panorama general	7
Objetivos y organización	7
¿Qué es la salud de la mujer?	9
¿Por qué es necesario prestar atención a la salud de la mujer?	10
Marco para entender la salud de la mujer y las políticas de salud	11
Capítulo 1: Condiciones de salud de la mujer	17
Tipología	18
Las mujeres pobres, de zonas rurales y con bajo nivel educativo, enfrentan riesgos extremos en su salud reproductiva	19
Las mujeres tienen una gran carga de enfermedades crónicas, y las más afectadas son las pobres, las de zonas rurales y las de bajo nivel educativo	29
¿Qué significa esta información para quienes formulan las políticas y dirigen los programas?	34
Capítulo 2: Prestación de los servicios de salud de la mujer	37
Características de los servicios de salud de la mujer	38
Financiamiento de los servicios de salud de la mujer	42
Necesidades insatisfechas e insuficiencia del gasto	43
¿Qué significa esta información para quienes formulan las políticas y dirigen los programas?	46
Capítulo 3: La salud de la mujer y la reforma del sector de la salud: sinergias y riesgos	49
La salud de la mujer y la reforma del sector de la salud: dos caras de la misma moneda	50
Vínculos entre los cuatro elementos de la reforma del sector de la salud y la salud de la mujer en América Latina y el Caribe	51
Capítulo 4: Conclusiones	63
Ampliación de los servicios de salud reproductiva	64
Atención a las enfermedades no transmisibles	64
Ajuste cuidadoso de la reforma del sector salud	65
Notas	67
Referencias	71

Índice de figuras, cuadros y recuadros

Figuras

Figura 1.	Tasa global de fecundidad, por quintiles de ingreso	22
Figura 2.	Dos visitas prenatales como mínimo, por quintiles de ingreso	25
Figura 3.	Parto en el hogar, por quintiles de ingreso	26
Figura 4.	Diferencias en el uso de los servicios basados en la necesidad por las mujeres en Brasil	40

Cuadros

Cuadro 1.	Valores promedio de indicadores por grupos de países, decenio de 1990	19
Cuadro 2.	Mortalidad materna por grupos de países	20
Cuadro 3.	Uso actual de anticonceptivos y "necesidad insatisfecha" de métodos anticonceptivos, por grupos de países	23
Cuadro 4.	Uso "apropiado" de anticonceptivos, por grupos de países	24
Cuadro 5.	Embarazos no planeados, por grupos de países	24
Cuadro 6.	AVAD perdidos, estimaciones basales de ETS e infección por el VIH en 1990 y 2000 (miles)	27
Cuadro 7.	Incidencia y mortalidad debida a cáncer de cuello uterino por 100.000 mujeres; tasas normalizadas según la edad por grupos de países (estimaciones de 1990)	28
Cuadro 8.	AVAD perdidos (en miles) por determinadas enfermedades crónicas en 1990 y 2000, proyecciones basales (entre paréntesis)	30
Cuadro 9.	Tabaquismo por sexo y por país (por 100 habitantes, cifras del último año del que se dispone de datos)	33
Cuadro 10.	Gasto público en salud y gasto público total en la salud de la mujer, por tipos de institución, 1997	42
Cuadro 11.	Insuficiencia del gasto público para financiar un paquete básico de salud reproductiva, 1997	44

Recuadros

Recuadro 1.	¿Qué incrementa las probabilidades de que se acuda a los servicios de salud?	39
Recuadro 2.	Importancia de otras instituciones públicas en el sector de la salud	43
Recuadro 3.	Chile: La salud de la mujer y la descentralización	55
Recuadro 4.	Colombia	56
Recuadro 5.	Contratación: ingredientes clave para obtener buenos resultados	60
Recuadro 6.	PROSALUD	61

Agradecimientos

Este informe, fruto de la colaboración entre el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), está basado en varios documentos de antecedentes, los cuales pueden consultarse en inglés en el sitio de la Web que dedica el Banco Mundial a estudios sobre la salud de la mujer en la región de América Latina y el Caribe (www.worldbank.org/lachealth/).

Formaron parte del equipo que colaboró en la preparación de este informe Ruth Levine, Miriam Schneidman (Banco Mundial), Amanda Glassman (BID), Carol Collado, Elsa Gómez y Marijke Velzeboer-Salcedo (OPS). Nuestro agrade-

cimiento especial a Charles Griffin (Banco Mundial) y Ana Langer (Population Council, Oficina para América Latina y el Caribe) por sus valiosos aportes y comentarios, y a las autoridades y organizaciones que nos suministraron la información pertinente. Expresamos asimismo nuestro agradecimiento a Adam Wagstaff, Jerker Liljestrand e Isabella Danel (Banco Mundial), y a Mayra Buvinic, Tomás Engler, Isabel Nieves, Ingvild Belle (BID), Sandra Rosenhouse (Banco Mundial) y Sylvia Robles (OPS) por la revisión de versiones previas del documento. La asistencia de Marian Kaminskis fue sumamente valiosa en la preparación de este documento.

*A*breviaturas y acrónimos

AVAD	Año de vida ajustado en función de la discapacidad
APVP	Año de vida potencial perdido
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
CIIC	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
DRG	Diagnostic Related Group
DTP	Vacuna contra la difteria, la tuberculosis y la poliomielitis
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
IMC	Índice de masa corporal
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISAPRE	Instituto de Salud Previsional (Chile)
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (México)
ITS	Infección de transmisión sexual
LAC	Región de América Latina y el Caribe
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto interno bruto
PNB	Producto nacional bruto
PPA	Paridad del poder adquisitivo
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SSA	Secretaría de Salud (México)
TGF	Tasa global de fecundidad
TMM	Tasa de mortalidad materna
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Resumen

El sector de la salud en América Latina y el Caribe está sujeto a presiones para lograr mejores resultados de salud, sobre todo entre las poblaciones pobres, y a la vez padece serias restricciones presupuestarias. Los países están intentando hacer frente a este reto estableciendo nuevas prioridades para el gasto público, modificando el proceso jerárquico de la toma de decisiones, reorientando las principales instituciones e introduciendo mecanismos administrativos y financieros en favor de la productividad y la satisfacción de la demanda. A medida que se pone en práctica este proceso, se cosechan resultados y se efectúan los ajustes necesarios, es más probable que las autoridades que formulan las políticas logren sus objetivos si prestan cuidadosa atención al tema de la salud de la mujer y basan sus decisiones, al menos parcialmente, en una clara comprensión empírica de las condiciones sanitarias, económicas y sociales que rodean a la mujer.

En este informe se procura contribuir al debate sobre el diseño de políticas y programas de salud en América Latina y el Caribe enfocando el tema particular de la salud de la mujer. Su objetivo es proporcionar a los gobiernos y a quienes diseñan los programas, información sobre las necesidades prioritarias en la región y sobre la manera de lograr que las políticas que se adopten rindan resultados óptimos. El informe, que resume más de una docena de estudios originales, es fruto de la colaboración entre el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial y la Organiza-

ción Panamericana de la Salud (OPS). Se realizaron también tres consultas regionales patrocinadas por el BID, en colaboración con la Oficina para América Latina y el Caribe del Population Council, a fin de comprender mejor los aspectos centrales de la política en torno a la salud reproductiva en la región.

Los dos objetivos principales del estudio son:

- Analizar las tendencias y diferencias que muestra la salud de la mujer, algunos ejemplos de buenas prácticas de ejecución y financiamiento de programas encaminados a mejorar la salud de la mujer, y las dimensiones fundamentales de la salud de la mujer que deben contemplarse en las reformas del sector de la salud actualmente en marcha en la región.
- Dar pautas a los gobiernos y a quienes diseñan los programas sobre cómo obrar frente a los factores que más menoscaban la salud de la mujer, dentro del contexto de políticas sectoriales y nacionales de mayor alcance.

Situación de salud de la mujer en América Latina y el Caribe

La salud de la mujer en América Latina y el Caribe encierra una gran diversidad. Como reflejo de las disparidades subyacentes en las condiciones socioeconómicas y de la respuesta de las autoridades al formular políticas, los países de la región se caracterizan por mostrar grandes diferencias

en la situación de salud y servicios de salud de la mujer. Se estima que en Haití la mortalidad materna es de aproximadamente 600 muertes por 100.000 nacidos vivos, y casi el 80% de las mujeres dan a luz en el hogar. En Colombia, la mortalidad materna se ha reducido a 100 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, y menos del 20% de las mujeres dan a luz en casa. Y más adelante en esta amplia escala de valores, la tasa de mortalidad materna de Chile se ubica en 65 por 100.000 nacidos vivos, pero los prestadores de servicios de salud señalan que es cada vez más difícil proporcionar atención eficiente y de bajo costo a mujeres de mayor edad con enfermedades crónicas.

Si se analizan los indicadores de salud reproductiva, se observan perfiles claros y persistentes de una mala salud reproductiva vinculada con la pobreza, y a la vez una baja cobertura de los servicios básicos. En los países más pobres, existe desde hace mucho tiempo una situación generalizada de deficiencias nutricionales, niveles altos (e indeseados) de fecundidad, maternidad de alto riesgo y uso reducido de servicios de atención prenatal. Se observa asimismo que la mayoría de las mujeres de estos países tienen mucho en común con las mujeres más pobres de los países que están en mejor situación económica, cuyo riesgo de tener un mal resultado reproductivo es tan alto como el de las primeras, pese a la buena salud reproductiva de una gran proporción de las mujeres de estos últimos países.

La salud reproductiva es, sin embargo, sólo un aspecto de la situación de salud de la mujer. En general, la carga de morbilidad que imponen algunas enfermedades crónicas o no transmisibles es más elevada para las mujeres que para los hombres. La carga relativa de las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, es mayor en las

mujeres de 15 a 44 años y en las de más de 60. La carga de morbilidad por cáncer es también más alta para las mujeres. Los tumores de mama y cuello uterino se producen a una edad más temprana que los tumores malignos que más frecuentemente afectan a los hombres (OPS 1998). El mayor número de víctimas de cáncer de mama se registra en mujeres a partir de los 15 años. La carga de cáncer colorrectal es más elevada entre las mujeres de más de 45 años que entre los hombres de la misma edad. En cuanto a la diabetes, si bien la mortalidad por esa enfermedad está incrementándose entre los hombres, los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) que pierden las mujeres siguen siendo mucho más numerosos, y la disparidad se mantiene a partir de los 15 años. Las enfermedades reumáticas, que pueden menoscabar gravemente la función física y la salud mental, son mucho más comunes en las mujeres que en los hombres. La diferencia comienza a los 5 años de edad y se mantiene durante toda la vida.

El perfil de incidencia y prevalencia según las condiciones socioeconómicas es complejo. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer de cuello uterino tienden a ser más problemáticos en las poblaciones más pobres. En cambio, el cáncer de mama tiende a representar una proporción más grande de la mortalidad en las poblaciones que se encuentran en mejor situación económica, probablemente debido a que los factores de riesgo reproductivo tienen distinto perfil. Las mujeres de mejor nivel económico y educativo esperan más tiempo para tener su primer hijo, por poner un ejemplo.

Prestación y financiamiento de los servicios de salud de la mujer

El sector público es la fuente más común de servicios de salud para la mujer, aunque el sector privado también participa con una proporción bastante alta, incluso en las comunidades pobres. En un análisis especial realizado para este informe, en el cual se examinaron siete países de la región, se encontró que la mayoría de las mujeres, cuando perciben un problema médico, acuden al sector público o a prestadores privados de servicios de salud financiados con recursos públicos. Esto se encontró, en un extremo, en 42% de todas las consultas en Paraguay y en el otro en 76% de todas las consultas en Brasil. La cobertura del seguro médico se concentra en los quintiles de ingresos más altos y en las zonas urbanas, por lo general es pública, y beneficia por igual a mujeres y hombres.

Las mujeres de mayor nivel económico tienden a recurrir al sector privado, aunque existe una utilización notable de los servicios públicos en hogares de ingresos más altos. Incluso en el 20% más pobre en la escala de ingresos, más mujeres que hombres acuden a los servicios de salud o a farmacias del sector privado. En el 20% más pobre de los hogares, la utilización de servicios privados como primera opción oscila entre el 5% de las mujeres en Brasil (donde es obligatorio el acceso universal y la utilización de servicios privados pagados por el gobierno se incluye en la categoría de servicios “públicos”) y un 29% de las mujeres en Paraguay en su primera consulta.

Nuestros análisis demuestran una gran disparidad en el gasto total en salud —es 147 veces mayor en Brasil que en Jamaica, por ejemplo— y en el gasto como proporción del producto interno bruto (PIB). En general, sin embargo, el gasto

en servicios de salud para la mujer representa aproximadamente una cuarta parte del gasto público y casi la mitad del gasto domiciliario para la salud. No es de sorprender, entonces, que el volumen del gasto público en la salud de la mujer esté muy correlacionado con la riqueza del país, y su distribución entre las instituciones e insumos es similar a la del gasto total en salud.

Los análisis examinan la brecha que existe entre el gasto actual en salud reproductiva y los recursos necesarios para prestar un paquete de servicios básicos de salud reproductiva. En los siete países de cuyos datos se dispone, esta evaluación indica que el financiamiento tiene un déficit mínimo o nulo en Brasil, México y Jamaica. En Paraguay y en la República Dominicana se requerirían recursos marginales adicionales —del 11% al 15% del gasto público actual en salud reproductiva— para financiar servicios básicos de salud reproductiva para toda la población. En los países más pobres, en cambio, como Guatemala y Perú, el gasto público en servicios de salud reproductiva —si se excluye el apoyo externo— tendría que incrementarse en un 25–50% para alcanzar la meta.

La salud de la mujer y la reforma del sector de la salud: sinergias y riesgos

En el contexto de la actual restricción de recursos y crecientes demandas sobre el sistema de servicios, la reforma del sector de la salud puede constituirse en una excelente oportunidad para que las autoridades que formulan las políticas, los especialistas técnicos, los grupos de activistas, los líderes comunitarios y otros interesados en la salud de la mujer enfrenten el desafío de mejorar permanentemente los indicadores de salud de mujeres en situación de vulnerabilidad. Los es-

fuerzos bien diseñados e implementados para reformar los sistemas de salud que están en marcha en América Latina y el Caribe, pueden incrementar la cantidad, mejorar la calidad y estimular la demanda de servicios de salud para la mujer.

Al mismo tiempo, es preciso reconocer que las iniciativas de reforma mal diseñadas y ejecutadas —por ejemplo, las que no reparan en algunas de las dimensiones cruciales y específicas del género en la oferta y la demanda de servicios de atención— pueden erosionar los avances ya logrados en lo que respecta al mejoramiento de la salud de la mujer en la región. Esto se da tanto en los países más ricos —donde el desafío consiste en lograr una mayor eficiencia, sumada a la focalización y estimulación de la demanda en los sectores de menores recursos— como en los países más pobres, cuyo objetivo primario es asignar un mayor volumen de recursos a la satisfacción de necesidades persistentes de servicios esenciales y básicos de salud reproductiva.

El primer paso hacia utilizar los procesos de la reforma como oportunidad para promover mejoras en la salud de la mujer radica en comprender que quienes defienden la causa de la salud de la mujer y los “reformistas” tienen metas comunes, pese a diferencias en su formación profesional, ideología, afiliación política e incluso vocabulario. En su forma más rudimentaria, la reforma del sector de la salud (tal como se manifiesta en los países en desarrollo) suele aspirar a lograr tres objetivos primordiales.

En primer lugar, procura mejorar la eficiencia de la asignación general de los recursos públicos dentro del sector de la salud, para que los fondos públicos se encaminen hacia aquellos servicios de salud que ejerzan el efecto más beneficioso sobre las condiciones de salud pero que el

mercado no pueda proporcionar. Segundo, la reforma del sector de la salud procura ofrecer incentivos para la producción eficiente de servicios en los ámbitos público y privado, de tal manera que un nivel dado de insumos dedicados a un factor determinante de la formación de capital humano (y un elemento importante en la economía nacional) tenga el mayor rendimiento posible. Tercero, trata de mejorar la situación de los pobres —o por lo menos, de contrarrestar las políticas regresivas en torno al gasto público que siempre han existido— centrando el gasto público en servicios que benefician de forma desproporcionada a los hogares de bajos ingresos y a otros hogares vulnerables. Como se demuestra en este informe, para cumplir con cada uno de estos objetivos es menester prestar atención a la salud de la mujer.

Así como los encargados de formular las políticas y otros interesados en fomentar la reforma del sector de la salud pueden satisfacer mejor sus objetivos si dirigen su atención a la salud de la mujer, quienes defienden esta causa también pueden lograr sus metas si saben reconocer las oportunidades que ofrecen determinados aspectos de la reforma. Varios servicios de salud de la mujer se han caracterizado desde hace mucho tiempo por su mala calidad y falta de respuesta ante la demanda. Dentro de la reforma del sector de la salud, la institución de acuerdos contractuales, los nuevos mecanismos de financiamiento que operan del lado de la demanda, el fortalecimiento de mecanismos reguladores y la descentralización de la toma de decisiones tienen el potencial de resolver esos problemas. Por otra parte, como se documenta en este informe, para llevar a cabo todas las actividades destinadas a mejorar la salud reproductiva se requieren más recursos financieros y una mejor utilización de los

que ya se invierten en ese campo. También en este caso, las iniciativas de reforma del sector de la salud que procuran mejorar la eficiencia y la equidad pueden servir para liberar los recursos financieros y reorientarlos hacia este fin. Por último, el financiamiento de los servicios que no corresponden al campo de la salud es una tarea compleja que requiere mecanismos que abarcan, y a la vez exceden, con mucho, las erogaciones tradicionales del sector público. Probablemente haya que ampliar los sistemas de seguro públicos y privados.

Pese a lo que tengan en común quienes están interesados en mejorar los resultados en el campo de la salud de la mujer y los “reformistas” interesados en mejorar la eficiencia y la equidad, a menudo se ve limitada la comunicación entre ellos porque no existen canales ni mecanismos formales que permitan a los primeros participar en los procesos de reforma. En unos pocos países de la región —sobre todo en México, Brasil y Colombia— se iniciaron medidas para incorporar a los defensores de la salud de la mujer y a los especialistas en cuestiones de género en el diálogo sobre la dirección que debería emprender la reforma del sector de la salud, pero estos países son la excepción. En general, han sido limitados los mecanismos de participación formal y tanto los gobiernos nacionales como las entidades que fomentan el desarrollo han hecho relativamente poco para que se incluyan los derechos de la mujer y otras inquietudes específicas en torno al género femenino en los debates de la reforma del sector de la salud.

La salud de la mujer puede ser mejorada mediante cuatro estrategias comunes de la reforma del sector de la salud —descentralización, definición de prioridades en el sector público, modificación del financiamiento y ajuste a las fun-

ciones de los sectores público y privado— siempre y cuando se preste atención, durante la etapa del diseño, a las lecciones aprendidas de experiencias previas, como se resume a continuación y se explica con mayor detenimiento en el resto del informe.

La *descentralización* puede tener efectos positivos en los servicios de salud de la mujer cuando: 1) quienes defienden la causa de la salud de la mujer (y las pacientes) tienen voz en el proceso local de toma de decisiones; 2) existen políticas y “reglas del juego” nacionales coherentes que favorecen la prestación de servicios de calidad aceptable para la mujer; 3) se utilizan transferencias de recursos basadas en fórmulas que garantizan un financiamiento suficiente en función de las necesidades y que corrigen las desigualdades que siempre han existido, y 4) se da respaldo para fortalecer la capacidad técnica y gerencial en el ámbito local.

Las estrategias de *definición de prioridades en el sector público*, que emplean un análisis de la eficacia en función de los costos, suelen favorecer a los servicios básicos de salud reproductiva. El reto, como se observa en varios países, consiste en conseguir y usar información fiable y actualizada sobre costos y eficacia.

La ampliación de las *opciones de financiamiento* para movilizar recursos, controlar la demanda innecesaria y promover la mancomunidad de riesgos, redundará en mejores resultados para la salud de la mujer si en su diseño se contempla la posibilidad de que la mujer tenga menos acceso al ingreso del hogar y menos control sobre él que el hombre. Varios estudios han confirmado que es mejor recurrir a otras fuentes de financiamiento, en lugar de cobrar cargos a los usuarios por los servicios básicos de salud materno-infantil.

El establecimiento de contratos con organizaciones no gubernamentales y la colaboración entre los sectores público y privado tienen un enorme potencial para incrementar en la región el acceso a los servicios de salud de la mujer y mejorar su calidad, aunque hasta la fecha la experiencia ha sido escasa. Entre los elementos clave del éxito cabe mencionar: 1) establecer un marco normativo que proteja a los prestadores de

servicios, a las fuentes de financiamiento y, sobre todo, a los consumidores; 2) reducir al mínimo los costos de transacción e incorporar incentivos para mejorar la productividad y la calidad; 3) lograr que haya continuidad en la prestación de servicios y reducir al mínimo las demoras en los pagos, y 4) fortalecer los sistemas de información para las instancias administrativas, observar los resultados y efectuar los ajustes requeridos.

*P*anorama general

Resumen del capítulo

- ♦ Los sistemas de salud de América Latina y el Caribe se encuentran sometidos a presiones para mejorar sus resultados.
- ♦ Para alcanzar las metas de mayor equidad y eficiencia, es esencial mejorar nuestra capacidad para comprender y responder a las necesidades de salud de la mujer, incluso las que son ajenas a la reproducción.
- ♦ A fin de responder a las necesidades de la mujer es menester reconocer los factores que determinan en particular la salud del género femenino y la utilización de los servicios de atención de salud.

Objetivos y organización

El sector de la salud en América Latina y el Caribe se encuentra sometido a distintas presiones. Si bien los países de la región han logrado un notable avance en la prestación de servicios de salud pública e individual en los últimos decenios, los logros no son tan halagadores como cabría esperar a la luz del gasto que ha tenido el sector (BID 1997). Los hogares de bajos ingresos siguen padeciendo enfermedades prevenibles y son vulnerables a la inseguridad financiera vinculada con la mala salud. Por otra parte, los servicios de atención de salud de la región suelen ser ineficientes. El sector se caracteriza por un gran despilfarro. Muchos países reconocen estas deficiencias y toman conciencia de que cada vez se ven más obligados a hacer que las economías de la región compitan mejor a nivel mundial invirtiendo eficazmente en capital humano pero con presu-

puestos restringidos. Como resultado, están iniciando un proceso de reforma del sector de la salud orientado a establecer nuevas prioridades de gasto público, modificar el proceso jerárquico de toma de decisiones, reorientar las principales instituciones e introducir nuevos mecanismos de gestión y financieros que tengan por objeto fomentar la productividad y responder mejor a las necesidades de los consumidores.

A medida que este proceso se lleva a la práctica, rinde resultados y se va sometiendo a los ajustes necesarios, es más probable que los encargados de formular las políticas logren sus objetivos si prestan cuidadosa atención al tema de la salud de la mujer y fundamentan sus decisiones, en parte, en una sólida comprensión empírica de las condiciones sanitarias, económicas y sociales que ésta enfrenta. Del mismo modo que se ha demostrado que los objetivos de la inversión en el sector de la salud están estrecha-

mente vinculados con la solución del problema de la pobreza y la desigualdad en América Latina y el Caribe, también se ha comprobado que la obtención de mejores resultados en el sector de la salud depende en parte de la medida en que el sistema de salud comprende y responde a las diferencias que obedecen al género.

Objetivos. En este informe se procura contribuir al debate sobre el diseño de políticas y programas de salud en América Latina y el Caribe enfocando el tema particular de la salud de la mujer. El objetivo es proporcionar a los gobiernos y a quienes diseñan los programas información sobre las necesidades prioritarias de la región y sobre la manera en que las políticas pueden rendir resultados óptimos. El informe, que resume más de una docena de estudios originales, es fruto de la colaboración entre el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). También se realizaron tres consultas regionales en colaboración con la Oficina para América Latina y el Caribe del Population Council, a fin de comprender mejor los aspectos centrales de las políticas de salud reproductiva de la región.

Los dos objetivos principales del estudio son:

- ♦ Analizar las tendencias y diferencias observadas en la situación de salud de la mujer, algunos ejemplos de buenas prácticas de ejecución y financiamiento de programas encaminados a mejorar la salud de la mujer, y los aspectos fundamentales de la salud de la mujer que deben contemplarse en las reformas del sector de la salud que se están emprendiendo actualmente en América Latina.
- ♦ Dar pautas a los gobiernos y a quienes diseñan los programas para atender a los facto-

res que más contribuyen a determinar la salud de la mujer, dentro del contexto de políticas sectoriales y nacionales de mayor alcance.

Organización. El informe tiene una sección de introducción, precedida por el resumen y cuatro capítulos, de los cuales el último es de conclusiones. En esta sección, que ofrece un panorama general, se explica por qué nos centramos en el tema de la salud de la mujer, y se describe el marco conceptual para comprender los factores que la determinan y la función de la política sanitaria. En el capítulo 1 se describen las principales tendencias y diferencias en la situación de salud de la mujer en América Latina y el Caribe, agrupándose los países en cuatro categorías amplias de acuerdo con las tendencias que muestran sus indicadores de salud, demográficos y socioeconómicos. En ese análisis se ilustran los resultados de los países en relación con los demás en el último decenio y se sugieren las necesidades prioritarias en esta etapa. En el capítulo 2 se explican el acceso, la utilización y el gasto en salud de la mujer, y se ofrecen los resultados de nuevos análisis realizados en siete países. En el capítulo 3 se presentan los vínculos que existen entre la salud de la mujer y la reforma del sector de la salud, haciéndose hincapié en las posibles sinergias y oportunidades para integrar los temas relacionados con la salud de la mujer en las iniciativas de reforma de mayor cobertura, señalándose los riesgos que deberán evitarse. Se incluyen asimismo ejemplos de buenas prácticas para la prestación y el financiamiento de los servicios de salud de la mujer en la región. En el capítulo 4 se presentan las conclusiones y recomendaciones.

Los documentos y antecedentes pueden consultarse en inglés en el sitio del Banco Mundial en la Web (www.worldbank.org/lachealth/). En

este sitio se incluyen los materiales de consulta empleados en el estudio sobre la salud de la mujer y una serie de casos preparados para una conferencia sobre la reforma del sector de la salud celebrada en 2000 que se centró, en parte, en las innovaciones de política y programáticas para fomentar una prestación más eficaz de servicios de salud materno-infantil a las comunidades pobres.

¿Qué es la salud de la mujer?

La salud de la mujer consiste en una amplia gama de condiciones, influidas por el estatus socio-económico, el nivel educativo y la disponibilidad, el costo y la calidad de los servicios. Abarca la salud reproductiva, definida de manera general en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) y en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo 1994) como "...un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos". También abarca el problema de las enfermedades crónicas (como los trastornos cardiovasculares, el cáncer y la diabetes), las enfermedades mentales y los problemas de salud de origen ocupacional y ambiental. Pueden utilizarse los criterios indicados a continuación para hacer la distinción entre la salud de la mujer y la del hombre. Los asuntos relacionados con la salud de la mujer: 1) son exclusivos de todas las mujeres o de algunos grupos de mujeres; 2) tienen más prevalencia entre todas las mujeres o en algunos grupos de mujeres; 3) tienen consecuencias o repercusiones más graves para toda mujer o para algunos grupos de mujeres, y 4) requieren tratamiento diferente para cada mujer o para ciertos grupos de mujeres.

La región de América Latina y el Caribe presenta un panorama complejo en cuanto a las condiciones de salud de la mujer. La prioridad que se adjudicó a ampliar el acceso a la planificación familiar en muchos países generó resultados asombrosos: logró un descenso de la tasa global de fecundidad de 5,0 a 2,7 niños por mujer, y permitió que un tercio de los países alcanzaran una fecundidad a nivel de reemplazo en los últimos 25 años (Loganathan 1999). Pese a estos notorios logros regionales, el avance no ha sido uniforme en los países: por ejemplo, el riesgo de la mujer, a lo largo de toda su vida, de fallecer durante el embarazo y el parto oscila entre 1:17 (Haití) y 1:510 (Panamá). La esperanza media de vida de la mujer es de aproximadamente 57 años en Haití, 63 años en Bolivia y casi 80 años en Costa Rica.

Al mismo tiempo, están surgiendo nuevos problemas y retos de salud. Por un lado, el creciente problema de la infección por el VIH/SIDA obliga a los programas de salud reproductiva a prestar más atención a servicios y poblaciones particulares. Por otra parte, habida cuenta del envejecimiento de la población, muchos países están registrando una modificación de los perfiles epidemiológicos, en los que las enfermedades infecciosas se están viendo desplazadas poco a poco por las enfermedades crónicas.

En resumen, los países de la región enfrentan un triple reto: 1) actividades pendientes en materia de salud reproductiva, situación que afecta desproporcionadamente a los países de menores ingresos y a los pobres en todos los países; 2) nuevas enfermedades infecciosas, entre ellas la infección por el VIH/SIDA, y 3) problemas de salud emergentes, entre ellos las enfermedades crónicas y degenerativas, los accidentes, y las enfermedades mentales y ocupacionales, sobre todo en los países de ingresos más altos.¹ Si

bien estos problemas de salud que están surgiendo afectan a hombres y mujeres, la mujer tiene necesidades especiales debido a su mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH/SIDA, su variada susceptibilidad biológica y social y su mayor representación en la población de más edad.

¿Por qué es necesario prestar atención a la salud de la mujer?

Si se han de elaborar políticas bien concebidas para mejorar los resultados en el sector de la salud, es menester prestar atención a los factores determinantes y a las características de la salud de la mujer, así como a la asignación de recursos públicos y privados para financiar servicios en ese ámbito. Esto no quiere decir que la salud de la mujer sea intrínsecamente más importante que la del hombre, sino que una política sanitaria acertada reconoce y responde a las diferencias biológicas y socioeconómicas que se ven determinadas por el género.

Cabe mencionar algunas características de la salud de la mujer:

- ♦ *La mujer es la beneficiaria primaria de los servicios de atención de salud en América Latina y el Caribe, sobre todo de los que están financiados con fondos públicos.* La mujer usa los servicios generales —los que benefician a hombres y mujeres— y también servicios específicos vinculados principalmente con el embarazo y la maternidad. Como se indica en el capítulo 3, es más probable que las mujeres sientan y notifiquen un malestar y busquen atención médica que los hombres. Interactúan con mayor frecuencia con el sistema de salud que sus hermanos y esposos, o bien como pacientes o por ser las que en general se ocupan de cuidar a sus hijos cuando están enfermos. El resultado de prácticamente todas

las decisiones de política o programáticas en el sector de la salud estará determinado en gran medida por la respuesta de la mujer y las repercusiones que tenga en ella.

- ♦ *La salud de la mujer tiene externalidades importantes.* Las mujeres, por derecho propio, merecen la oportunidad de gozar de excelente salud y de la capacidad resultante de participar en la educación, la fuerza de trabajo y otros ámbitos sociales. La salud de la mujer tiene, además, un impacto más amplio. En primer lugar, la salud de la mujer antes de y en el transcurso de sus años reproductivos constituye un poderoso factor que determina el bienestar de sus hijos. Las mujeres que sufren de malnutrición grave durante el embarazo, por ejemplo, tienen más probabilidades de tener hijos con bajo peso al nacer y con deficiencias físicas y cognitivas. En segundo lugar, las mujeres son, por lo general, las que se ocupan de cuidar a los niños y a menudo se encargan también de cuidar a otros miembros del hogar cuando están enfermos o discapacitados. Cuando estas mismas mujeres —las que cuidan de los demás— se enferman, sufren todas las personas que están a su cargo. En casi todos los casos, la muerte de la madre tiene efectos catastróficos en el bienestar físico y psicológico de los niños pequeños.² Por último, las mujeres que trabajan tienden a dedicarse a una amplia variedad de ocupaciones en el sector de los servicios, poniéndose así en contacto directo con muchas personas. La salud y el bienestar de una comunidad dependen, en parte, de la salud de las personas que se ocupan de la educación, la atención de enfermería, los servicios de alimentación y el cuidado de los niños.

- ♦ *Los objetivos de equidad y eficiencia en la reforma del sector de la salud sólo podrán lograrse si se presta atención a la salud de la*

mujer en general y a la salud reproductiva en particular. Desde la perspectiva de la equidad, la asociación prácticamente invariable entre la vulnerabilidad socioeconómica y los problemas particulares de salud que padece la mujer, como la maternidad de alto riesgo y las deficiencias nutricionales, hace que la mejora de algunos tipos de servicios de salud de la mujer beneficie de manera desproporcionada a las que son pobres. Por otra parte, si se hace caso omiso de estos problemas —y no se dedican los recursos adecuados a resolverlos— se afianzan los altos niveles de desigualdad que caracterizan a la mayoría de las sociedades de América Latina. Desde la perspectiva de la eficiencia, uno de los principales medios para lograr mejores resultados en materia de salud, con el mismo nivel de gasto, es focalizar los recursos públicos en un conjunto concreto de servicios de salud destinados a la mujer que probablemente el sector privado no pueda producir en volumen adecuado y que tengan una relación costo-efectividad favorable.³

♦ *Las principales inquietudes en torno a la salud de la mujer constituyen una oportunidad para definir intereses compartidos entre distintos actores del sector de la salud.* Cuando se examina la salud de la mujer, puede verse una clara convergencia de intereses entre aquellas personas y grupos que insisten en luchar por los derechos humanos y en pro de la salud pública, y los que ponen el acento en la importancia de los criterios económicos a la hora de establecer prioridades. Esta convergencia de intereses puede ser una fuerza importante para promover actividades favorables a la salud reproductiva en los países más pobres de la región y para luchar por mejorar la situación de salud de las personas relativamente mayores en los países de la región que es-

tán en mejor situación económica. Al mismo tiempo, dado que las mujeres constituyen una abrumadora mayoría entre los pacientes y que desempeñan un papel protagónico en la toma de decisiones sobre atención médica, los planificadores y los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, deberán contar entre sus funciones la de saber atender mejor a las necesidades de la mujer.

Pese a todo lo que acaba de exponerse, los problemas de salud de la mujer aún no han recibido adecuada atención. En los ámbitos de la medicina y de la salud pública los problemas de salud de la mujer y del hombre siempre se han tratado como si fuesen iguales, aunque existen importantes diferencias biológicas y fisiológicas que deben tenerse en cuenta al identificar las intervenciones apropiadas.⁴ En la formulación de las políticas se ha centrado la atención en la capacidad reproductiva de la mujer y en su función de madre, y no en sus necesidades propias, lo que llevó a la exclusión de las necesidades sanitarias ajenas a la reproducción.

Marco para entender la salud de la mujer y las políticas de salud

Hombres y mujeres difieren en su vulnerabilidad fisiológica a la mala salud y en su interacción con el sistema de servicios de salud y el entorno general. Es útil, entonces, identificar en qué puntos de la cadena de sucesos, que abarca el recorrido desde la formulación de políticas hasta las prácticas de salud individuales, se manifiestan esas diferencias. En esta sección presentamos un marco conceptual para analizar los factores que determinan la salud, y luego utilizamos ese marco para identificar de qué maneras las mujeres y los hombres enfrentan diferentes restricciones,

escogen diferentes opciones y experimentan diferentes resultados en su salud.

Marco general. Las condiciones de salud responden a una combinación de factores y comportamientos biológicos propios del individuo, el hogar, la comunidad y la nación. La compleja cadena de sucesos que conduce a un resultado sanitario puede considerarse desde varias ópticas. Una de ellas —que de ninguna manera es la única— es considerar que la salud es el producto directo de una serie de insumos, como la alimentación y la atención médica, e identificar la variedad de factores individuales, domésticos y comunitarios o sociales que influyen en la combinación de insumos. Con este tipo de marco podemos analizar los factores determinantes directos e indirectos de la salud de manera sistemática y comprobar cómo la elección de políticas puede afectar a los resultados de salud.^{5,6}

Individuos y hogares escogen entre distintas opciones, tratando de equilibrar el valor que asignan a la buena salud y el que asignan a otros aspectos del bienestar individual y doméstico, y a la vez teniendo en cuenta las limitaciones económicas, de información y de otro tipo.⁷ Todos los días, los individuos (o, en el caso de los niños, sus padres u otras personas que los cuidan) deben escoger entre aspirar a tener mejor salud u otros objetivos que también pueden mejorar el bienestar. En otras palabras, escogen entre los insumos o comportamientos que generan salud, por un lado, y el consumo que da lugar a otros tipos de beneficios, por el otro. Por ejemplo, ante las crecientes presiones económicas y los grandes números de mujeres que ingresan al mercado de trabajo en América Latina, a menudo la mujer enfrenta difíciles opciones al dividir su tiempo entre actividades que generan ingresos, las responsa-

bilidades que impone el cuidado de los hijos, y la búsqueda de atención médica en caso de enfermedad.

Aquí vemos la primera de las posibles diferencias entre el hombre y la mujer. El grado en que determinados insumos favorecen la salud se ve afectado en cierta medida por características individuales inmutables (entre ellas la edad, la constitución genética y el género). Hombres y mujeres tienen diferente grado de vulnerabilidad ante diferentes enfermedades; casi todos los problemas de salud tienen perfiles de incidencia y gravedad que varían según el género, y evidentemente la mayoría de los problemas reproductivos de la mujer no afectan directamente al hombre. A un nivel más sutil, la salud se ve afectada por la educación y la información: las personas mejor informadas están, en general, en mejores condiciones de determinar cuándo una situación particular de salud exige atención médica, de saber utilizar los medicamentos, etc. Cuando el hombre y la mujer difieren en su nivel educativo, en su acceso a la información, o en ambos, estas asimetrías pueden contribuir a las diferencias de salud entre hombres y mujeres.

Los insumos o comportamientos respecto de los cuales las personas y los hogares se deciden por una opción u otra pueden concebirse como: 1) los que están directamente relacionados con la salud, como el tratamiento médico en caso de enfermedad, la vacunación y otras acciones preventivas; 2) los que están relacionados con la salud pero que suministran otros tipos de beneficios, como la vivienda, el abastecimiento de agua, la alimentación, los comportamientos arriesgados, el ejercicio físico, etc., y 3) los que en general no se consideran relacionados con la salud, como el empleo, las actividades del hogar y el transporte. Las opciones dependen de caracte-

rísticas individuales, como la educación, algunas características del hogar —entre ellas el ingreso— y características de la comunidad, como la disponibilidad y los precios de los servicios de salud, normas culturales, factores jurídicos, condiciones ambientales, etc.

Los valores relativos que se asignan a la buena salud y a otros resultados que la gente desea pueden diferir según el género (así como otras características). Por ejemplo, los hogares pueden asignar menos valor a la salud de las mujeres o de las niñas que a la salud de los varones, por razones de discriminación. También es posible que los hogares esperen que las mujeres generen menos ingresos que los hombres, debido a las características del mercado de trabajo. En ese caso, pueden invertir menos tiempo y menores recursos monetarios en la atención médica de las niñas.

En este contexto es importante destacar que la toma de decisiones en el hogar puede no estar basada en preferencias y en valores compartidos por todos sus integrantes. En general, los hogares no son monolíticos, es decir, puede haber desacuerdo en cuanto a las prioridades dentro de ellos. Las personas que toman las decisiones no son necesariamente aquéllas cuya salud se ve afectada. El ejemplo más evidente es el de los niños, en cuya salud influyen las decisiones de sus padres. Por ejemplo, las decisiones sobre la atención prenatal, el amamantamiento, los primeros complementos alimenticios y las vacunas inciden en la salud de los niños. Además, como los recursos del hogar son escasos, es posible que el hogar no gaste todo lo que desearía en cada integrante y tenga que elegir entre actividades que afecten a diferentes miembros del hogar.

Los primeros modelos económicos del entorno doméstico (como el de Becker 1964) se ba-

saban en el supuesto de que todos los hogares lograban, en conjunto, cierto nivel máximo de bienestar, y que el hogar debería tratarse como si fuese una persona aislada. Las investigaciones más recientes han reconocido que puede haber distintas preferencias entre los integrantes del hogar. Se ha investigado de qué forma los distintos estilos de toma de decisiones pueden afectar a la asignación de recursos en el ámbito doméstico (véase Thomas 1989). Por ejemplo, puede ser que en una familia los integrantes se traten mutuamente sin egoísmo, mientras que en otra puede haber una persona con conducta dictatorial, quizá con cierto sesgo desfavorable respecto a otros integrantes, como las mujeres o los ancianos, en tanto que otra familia puede negociar, con o sin ánimo de cooperación, la asignación de los recursos.

La variación en las preferencias y las funciones de cada sexo en la familia son factores importantes para la inversión que efectuará una generación en la siguiente. Por ejemplo, en un importante estudio de Thomas (1994), en el que se utilizan datos de Brasil, se demostró que las hijas tenían mayor estatura en los hogares donde la madre tenía más control de los recursos económicos, y que los hijos eran más altos en hogares donde los recursos eran controlados por el padre. La comparación se hizo manteniendo constante el nivel de recursos económicos del hogar. La hipótesis es que la madre y el padre tienen distintas preferencias en torno a la salud de sus hijos e hijas. El grado en que esas preferencias afectan a la toma de decisiones está vinculado con el grado en que la madre o el padre controla los recursos. Las observaciones de este estudio corroboran la opinión de que si la madre tiene más injerencia en el hogar, lo probable es que las hijas sean mejor tratadas dentro de la familia.

A nivel comunitario, las decisiones se formulan con respecto a la calidad del ambiente (vivienda, saneamiento, transporte, oportunidades de trabajo) y la índole de los servicios de atención de salud, también en este caso eligiendo las prioridades en función de las limitaciones. Las diferencias en función del género son evidentes también a este nivel. Las relativas desventajas socioeconómicas de la mujer pueden incidir en las decisiones que tome la comunidad para responder a las necesidades de la población femenina. En algunas sociedades, las ocupaciones y preocupaciones de la mujer se consideran explícitamente menos importantes que las de los hombres. Las contribuciones del miembro de una familia a la economía formal, por ejemplo, pueden considerarse más importantes que las actividades de otro miembro dirigidas a fortalecer la vida familiar. En la mayoría de las sociedades, las mujeres son menos activas y participan menos en la vida pública que sus hermanos y esposos, de manera que las decisiones que se adopten, incluso en entornos nominalmente democráticos, pueden no tener en cuenta las necesidades y exigencias de las mujeres.

A nivel nacional o subnacional (dondequiera que se formulen las políticas y programas relevantes), tanto las decisiones dentro del sector de la salud como en los demás sectores, afectan en definitiva a las condiciones de salud de la población. Las políticas vinculadas con el financiamiento, la estructura y la gestión de los servicios de salud determinan la disponibilidad y las características de la atención a la que puede acceder la población. Las políticas que pertenecen al dominio de la educación y el medio ambiente, así como de la dinámica macroeconómica, son muy importantes porque determinan las limitaciones que confrontan las comunidades, los hogares y

los individuos para alcanzar, utilizar y devengar beneficios de los servicios de salud.

A este nivel es posible percibir algunas diferencias claras relacionadas con el género, dado que suele ser evidente la desventaja de la mujer como participante en la vida pública. No obstante, las autoridades tienen el potencial de reducir al mínimo las desigualdades que pueden ser más difíciles de combatir directamente en el hogar y la comunidad. Algunas políticas, como las que promueven la educación de las niñas, pueden emplearse para corregir las diferencias que existen en el estatus socioeconómico, y esto tendrá un efecto prolongado y positivo en la salud de la mujer. Otras, como las que incrementan el uso eficaz del financiamiento público para los servicios de salud de la mujer, pueden tener un impacto positivo directo y relativamente inmediato en el acceso de la mujer a los servicios y productos de la atención de salud.

Cabe destacar el efecto que tienen para cada género las políticas sobre precios de los servicios educativos y de salud. En algunos trabajos se ha demostrado que la demanda de servicios médicos y de educación para la mujer es más sensible a los precios que la del hombre. Alderman y Gertler (1998) demuestran que, en Pakistán, los incrementos de los precios de la atención primaria reducen el tratamiento de las enfermedades de las niñas en mayor grado que el de las enfermedades de los niños; Gertler y Glewwe (1991) muestran que el aumento de los costos de escolaridad reduce más la matrícula de las niñas que la de los niños. Esto tiene implicaciones importantes para las políticas de coparticipación en los pagos. Cuando aumenta el costo que paga directamente el paciente para financiar mejoras en los servicios de salud, el acceso a la atención médica tiende a reducirse más para las

niñas que para los niños. De la misma manera, el aumento de las cuotas escolares reduce más la matrícula de las niñas que la de los niños.

En ambos estudios también se encontró que la demanda de atención médica y educación de las niñas presenta una mayor elasticidad con respecto al ingreso que la de los niños. En consecuencia, el acceso de las niñas a la atención médica y a la educación es inversamente proporcional al ingreso y más vulnerable a las perturbaciones económicas. De ahí la necesidad de prestar atención especial para garantizar el acceso de las niñas a la educación en los hogares más pobres y durante crisis económicas. Además, esto significa que es más probable que las niñas se beneficien del crecimiento económico general que los niños, aunque comiencen desde un nivel inferior.

Es importante concebir las relaciones como dinámicas e insertas en el contexto del ci-

clo vital, con modificaciones durante toda la vida. Los niños y los adultos jóvenes tienen diferentes necesidades sanitarias y pueden escoger entre diferentes opciones (o, si son niños, alguien escoge por ellos). De la misma manera, los jóvenes adultos tienen diferentes problemas de salud, opciones y limitaciones que los ancianos. Sin embargo, las decisiones de inversión en capital humano que se toman en las primeras etapas de la vida —como las que se relacionan con la nutrición, la educación y la atención de salud preventiva— tienen profundas implicaciones para la salud en etapas posteriores.

En el siguiente capítulo presentamos un panorama general de las condiciones de salud de la mujer en América Latina y el Caribe, con el propósito de identificar oportunidades para hacer inversiones cruciales que pueden mejorar el bienestar de la mujer y su familia.

Página en blanco a propósito

Condiciones de salud de la mujer

Resumen del capítulo

- ♦ Las condiciones de salud de la mujer de la región varían mucho de un país a otro y dentro cada país, pudiéndose identificar cuatro perfiles.
- ♦ Queda mucho por hacer para mejorar la salud reproductiva de las poblaciones más pobres, y está surgiendo un problema de enfermedades crónicas en toda la región.
- ♦ En los países donde son más deficientes las condiciones de salud de la mujer, las autoridades deberán centrarse en las mejoras generales de los servicios básicos que redunden en mayores beneficios para la salud reproductiva: atención prenatal oportuna y confiable, asistencia de personal capacitado en los partos, complementos nutricionales, sobre todo para corregir la anemia por deficiencia de hierro, y métodos anticonceptivos adecuados para las mujeres que deseen espaciar o limitar la maternidad.
- ♦ En los países con mejores condiciones medias de salud, deberán fortalecerse los servicios de salud reproductiva en las comunidades más pobres, y los gobiernos deberán considerar formas de compensar el suministro y el financiamiento de la atención de las enfermedades no transmisibles cuando el mercado no se ocupe de ello. Dadas las diferencias en las tasas de prevalencia de hombres y mujeres, puede ser necesario emplear estrategias específicas para abordar las diferencias en función del género.

La salud de la mujer en América Latina y el Caribe se caracteriza por su diversidad. Como reflejo de las diferencias en las condiciones socioeconómicas y en las políticas adoptadas para responder a las necesidades de la población, los países de la región presentan grandes diferencias en la situación de salud y los servicios para la mujer. En Haití, se calcula que la mortalidad materna es de aproximadamente 600 por 100.000 nacidos vivos, y casi el 80% de las mujeres dan a luz en sus hogares. En Colombia, la mortalidad materna se ha reducido a 100 muertes por 100.000 nacidos vi-

vos, y menos del 20% de las mujeres dan a luz en casa. Más aún, en esta misma tendencia, la tasa de mortalidad materna de Chile se ubica en 65 por 100.000 nacidos vivos, y los prestadores de servicios de atención de salud señalan que es cada vez más difícil proporcionar atención eficiente y de bajo costo para mujeres de más edad con enfermedades crónicas.

Estas diferencias son sorprendentes no sólo entre distintos países, sino dentro de un mis-

mo país. La probabilidad de sufrir malnutrición de las mujeres más pobres de Haití es dos veces y media mayor⁸ que la de mujeres de hogares con los mayores ingresos. En Colombia, aproximadamente el 60% de las mujeres más pobres son atendidas en el parto por personal con formación médica, en comparación con más del 98% de las mujeres más ricas.

En este capítulo analizaremos los perfiles y las diferencias de las condiciones sanitarias en América Latina y el Caribe, centrándonos principalmente en los resultados para la salud reproductiva. En primer lugar, agrupamos a los países de la región en una tipología sencilla basada en indicadores clave de situación y servicios de salud. En segundo lugar, examinamos la situación de la salud reproductiva en varios países de la región sobre los cuales se dispone de datos relativamente recientes obtenidos de los hogares incluidos en las encuestas de demografía y salud.⁹ Tercero, sobre la base de datos recopilados por la OPS, presentamos información sobre la prevalencia de enfermedades no transmisibles emergentes.

Tipología

Si bien cada país tiene sus propios problemas característicos, es útil tratar de agruparlos en categorías a fin de formular una estrategia más generalizada. Con este objetivo, para este estudio se desarrolló una tipología de la salud de la mujer. Se utilizaron en la tipología ocho variables —PNB per cápita, tasa de analfabetismo en adultos, esperanza de vida de la mujer, tasa global de fecundidad, gasto total en salud, acceso al saneamiento, partos atendidos por personal con formación médica e inmunización infantil (vacuna DPT) —utilizando la técnica de análisis por grupos de paí-

ses.¹⁰ Se analizaron 21 países de la región sobre los cuales se cuenta con información suficiente.

Con base en datos de 1990–96, los grupos de países son:

- ♦ **Estatus alto:** Argentina, Chile, Costa Rica, Panamá y Uruguay.
- ♦ **Estatus medio alto:** Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, México, Paraguay, República Bolivariana de Venezuela, República Dominicana, y Trinidad y Tobago.
- ♦ **Estatus medio bajo:** Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú.
- ♦ **Estatus bajo:** Haití.

En el cuadro 1 se muestran los valores promedio de los indicadores clave de cada uno de los tipos de países. Se observa una gran divergencia en todos los indicadores. Los países de estatus alto presentan condiciones que, en promedio, no difieren mucho de las de varios países industriales, en tanto que los países de estatus medio bajo y bajo tienen por característica extremas desventajas. En su gran mayoría, los tipos de países corresponden simplemente a los niveles de PNB per cápita: cuanto más alto el ingreso, más alto es el estatus en esta tipología. No obstante, varios países no encajan claramente en este perfil. Costa Rica y Panamá, por ejemplo, tienen un estatus más alto que el que cabría esperar sobre la base exclusiva del ingreso per cápita. La buena salud de la mujer, la suficiencia de recursos y las buenas condiciones de los servicios de salud colocan a estos países en la categoría de estatus alto. Brasil se asemeja más en ingreso al grupo de estatus alto, pero debido a la inferioridad de su nivel de salud, recursos y servicios de salud, se ubica entre los países de estatus medio alto. En las descripciones de las condiciones sanitarias que se presentan a continuación, se utili-

Cuadro 1 Valores promedio de indicadores por grupos de países, decenio de 1990

	Estatus alto	Estatus medio alto	Estatus medio bajo	Estatus bajo
Esperanza de vida de la mujer (años)	77,5	73,9	69,0	56,7
Tasa global de fecundidad (niños por mujer)	2,5	2,9	3,9	4,3
Acceso a saneamiento (% de la población)	86,6	59,4	53,2	24,0
Analfabetismo (% de la población de 15 años y más)	5,1	12,9	24,0	55,0
PNB per cápita	4.944	2.650	1.210	310
Parto atendido por personal capacitado	95,0	70,2	40,2	40,0
Gasto en salud (gasto total como % del PIB)	8,32	5,68	5,22	3,6
Vacuna DPT (% de niños menores de 1 año)	87,6	86,4	86,2	30,0

Fuente: Loganathan 1999.

zan estos grupos de países para comprender más fácilmente la información. Las inferencias de política y programáticas derivadas de los datos de los países de la muestra pueden aplicarse, pero con cuidado, a otros países del mismo grupo.

Las mujeres pobres, de zonas rurales y con bajo nivel educativo, enfrentan riesgos extremos en su salud reproductiva

Las definiciones de salud reproductiva formuladas en distintas conferencias de las Naciones Unidas en los años noventa rebasan el ámbito de la salud materna y abarcan el bienestar sexual y reproductivo integral. Dada su amplia definición, y tal como se explica en este capítulo, son muchos los factores que influyen en la salud reproductiva, como el estatus socioeconómico, el nivel educativo, las normas culturales y sociales que rigen la sexualidad femenina, las relaciones de poder dentro del matrimonio u otro tipo de unión, la violencia doméstica y sexual, y la disponibilidad, el costo y la calidad de los servicios de salud reproductiva. En esta sección nos limitamos a describir los perfiles epidemiológicos y de uso de servicios relacionados con un conjunto de re-

sultados en materia de salud reproductiva sobre los cuales se dispone de datos, con miras a identificar los objetivos cruciales para la acción de políticas y programática.

Si analizamos los indicadores de salud reproductiva, observamos perfiles claros y persistentes de una deficiencia vinculada con la pobreza y con la baja cobertura de los servicios básicos. En general, en los países de estatus bajo y medio bajo, hay pruebas de una situación nutricional deficiente de larga data y generalizada, altos (e indeseados) niveles de fecundidad, maternidad de alto riesgo y bajo uso de servicios prenatales. Sin embargo, la mayoría de las mujeres de estos países tienen mucho en común con las mujeres más pobres de los países de estatus medio alto y alto, quienes se encuentran igualmente en alto riesgo debido a las deficiencias de la salud reproductiva, pese a la buena salud reproductiva de la que goza una gran proporción de las mujeres de los países más ricos.

Morbilidad y mortalidad materna. Pese a no contar con fuentes de datos fidedignas, Murray y López (1996) calcularon que todos los años las mujeres pierden aproximadamente 2,2 millones de años de vida ajustados en función de la disca-

Cuadro 2 Mortalidad materna por grupos de países

País	TMM (defunciones por 100.000 nacidos vivos), 1990–97
Estatus alto	
Argentina	100
Chile	65
Costa Rica	55
Estatus medio alto	
Brasil	160
Colombia	100
El Salvador	300
Jamaica	120
República Dominicana	110
Estatus medio bajo	
Guatemala	190
Honduras	220
Nicaragua	160
Perú	280
Estatus bajo	
Haití	600

Fuente: Loganathan 1999.

pacidad (AVAD) debido a situaciones relacionadas con el embarazo. La mortalidad materna registra grandes variaciones en la región, desde 65 por 100.000 nacidos vivos en Chile a más de 600 por 100.000 en Haití. El cuadro 2 muestra estimaciones recientes de mortalidad materna de varios países, siguiendo la tipología explicada.

En general, la mortalidad debida a causas vinculadas con la maternidad se redujo sustancialmente en la mayor parte de la región en los últimos decenios. De 1980 a 1994, la mortalidad materna disminuyó 42% en el Cono Sur, 38% en México, 35% en Brasil y 35% en los países angloparlantes del Caribe. No obstante, algunas partes de la región siguen teniendo niveles persistentemente elevados de mortalidad materna. En muchos países centroamericanos, por ejemplo, la

mortalidad materna apenas disminuyó 4% entre 1980 y 1994.

Como se describe en detalle en las secciones posteriores, existe una constelación de factores —la mayoría de ellos fuertemente vinculados con la pobreza y la vulnerabilidad social— que confieren un alto riesgo de obtener resultados reproductivos deficientes. Las madres en situación de alto riesgo son las que se ubican muy al principio o al final de los años reproductivos, tienen muchos hijos, y padecen o padecieron malnutrición. Los efectos de estos factores se exacerban cuando la atención prenatal u obstétrica es inadecuada. Al no tener acceso a métodos de planificación familiar (o al no utilizarlos) que sean congruentes con sus objetivos reproductivos, las mujeres también son vulnerables a embarazos no deseados, y a las consecuencias de un aborto realizado en condiciones poco asépticas o a un hijo no planeado (y potencialmente no bien recibido). Los datos revelan que las mujeres con mayores probabilidades de correr estos riesgos son las que proceden de hogares pobres, en su gran mayoría de zonas rurales y con bajo nivel educativo. En los países de estatus medio bajo y bajo, esto representa a la mayoría de las mujeres; incluso en los demás países de la región, por lo menos la quinta parte de la población corre graves riesgos para su salud reproductiva.

Nutrición y salud reproductiva. La mala nutrición —causa y consecuencia de la mala salud— representa un importante factor de riesgo en el parto, tanto para la madre como para el niño. Se estima que la anemia por deficiencia de hierro, un importante problema para muchas mujeres de la región, es uno de los factores causales hasta en la mitad de las muertes maternas (CAC/SCN 1997) y está vinculado con el parto prematuro y el bajo

peso al nacer (OPS 1998). La malnutrición crónica por deficiencia proteicoenergética puede provocar una baja estatura, lo que en el caso de la mujer eleva el riesgo de complicaciones en el parto.

La anemia por deficiencia de hierro, el trastorno nutricional más común en el mundo, afecta a entre un tercio y la mitad de las gestantes en la región de América Latina y el Caribe. Según las encuestas nacionales realizadas en Belice, Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Paraguay, la prevalencia de anemia en las gestantes oscila entre el 26% en Paraguay y el 52% en Belice. La mitad de estos casos probablemente se deban a una deficiencia nutricional de hierro. La anemia también está relacionada con la mala absorción o captación de hierro, la pérdida de sangre durante la menstruación y el parto, la baja ingesta de otros alimentos y nutrientes que promueven la absorción y la disponibilidad de hierro, y con brotes repetidos de enfermedades infecciosas (OPS 1998).

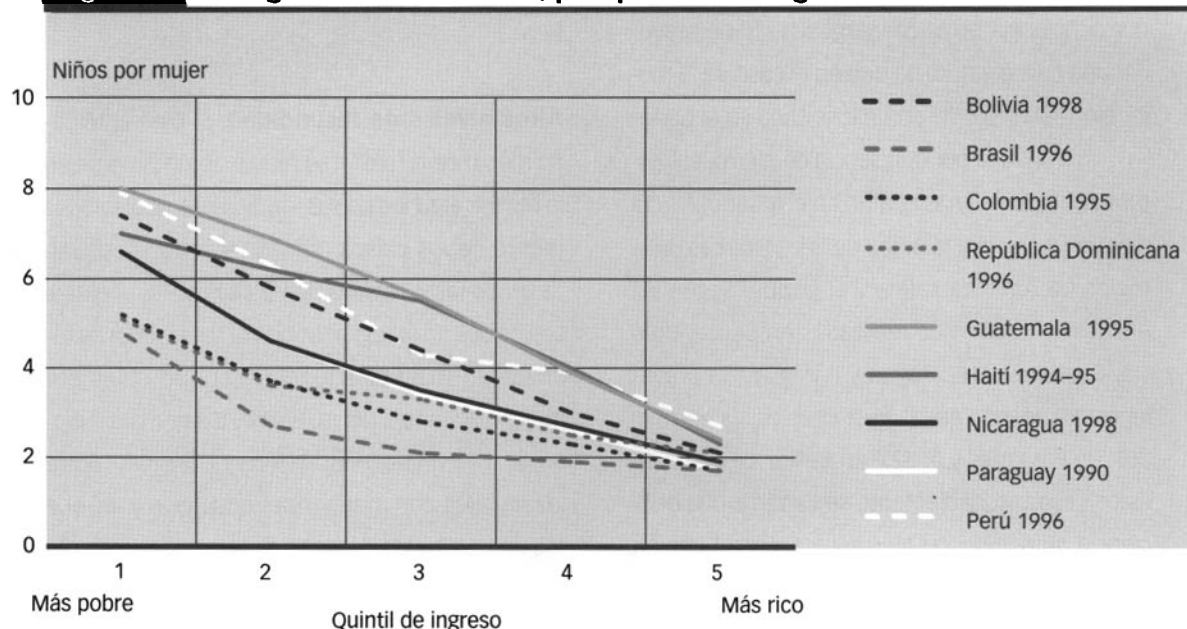
Las investigaciones indican que la anemia es más común en las mujeres pobres y en las que están amamantando. Las observaciones recogidas en encuestas nacionales en Bolivia revelan niveles mucho más elevados de anemia en las mujeres con menos nivel educativo y de zonas rurales, en comparación con las mujeres de mayor nivel educativo de zonas urbanas. No obstante, en general, los niveles de anemia son relativamente elevados en todas las mujeres: inclusive la quinta parte de las mujeres de mayor nivel educativo padecen algún grado de anemia (Loaiza 1997).

Con respecto a la deficiencia energética crónica, las madres adolescentes son las que corren los mayores riesgos de la región. Las madres jóvenes haitianas son particularmente vulnerables debido a la malnutrición. La baja estatura materna —un factor de riesgo de distintos problemas reproductivos y funcionales— es un grave

problema en las madres en Guatemala, Bolivia y Perú.

Altos niveles de fecundidad. Si bien el tamaño medio de la familia se redujo abruptamente en la región, algunos países —y algunas poblaciones dentro de los países menos fecundos— siguen teniendo tasas relativamente altas de fecundidad. Los países de la región donde la tasa global de fecundidad (TGF) es superior a cuatro niños por mujer son, entre otros, Belice, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Haití, Bolivia y Paraguay. Entre las mujeres con menor nivel educativo y las que residen en zonas rurales, las tasas son bastante más elevadas. En Colombia, por ejemplo, un país cuya TGF nacional es de 3,0, en las áreas urbanas baja a 2,5 niños y en las zonas rurales asciende a 4,3. En las mujeres sin educación, la tasa global de fecundidad es 5, en comparación con 1,8 en las mujeres con los niveles educativos más altos (PROFAMILIA y DHS 1995). En Guatemala, país que tiene la tasa más alta de fecundidad de la región, los datos de la encuesta de demografía y salud indican que la TGF urbana es 3,8, la TGF rural 6,2 y la TGF en mujeres indígenas 6,8.

En América Latina, como en otras partes del mundo, el estatus económico guarda una correlación fuerte y persistente con la fecundidad. En Perú, el 20% más pobre de las mujeres tienen en promedio 6,6 niños durante su vida, en tanto que el 20% de las mujeres de mayores ingresos sólo tienen, en promedio, 1,7 niños. Como puede observarse en la figura 1, independientemente del nivel de fecundidad nacional, en toda la región son los hogares pobres los que tienen el mayor número de hijos, en tanto que el segmento de mayores recursos de la población mantiene una fecundidad relativamente baja, que converge en los países a aproximadamente dos niños por mujer.

Figura 1 Tasa global de fecundidad, por quintiles de ingreso

Maternidad en las adolescentes. En la mayoría de los países latinoamericanos, entre un cuarto y un tercio de las mujeres de 18 años o menos están embarazadas o ya tienen un hijo. El uso de anticonceptivos en adolescentes sexualmente activas tiende a ser relativamente bajo; incluso las adolescentes que utilizan métodos anticonceptivos dejan de utilizarlos con mayor frecuencia que las mujeres de más edad (principalmente por fallas en los métodos). Se calcula que hasta un 50% de los embarazos de las mujeres jóvenes no fueron planeados. Muchos de los niños son ilegítimos, lo que coloca a las madres y a sus niños recién nacidos en una situación especialmente vulnerable ante riesgos socioeconómicos (Way y Blanc 1997).

Uso de anticonceptivos. En comparación con otras partes del mundo en desarrollo, en América Latina y el Caribe se registra un uso relativamente elevado de métodos anticonceptivos mo-

ernos, el cual se ha incrementado notablemente en los últimos 15 años. Pero al mismo tiempo, existen grandes diferencias en el uso y a menudo son muy limitadas las opciones.

Como se observa en el cuadro 3, el uso de métodos anticonceptivos oscila entre aproximadamente 13% de las mujeres actualmente casadas en Haití a más del 70% en Brasil. A su vez, casi la mitad de las mujeres haitianas sexualmente activas en edad reproductiva que desean esperar más de dos años antes de embarazarse, o que no quieren embarazarse, no utilizan métodos anticonceptivos modernos, en comparación con sólo el 7% de las mujeres brasileñas con esta "necesidad insatisfecha" de métodos anticonceptivos.

La correlación entre el uso de anticonceptivos y la edad, el nivel educativo, la residencia y el ingreso familiar es casi invariable. Las mujeres urbanas de mayor nivel educativo exhiben una probabilidad mucho mayor de usar anti-

Cuadro 3 Uso actual de anticonceptivos y “necesidad insatisfecha” de métodos anticonceptivos, por grupos de países

Pais/año	Mujeres de 15–49 años que usan anticonceptivos modernos (%)	Mujeres de 15–49 años con “necesidades insatisfechas” de métodos anticonceptivos (%)
Estatus medio alto		
Brasil 1996	70,3	7,3
Colombia 1995	59,3	7,7
República Dominicana 1996	59,2	12,5
Estatus medio bajo		
Bolivia 1998	25,2	26,1
Guatemala 1995	26,9	24,3
Nicaragua 1998	57,4	14,7
Perú 1996	41,3	12,1
Estatus bajo		
Haití 1994–95	13,2	47,8

Fuente: Encuestas de demografía y salud de varios años.

ceptivos modernos que las mujeres rurales de menor nivel educativo. De la misma manera, las mujeres procedentes de hogares con los ingresos más altos utilizan anticonceptivos modernos en mayor número que las mujeres de los hogares más pobres.¹¹

En muchos casos, la correlación entre el deseo reproductivo de las mujeres y el tipo de anticonceptivos que utilizan (o no utilizan) es inadecuada. Por ejemplo, mujeres que no desean tener más hijos pueden estar usando métodos de corto plazo, como el espaciamiento de los embarazos, en lugar de anticonceptivos de más largo plazo o la esterilización. En un análisis que se hizo para elaborar este informe se examinó en qué medida las mujeres en ciertos países usaban métodos anticonceptivos apropiados. Se procuró obtener respuesta a las siguientes preguntas de las mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos: ¿qué proporción usa métodos de espaciamiento gestacional que corresponden a

sus objetivos reproductivos (es decir, desear embarazarse más adelante y usar mientras tanto anticonceptivos orales, barreras físicas u otros métodos de espaciamiento)?, ¿qué proporción usa métodos de espaciamiento pero no quiere embarazarse nunca?, y ¿qué proporción usa métodos de limitación apropiados y desea limitar todos los nacimientos futuros? Los resultados, que se presentan en el cuadro 4, indican una marcada falta de correlación entre las metas reproductivas y los métodos empleados, sobre todo en los países de estatus medio bajo y bajo.

Embarazo no planeado y aborto. En toda la región, independientemente del nivel de desarrollo, son comunes los embarazos no planeados. El porcentaje de nacimientos recientes que notifican las mujeres como inoportunos o no deseados va de 29% en Guatemala a 54% en Haití. En cuanto al bienestar de la mujer y los niños, preocupan en particular los nacimientos no deseados (en

Cuadro 4 Uso "apropiado" de anticonceptivos, por grupos de países

(Porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos modernos)

	Espaciamiento apropiado	Espaciamiento inapropiado	Limitación apropiada	Limitación inapropiada
Estatus medio alto				
Brasil 1996	18,2	22,6	59,2	0,0
Colombia 1995	19,1	32,7	47,8	0,4
República Dominicana 1996	14,4	24,8	25,4	0,0
Estatus medio bajo				
Bolivia 1998	18,7	52,1	29,2	0,0
Guatemala 1995	15,4	21,9	62,7	0,0
Perú 1996	25,2	49,5	25,0	0,2
Estatus bajo				
Haití 1994-95	25,8	38,4	32,9	2,9

Fuente: Encuestas de demografía y salud de varios años.

mujeres que posteriormente dicen que no querían más hijos en el momento en que se embarazaron). En Bolivia y Perú, por ejemplo, aproximadamente el 37% de las mujeres que habían dado a luz durante los cinco años previos a la encuesta demográfica y de salud indicaron que no querían tener más hijos. Incluso en Colombia, un país re-

lativamente desarrollado, alrededor del 23% de las mujeres notifican que habían decidido no tener más hijos antes de su embarazo más reciente. Los nacimientos inoportunos tienden a ser más comunes entre las madres adolescentes, en tanto que los nacimientos no deseados son más típicos de las mujeres de más edad (véase el cuadro 5).

En América Latina y el Caribe, las mujeres que desean interrumpir un embarazo no deseado tienen pocas opciones que no presenten riesgos. Si bien el aborto está sujeto a restricciones legales en todos los países de la región con la excepción de Cuba, es común, y en la mayoría de los casos se realiza en condiciones poco higiénicas. El informe más fidedigno sobre el tema indica que el aborto es común en Perú y en Chile, donde, en promedio, casi una de cada 20 mujeres en edad reproductiva tiene un aborto cada año. Se estima que México registra la incidencia más baja de aborto de la región: en promedio, cada año aproximadamente una mujer en 40 se somete a un aborto. No obstante, en promedio, la mujer mexicana se habrá sometido por lo menos a un aborto antes de los 50 años (AGI 1996).

Cuadro 5 Embarazos no planeados, por grupos de países

País/año	Embarazo no planeado (%)
Estatus medio alto	
Brasil 1996	48,4
Colombia 1995	45,5
República Dominicana 1996	36,8
Estatus medio bajo	
Bolivia 1998	51,9
Guatemala 1995	29,3
Nicaragua 1998	33,2
Perú 1996	58,0
Estatus bajo	
Haití 1994/95	54,3

Fuente: Encuestas de demografía y salud de varios años.

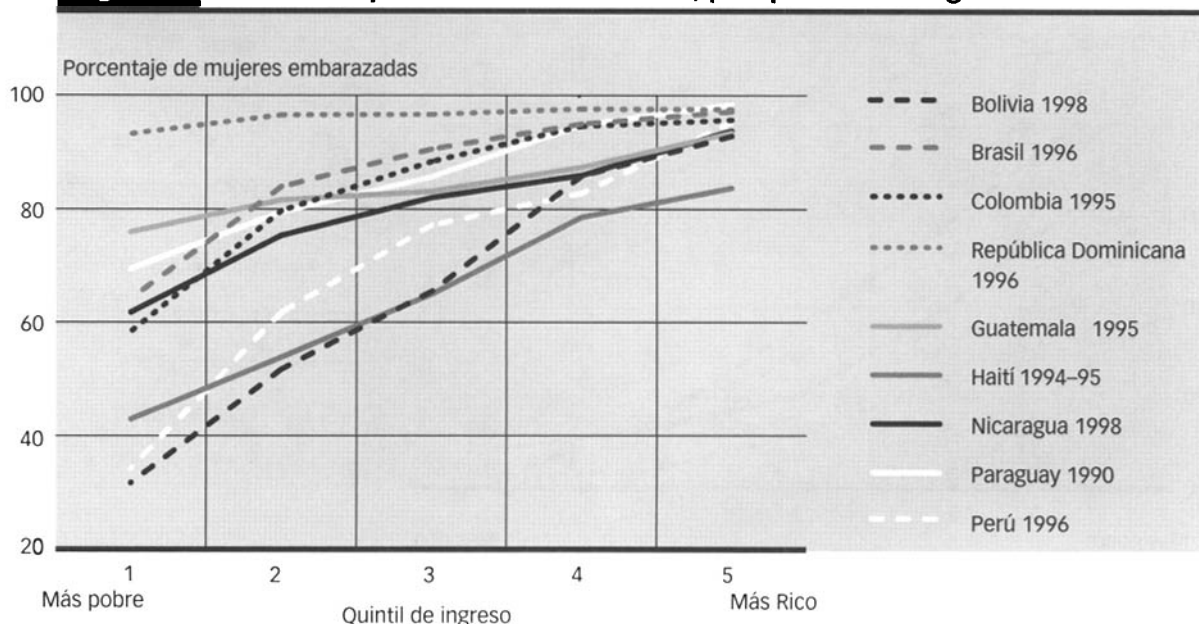
Las elevadas tasas de aborto, combinadas con condiciones a menudo poco seguras y no reguladas en las cuales se efectúa este procedimiento, tienen consecuencias devastadoras para la salud. En América Latina y el Caribe, se calcula que una quinta parte de las defunciones maternas se atribuyen a problemas relacionados con el aborto y que aproximadamente el 40% de las mujeres que se someten a abortos son víctimas de graves complicaciones.

Atención de la maternidad y parto por cesárea. La proporción de mujeres que reciben atención prenatal adecuada —definida como tres o más visitas comenzando antes del séptimo mes de embarazo— varía sensiblemente en los distintos países, de 38% en Bolivia a casi 90% en la República Dominicana. En cualquier parte de la región, las mujeres con mayor riesgo de padecer problemas relacionados con el embarazo no tienen acceso a servicios básicos de salud. Las mujeres de zonas rurales tienen considerablemente menos probabilidades de recibir atención prena-

tal. La cobertura de la atención prenatal es más baja las mujeres con poca o ninguna educación formal y en mujeres de ingresos más bajos (véase la figura 2). Las diferencias son particularmente marcadas en Bolivia y Perú: en Bolivia, sólo el 32% de las mujeres de ingresos más bajos pero más del 92% de las mujeres de ingresos más altos declaran dos o más visitas prenatales. En Perú, la cobertura prenatal abarca desde aproximadamente el 34% en las mujeres pobres a más del 95% en el quintil más rico de la población.

La asistencia profesional durante el parto, poderoso indicador de una atención obstétrica adecuada, también es sumamente variable en la región, y sigue más o menos los mismos perfiles que la atención prenatal. En Haití, sólo el 21% de los partos son atendidos por una enfermera-partera o un médico; en Brasil, casi 9 de cada 10 partos son asistidos por un médico o una enfermera-partera. La mayoría de los partos en Guatemala, Bolivia y Haití tienen lugar en el hogar, fenómeno que muestra fuerte correlación con el ingreso (véase la figura 3).

Figura 2 Dos visitas prenatales como mínimo, por quintiles de ingreso

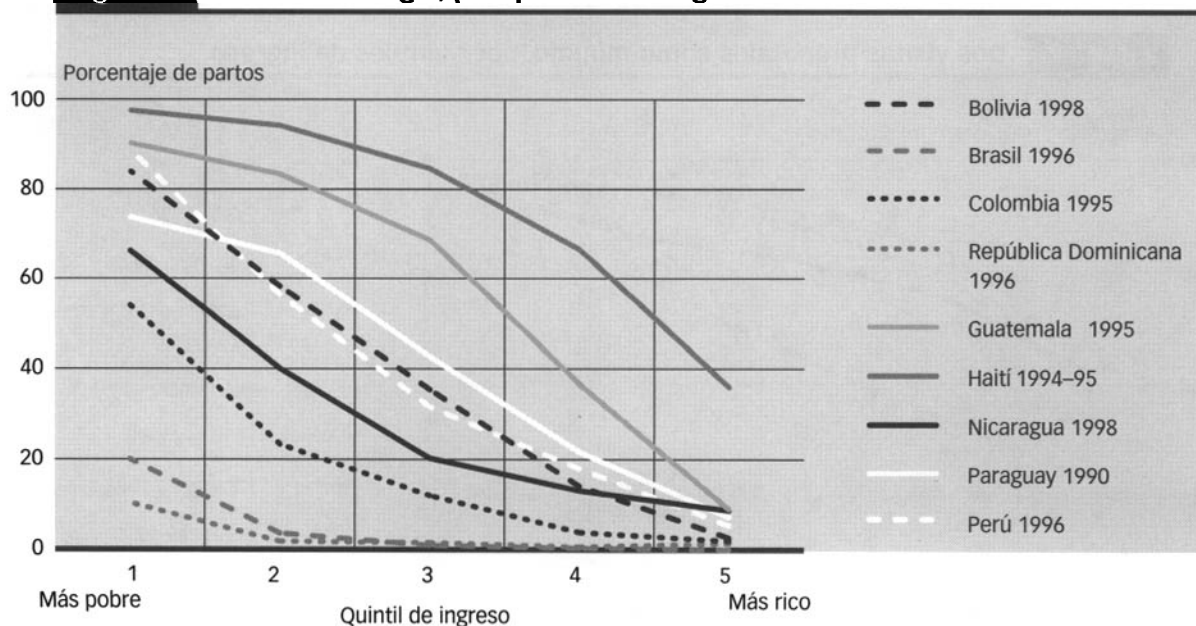


El parto por cesárea, si bien es común, está vinculado con un riesgo más alto para las madres —de 3 a 30 veces más alto que un parto normal— y con costos mucho más elevados que el parto normal. Los riesgos son, entre otros, tasas más altas de infección, hemorragia, lesiones a otros órganos y mortalidad materna. También aumentan la mortalidad y morbilidad prenatales con los partos por cesárea. Además, se han planteado inquietudes vinculadas con los derechos humanos y la salud respecto del abuso de los procedimientos médicos a expensas del bienestar de la mujer (Coe y Hanft 1993).

En varios países, más del 10% de los partos se realizan por cesárea: República Dominicana (22,3%), Colombia (16,9%), Paraguay (13,1%) y Bolivia (10,6%). Los niveles tienden a ser más elevados en las zonas urbanas y en las mujeres con nivel de educación secundaria más alto (Stewart, Stanton y Ahmed 1997).

Infecciones de transmisión sexual. Las infecciones de transmisión sexual, consideradas una “epidemia oculta” en Estados Unidos, tienen grandes repercusiones en la salud y el bienestar de la mujer. Sus consecuencias posibles para la salud son, entre otras, infertilidad, cáncer, embarazos ectópicos, abortos espontáneos, partos con producto muerto, bajo peso al nacer, anomalías neurológicas y físicas en niños, y decesos. Las infecciones de transmisión sexual, excluida la infección por el VIH/SIDA, tienen un impacto más grave en la mujer que en el hombre por cuatro razones principales. En primer lugar, la mujer es biológicamente más susceptible a ciertas infecciones de transmisión sexual que el hombre. Segundo, es más probable que la mujer tenga infecciones asintomáticas que retrasan el diagnóstico y el tratamiento. Tercero, a menudo es más difícil diagnosticar enfermedades de transmisión sexual en la mujer debido a la anatomía del aparato ge-

Figura 3 Parto en el hogar, por quintiles de ingreso



nital femenino, que hace más difícil el reconocimiento clínico. Por último, la mujer no suele tener control sobre el uso de preservativos y las circunstancias en las cuales tiene lugar el acto sexual.

Esto se representa en gran medida en los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos por las mujeres debido a infecciones curables que son transmitidas por vía sexual. Las mujeres asumen una carga sustancialmente mayor de clamidiasis y gonorrea. El cáncer de cuello uterino, que está vinculado con la infección por ciertos tipos de virus del papiloma humano transmitidos por contacto sexual, representa un nivel más elevado de AVAD perdidos por las mujeres que cualquier otro tipo de infección de transmisión sexual, incluida la del VIH. Dada la concentración de AVAD perdidos como resultado de la sífilis en niños pequeños, la transmisión de

esta enfermedad de la madre al niño parece explicar gran parte del impacto que ejerce en la mortalidad y la morbilidad. Si bien la infección por el VIH sigue cobrando cuantiosas víctimas en la población masculina, se proyecta que el nivel de carga se incrementará en la femenina. Cabe señalar que la carga de infección por el VIH es ligeramente superior en las mujeres de 5 a 14 años que en los hombres del mismo grupo de edad (véase el cuadro 6).

VIH/SIDA. Según datos recogidos de 1991 a 1996, está incrementándose la incidencia del SIDA en la región, sobre todo en los países angloparlantes del Caribe y en América Central. El número de hombres infectados sigue siendo más elevado que el de mujeres: la razón de hombre a mujer de casos notificados en 1996 fue de 3,2 en América Latina y 1,7 en el Caribe. Sin embargo, la "brecha" se está estrechando, lo que refleja un aumento progresivo de las mujeres positivas a VIH, especialmente en el Caribe. Además, las estimaciones actuales de la prevalencia de la infección en la mujer —basadas en gran medida en las mujeres que asisten a clínicas de atención prenatal— pueden subestimar los niveles de infección en las mujeres en general. Se han obtenido pruebas que indican que los niveles son más altos en las mujeres en general que en las que asisten a clínicas de atención prenatal (OPS 1998).

El mecanismo principal de transmisión es el contacto sexual sin protección. En América Latina, en el 45% de los casos existe un comportamiento homosexual o bisexual, en tanto que en el 75% de los casos del Caribe el principal factor de riesgo es el contacto heterosexual (OPS 1998). En algunos países, el uso de drogas por vía intravenosa está teniendo grandes repercusiones. En Brasil, por ejemplo, las investigaciones realizadas

Cuadro 6 AVAD perdidos, estimaciones basales de ETS e infección por el VIH en 1990 y 2000 (Miles)

	Mujeres	Hombres
ETS excluida la infección por el VIH	925 (668)	544 (255)
–Sífilis	392 (122)	443 (143)
–Clamidiasis	389 (404)	35 (40)
–Gonorrea	145 (142)	66 (72)
Cáncer de cuello del útero	705 (483)	
Infección por el VIH	375 (895)	1.283 (3.367)

Fuente: Adaptado de C. J. L. Murray y A.D. López (eds.) 1996.

a partir de 1990 indican que un tercio de los usuarios de drogas inyectables de las principales zonas urbanas están infectados por el VIH.

Esta epidemia se concentra cada vez más en los grupos desfavorecidos, especialmente los que tienen bajo nivel educativo y poco acceso a los servicios básicos de atención sanitaria. Los niveles de prevalencia de la infección por el VIH son especialmente elevados en algunas trabajadoras del sexo; en San Pedro Sula, Honduras, el porcentaje de trabajadoras del sexo infectadas se ubica entre 15 y 20 desde 1989. Los resultados de investigaciones también sugieren que la infección por el VIH/SIDA se presenta en grupos de población cada vez más jóvenes, y que se adquiere durante la adolescencia. En el Cono Sur, por ejemplo, la edad mediana de los casos de SIDA era de 32 años entre 1983 y 1989, pero bajó a 27 años, según datos de 1990 a 1992 (OPS 1998). A medida que madura la epidemia, aun si comenzó en los usuarios de drogas por vía intravenosa o en hombres que tienen relaciones homosexuales, está pasando agresivamente a las poblaciones de pobres y mujeres.

Cáncer de cuello uterino. En promedio, los países de América Latina y el Caribe son los que tienen la incidencia y los niveles de mortalidad por cáncer cervicouterino más altos del mundo, según estimaciones del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC).¹² En general, la incidencia es elevada en muchos de los países de la región, independientemente de su grado de desarrollo, pero los niveles de mortalidad tienden a ser más elevados en los países de estatus medio bajo y bajo. En cuanto a las regiones, tanto la incidencia como la mortalidad son más elevadas en América Central que en América del Sur o el Caribe. Según datos del CIIC, Haití tiene el nivel de

Cuadro 7 Incidencia y mortalidad debida a cáncer de cuello uterino por 100.000 mujeres; tasas normalizadas según la edad por grupos de países (estimaciones de 1990)

	Incidencia	Mortalidad
Estatus alto		
Argentina	27,60	9,50
Chile	28,52	12,13
Costa Rica	24,96	12,13
Panamá	42,58	13,92
Uruguay	25,64	7,87
Estatus medio alto		
Brasil	30,55	16,36
Colombia	31,58	16,10
El Salvador	33,99	19,34
Jamaica	44,12	21,31
México	45,32	16,19
Paraguay	41,10	22,04
República Dominicana	23,59	20,45
Trinidad y Tobago	22,39	13,89
Venezuela, Rep. Bol. de	26,78	15,17
Estatus medio bajo		
Bolivia	51,40	26,19
Ecuador	28,45	23,46
Guatemala	43,95	23,65
Honduras	43,95	23,65
Nicaragua	61,33	32,83
Perú	39,45	21,46
Estatus bajo		
Haití	91,46	21,96

Fuente: Parkin y otros 1999. Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; base de datos GLOBOCAN I de la OMS.

incidencia más alto de la región, en tanto Nicaragua registra el nivel más alto de mortalidad (entre los países que se enumeran en el cuadro 7). Las tendencias observadas en toda la región sugieren que la mortalidad relacionada con el cáncer de cuello uterino no se ha reducido de forma significativa.

Para que el tratamiento del cáncer uterino sea eficaz, es esencial diagnosticarlo temprano. En América del Norte, las drásticas disminuciones

del cáncer de cuello uterino se deben en gran medida a la amplia disponibilidad de exámenes citológicos vaginales o pruebas de Papanicolaou de rutina. En la zona metropolitana de Santiago, Chile, 10 años continuos de exámenes dieron lugar a una disminución de la mortalidad por cáncer cervicouterino de 13,9 por 100.000 en 1985 a 8,7 por 100.000 en 1997. Los programas de diagnóstico precoz o tamizaje de Cali, Colombia, también demostraron importantes reducciones de la mortalidad.

En general, se calcula que un 63% de las mujeres latinoamericanas se han practicado un Papanicolaou por lo menos una vez en la vida. No obstante, se han documentado grandes diferencias de cobertura en los distintos países. Por ejemplo, los datos obtenidos en encuestas indican que el 35% de las mujeres nicaragüenses se han hecho por lo menos un Papanicolaou, en comparación con el 70% de las mujeres costarricenses (OPS 1998). Algunas pruebas revelan grandes diferencias en la cobertura del Papanicolaou por edades, niveles de educación, ingresos y lugares de residencia. Varios estudios realizados en la región —en Brasil, Chile y México, por ejemplo— indican que en las mujeres de niveles socioeconómicos más bajos es menor la probabilidad de que conozcan la prueba de Papanicolaou o de que se hayan practicado este examen (Robles 1996). En Honduras, los datos recogidos por encuesta también confirman que es mucho menor la probabilidad de que las mujeres de niveles socioeconómicos más bajos o que proceden de zonas rurales se hayan practicado un Papanicolaou, en comparación con mujeres de grupos de mayores ingresos. Entre las que se han sometido a esta prueba, también es menor la probabilidad de que las mujeres más pobres y de zonas rurales conozcan los resultados de su prueba

más reciente. En las mujeres de mayor edad, que corren un riesgo más elevado de contraer esta enfermedad, es más alta la probabilidad de no haberse practicado un Papanicolaou en los últimos cuatro años, como mínimo (este examen a menudo se recomienda a intervalos de tres años, después de obtener resultados negativos en dos años consecutivos).

Es menor la probabilidad de que las mujeres pobres o de bajo nivel educativo se hayan sometido a un Papanicolaou, comparadas con los grupos de mayores ingresos, y las investigaciones indican que los niveles de mortalidad son más elevados en las mujeres pobres o de bajo nivel educativo que en las mujeres de mejor condición socioeconómica. En Quito, por ejemplo, los investigadores encontraron que, en las mujeres con menos educación (primaria completa o incompleta) la incidencia de cáncer uterino era casi el doble que en las mujeres con una educación secundaria o superior (Corral y otros 1996). Los autores también encontraron que las mujeres con los niveles educativos más bajos tendían a ser diagnosticadas en estadios más avanzados del cáncer de cuello uterino (III ó IV), que ofrecen pocas perspectivas de supervivencia. Por el contrario, las mujeres con mayor nivel educativo eran diagnosticadas en etapa más temprana (OPS 1998).

Las mujeres tienen una gran carga de enfermedades crónicas, y las más afectadas son las pobres, las de zonas rurales y las de bajo nivel educativo

La carga de morbilidad que representan varias enfermedades crónicas o no transmisibles es más alta en la mujer que en el hombre. La carga relativa de enfermedades cardiovasculares en la mujer es más elevada en las de 15 a 44 años, y

en las de más de 60. Las mujeres tienen una carga más grande de cáncer, y el número de AVAD perdidos por cáncer llega a su valor máximo en mujeres más jóvenes (45 a 59 años de edad) que en el caso de los hombres (60 años de edad y más). Los tumores de mama y de cuello uterino se producen a una menor edad que los tumores malignos más comunes en los hombres (OPS 1998). El cáncer de mama afecta particularmente a las mujeres a partir de los 15 años. La carga de cáncer colorrectal es más alta en las mujeres de más de 45 años que en los hombres del mismo grupo de edad. Si bien la mortalidad relacionada con la diabetes está incrementándose en los hombres, los AVAD perdidos por las mujeres siguen siendo mucho más elevados; la diferencia se mantiene a partir de los 15 años. Las enfermedades reumáticas, que pueden menoscabar gravemente la función física y la salud mental, afectan mucho más a las mujeres que a los hombres (véase el cuadro 8). La diferencia comienza a los 5 años y se mantiene durante toda la vida.

El perfil de incidencia y prevalencia según la condición socioeconómica es complejo. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y, como se vio anteriormente, el cáncer de cuello uterino, tienden a ser más problemáticos en las poblaciones más pobres. En cambio, el cáncer de mama tiende a representar una proporción mayor de la mortalidad en las poblaciones de mayores ingresos, probablemente debido al perfil de los factores de riesgo reproductivo, como el aplazamiento de la maternidad en las mujeres de mayor nivel económico y educativo.

Enfermedades cardiovasculares. De las enfermedades no transmisibles, las cardiovasculares provocan el número más elevado de AVAD perdi-

Cuadro 8 AVAD perdidos (en miles) por determinadas enfermedades crónicas en 1990 y 2000, proyecciones basales (Entre paréntesis)

	Mujeres	Hombres
Enfermedades no transmisibles	33.378 (26.719)	33.014 (29.077)
Enfermedades cardiovasculares	7.345 (4.454)	7.451 (5.323)
–Cardiopatía isquémica	2.666 (1.663)	3.019 (2.213)
–Enfermedades cerebrovasculares	2.404 (1.502)	2.267 (1.658)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	779 (663)	965 (768)
Neoplasias malignas	4.647 (3.106)	3.706 (2.631)
–Cáncer de mama	806 (552)	-
–Cáncer de colon y recto	251 (168)	204 (152)
Diabetes mellitus	1.450 (832)	1.032 (683)
Enfermedades reumáticas	2.764 (2.370)	1.740 (1.493)

Fuente: Adaptado de Murray y López 1996.

dos por las mujeres.¹³ Según proyecciones, el 31% de las defunciones por todas las causas en el año 2000 obedecerán a enfermedades cardiovasculares.

La mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares varía de un país a otro. Para la mujer, el país con el mayor número de años de vida potencial perdidos (APVP) es Argentina, seguido por Trinidad y Tobago, Brasil y El Salvador. Los valores más bajos para mujeres y hombres corresponden a Canadá, Chile y Costa Rica. Los análisis de tendencias realizados por la OPS indican que 6 de los 13 países estudiados registraron una disminución significativa de los APVP: Argentina, México, Chile, Colombia, Costa Rica y Trini-

dad y Tobago. En El Salvador, las tasas parecen estar aumentando desde los años setenta. En general, los índices de trastornos cerebrovasculares descendieron en toda la región con la excepción de Cuba, El Salvador y la República Bolivariana de Venezuela. La hipertensión es un importante factor de riesgo de desarrollo de enfermedades cardiovasculares. En la mayoría de los países, los números de APVP son más elevados para los hombres que para las mujeres. No obstante, las mujeres registraron números de APVP constantemente más elevados en Barbados, Colombia, México y Nicaragua (OPS 1998).

Chile, uno de los países con las mejores estadísticas de mortalidad, ilustra las diferencias entre hombres y mujeres y aquéllas relacionadas con el nivel socioeconómico, en la frecuencia de enfermedades cardiovasculares. En general, la tasa de mortalidad debido a un accidente cerebrovascular es ligeramente más elevada en los hombres (71,2 por 100.000) que en las mujeres (69,5 por 100.000) en el período 1994-96. No obstante, si se analizan distintos grupos socioeconómicos, es evidente que la diferencia global entre hombres y mujeres oculta cierta desventaja de estas últimas en las poblaciones de ingresos más bajos (y con menor nivel educativo). Si se efectúa un ajuste por edades, los hombres chilenos sin instrucción presentaron una tasa de mortalidad por accidentes cerebrovasculares de 84,5 por 100.000, frente a 32,9 por 100.000 registrada por los hombres chilenos de mayor nivel educativo. En el caso de las mujeres, las que no tienen instrucción fallecen por accidentes cerebrovasculares a una tasa de 93,6 por 100.000 frente a 27,4 por 100.000 que corresponde a las mujeres con más de 13 años de educación.

La hipertensión, uno de los principales factores de riesgo de accidentes cerebrovasculares,

afecta en promedio a la cuarta parte de los adultos en América Latina y el Caribe, según estimaciones de la OPS. Esta alta prevalencia representa un desafío importante para el sistema de salud porque el control adecuado de la hipertensión puede reducir en 51% la mortalidad a los cinco años después de haber sufrido un accidente cerebrovascular en la población de menos de 60 años.

Diabetes mellitus. Se proyecta que el número de diabéticos en las Américas —que actualmente se calcula en 13 millones— se elevará 45% para el año 2010. Las proyecciones indican que habrá enormes aumentos en América Central y las islas caribeñas (OPS 1998). En toda la región, la mortalidad femenina es superior a la masculina: la razón es de 1,2:1 en América Latina, sin hacer ajustes en función de la edad. Dos importantes factores están vinculados con la mayor desventaja relativa que tienen las mujeres: en primer lugar, son más propensas que los hombres a desarrollar diabetes tipo II (no insulín dependiente) en relación con los hombres. En segundo lugar, las mujeres viven más tiempo, lo cual aumenta las probabilidades de que desarrolle la enfermedad en el transcurso de la vida. No obstante, también es probable que influyan los factores socioeconómicos. En general, para los diabéticos que viven en la región, la probabilidad de fallecer de esa enfermedad duplica la de los diabéticos de América del Norte (OPS 1998).

Entre los factores de riesgo de diabetes tipo II hay varios que son modificables y se prestan a la prevención primaria, entre ellos la hipertensión, la obesidad, la vida sedentaria y la acumulación de grasa en la mitad superior del cuerpo. El nivel de complicaciones de los diabéticos puede reducirse corrigiendo los factores de riesgo como el taba-

quismo y la hipertensión arterial (OPS 1998). La mortalidad relacionada con la diabetes aumenta con la edad (Brownson y otros 1998).

Las medidas de prevención primaria de la diabetes son una dieta bien balanceada y baja en grasas, el control del peso y una actividad física regular (Brownson y otros 1998). La obesidad es cada vez más común en las mujeres, sobre todo con la edad. En Estados Unidos, las investigaciones indican que las mujeres tienden a ser físicamente menos activas que los hombres en sus ratos de ocio; las autoestimaciones de inactividad física durante los ratos de ocio son 26,5% en los hombres frente al 30,7% en las mujeres. Las diferencias son más notorias después de los 75 años, cuando el 50,5% de las mujeres notifican inactividad física durante sus ratos de ocio en comparación con el 38,2% de los hombres (Brownson y otros 1998). Los datos recogidos en una encuesta reciente realizada en Chile apunta a niveles más altos de inactividad y disparidades más acusadas entre hombres y mujeres: el 93% de las mujeres declaró no tener actividad física frente al 78% de los hombres.

Cáncer. En general, se está incrementando la mortalidad relacionada con el cáncer. Los análisis de la OPS indican que los incrementos se registran a menor edad (25 ó 30 años) y sobre todo en las mujeres. El envejecimiento de la población es un factor que contribuye al aumento de la mortalidad relacionada con el cáncer. Se calcula que en la región hubo 344.000 muertes por cáncer en 1990 y que esta enfermedad afectó más a las mujeres que a los hombres (176.000 y 168.000 defunciones, respectivamente). Según proyecciones para un período de 50 años que comenzó en 1990, sin embargo, se supone que el número de defunciones por cáncer llegue a la

paridad en hombres y mujeres en el año 2000 (OPS 1998).

Sobre la base de la información suministrada por la OPS, las principales causas de mortalidad por cáncer en la mujer en 1990 fueron el cáncer colorrectal, seguido por el cáncer de mama y el cáncer uterino. Los niveles de mortalidad por cáncer de mama fueron más elevados en los países más desarrollados de la región, en tanto el cáncer uterino fue más común en los países menos desarrollados. Esto, sin embargo, puede ser en parte el resultado de algunas diferencias en los procedimientos de registro (OPS 1998). En la región, entre las neoplasias malignas, el cáncer de mama provoca el número más elevado de AVAD perdidos por las mujeres.

La mayor incidencia de cáncer de mama se observa en Uruguay (88 por 100.000), donde la tasa supera la de Canadá y es igual a la de Estados Unidos. En la región le siguen Argentina, país de estatus alto, seguida de Jamaica y Trinidad y Tobago. Los niveles de incidencia más bajos por 100.000 se registran en Haití (5), El Salvador (13) y Nicaragua (16).

Uruguay tiene la tasa de mortalidad más elevada (26 por 100.000), superior incluso a la que se registra en Canadá o Estados Unidos. En orden de importancia le siguen Jamaica (25), Haití (24), Argentina (22), Brasil (21) y Trinidad y Tobago (19). Pese a tener el nivel de incidencia más bajo, Haití —el único país de estatus bajo en la región— registra una de las tasas de mortalidad más altas (23,61 por 100.000). En general, la mortalidad por cáncer de mama es más elevada en las mujeres de más de 50 años y va incrementándose con la edad (Gómez 1997).

Si bien en general las tasas de mortalidad de la región son más bajas que las que se registran en América del Norte, los índices de aumen-

to son altos en muchos países de la región. De 1965 a 1985, por ejemplo, la tasa de mortalidad se elevó aproximadamente 4% en Uruguay y Chile y 17% en Costa Rica. En las subregiones, las tasas de mortalidad por cáncer de mama exceden las del cáncer cervicouterino en el Caribe y en América del Sur.

Existe aún mucha controversia en cuanto a los métodos empleados para detectar el cáncer de mama, sobre todo su eficacia en función de los costos y su valor predictivo positivo en países con baja prevalencia de esta enfermedad. En los países industriales, solamente la mamografía en mujeres de más de 50 años ha demostrado una reducción significativa de la mortalidad (aproximadamente 23%), y hay cada vez más pruebas de la eficacia del tratamiento y de su costo-efectividad en los primeros estadios de la enfermedad (Galani y Robles 1998).

Múltiples factores de riesgo. Ha quedado demostrado que los factores de riesgo tienden a concentrarse en ciertos grupos demográficos, y que los comportamientos con los cuales están vinculados son de índole compleja y cambian con

el correr del tiempo. Por consiguiente, el mejor medio de conocer la distribución de esos factores de riesgo en la población es la vigilancia, que por definición requiere la recolección continua de datos. Por la misma razón, las intervenciones para evitar y controlar los factores de riesgo con y sin trastornos asociados (como la diabetes y la hipertensión), tienen que ser multifactoriales, y centrarse en conjuntos de factores de riesgo de distintas maneras, mediante servicios basados en la prevención así como en estrategias de promoción de la salud.

Se ha sugerido que las tasas más elevadas de diabetes en la mujer y las dificultades para el control de la hipertensión y la diabetes están vinculadas con niveles más altos de obesidad e inactividad física. En encuestas recientes realizadas por la OPS se observa que en Bolivia, el 56,6% de los hombres y el 44,7% de las mujeres tienen exceso de peso, y que el 26,1% de los hombres y 30,3% de las mujeres son obesos.¹⁴ En Chile, el 60,3% de los hombres y el 63,1% de las mujeres están excedidas de peso y el 17,3% de los hombres y el 23,4% de las mujeres son obesos.

Se considera que la actividad física es el comportamiento por excelencia que puede dar lugar a modificaciones de los otros dos factores principales de riesgo (el régimen alimentario y el tabaquismo). En una encuesta realizada en Chile, el 93% de las mujeres y el 78% de los hombres declararon ser físicamente inactivos. La inactividad física también tiene consecuencias económicas: en Estados Unidos, los costos vinculados con la inactividad física y la obesidad representaron el 9,4% del gasto nacional en salud en 1995 (Colditz 1993).

El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo de enfermedades no transmisibles. Según datos de América del Norte y América Latina,

Cuadro 9 Tabaquismo por sexo y por país (por 100 habitantes, cifras del último año del que se dispone de datos)

País/año	Hombres	Mujeres
Argentina 1999	46,8	34,0
Bolivia 1998	42,7	18,1
Chile 1998	47,2	35,5
Colombia 1996	25,2	12,1
Costa Rica 1995	28,6	6,6
México 1993	38,3	14,2
Perú 1998	41,5	15,7
Uruguay 1999	38,0	26,0

Fuente: OPS 2000.

entre 1996 y 1999 el tabaquismo oscilaba entre un valor máximo de aproximadamente 40% de la población en Argentina y Chile a un valor bajo de 22% en Colombia. En algunas zonas urbanas, más de la mitad de los jóvenes fuman. En los hombres, el porcentaje de la población que fuma va de 47% en Argentina y Chile a 26% en Colombia. En cuanto a las mujeres, el valor máximo es 36% en Chile y, el más bajo, 16% en Perú.

En los países de América Latina y el Caribe, donde es elevada la prevalencia del tabaquismo, las razones de hombres a mujeres son más bajas; en países con baja prevalencia, son más altas. En las mujeres, la prevalencia del tabaquismo aumenta con el nivel educativo, en cambio en los hombres no es tan clara esta tendencia. Hay indicios de que la epidemia ha tomado un curso diferente en las mujeres y en los hombres, lo que puede reflejar diferencias en las estrategias de mercadotecnia. Las mujeres presentan una mayor prevalencia de tabaquismo en los países de ingresos más altos y en los países donde es mayor la participación de la mujer en la población activa, lo que probablemente esté vinculado con una mayor capacidad para adquirir productos de tabaco y una mayor aceptación social de las mujeres que fuman (Robles 1993).

¿Qué significa esta información para quienes formulan las políticas y quienes dirigen los programas?

Resulta arriesgado hacer inferencias para quienes formulan las políticas y dirigen programas dado el gran número de países, la diversidad de los modelos de atención de salud y las limitaciones de recursos (además de lo inadecuado de los datos); no obstante, se pueden destacar varios mensajes. En la exposición anterior se demuestra

que existen grandes diferencias en las políticas y en sus efectos sobre la salud de la mujer, sobre todo de la mujer más pobre y con menor nivel educativo. Las recomendaciones más sencillas y obvias son las siguientes:

- ♦ Los países clasificados en las categorías de estatus bajo y estatus medio bajo deberán centrar los recursos en el mejoramiento de las condiciones básicas de salud reproductiva. Las intervenciones requeridas son de costo relativamente bajo, en general, pero sin embargo redundan en grandes beneficios en términos de condiciones de salud y bienestar humano. La lista de prioridades públicas deberá estar encabezada por la oferta de métodos adecuados de planificación familiar para las mujeres que deseen controlar su fertilidad, la atención prenatal y obstétrica esencial temprana y de calidad, el fomento de la buena nutrición y el desarrollo de servicios especialmente dirigidos a la mujer en alto riesgo de contraer infecciones por transmisión sexual. Estos servicios tienen amplios beneficios para los hogares y la sociedad en general, y no cabe duda de que son las inversiones más eficaces en función de su costo que puede hacer un gobierno.

- ♦ En los países de estatus medio alto y alto, el gobierno también debe garantizar la disponibilidad de estos servicios básicos. Por las mismas razones que se expusieron, el sector público deberá centrarse en alcanzar del 20% al 40% más pobre de la población, precisamente con estos servicios básicos de salud reproductiva, a fin de reducir la marcada diferencia en las condiciones de salud de la mujer entre los segmentos de menores y mayores ingresos de la población.

- ♦ Al mismo tiempo, es clara la necesidad de adoptar ciertos tipos de medidas públicas para hacer frente a los problemas, cada vez mayores, que plantean las enfermedades crónicas que

afectan tanto a los hombres como a las mujeres, aunque la índole de estos problemas —costo potencialmente muy alto, sobre todo habida cuenta de los avances tecnológicos, y con beneficios limitados para la sociedad en su conjunto— exige una reflexión cuidadosa sobre el nivel, la distribución y el mecanismo de las inversiones públicas. Por ejemplo, los gobiernos cumplen un importante papel al promover pruebas de tamizaje e inter-

venciones preventivas eficaces y de bajo costo, como el tamizaje para la detección del cáncer cervicouterino en mujeres en alto riesgo de contraer esa enfermedad, y al respaldar programas de prevención de enfermedades cardiovasculares, sobre todo en poblaciones de bajos ingresos que corren un riesgo desproporcionado y tienen pocos recursos.

Página en blanco a propósito

Prestación de los servicios de salud de la mujer

Resumen del capítulo

- ♦ El gasto en los servicios de salud de la mujer representa aproximadamente la cuarta parte del gasto en salud pública y casi la mitad del gasto del hogar en salud. Por consiguiente, si se logra que este gasto sea más eficaz, la eficiencia general del sector puede mejorar.
- ♦ El volumen (y el crecimiento) del gasto en servicios de salud para la mujer redundará en grandes beneficios, sobre todo en cuanto a los resultados obtenidos en el área de la salud reproductiva: menor fecundidad, mayor número de partos atendidos por profesionales y uso de anticonceptivos. No obstante, hay grandes diferencias en la medida en que el gasto satisface las necesidades en cada nivel de ingresos: las mujeres de los hogares de menores ingresos son las que más notifican enfermedades, pero obtienen menores niveles de atención, si se toma en cuenta la “necesidad”, que las mujeres en mejor situación económica.
- ♦ No se ha demostrado que las mujeres estén en desventaja con respecto a los hombres en cuanto a los recursos del hogar que se destinan a servicios de salud, y la cobertura de seguro médico es igual para hombres y mujeres (aunque se concentra en los hogares de mayores ingresos).
- ♦ Para concluir las tareas pendientes en el ámbito de la salud reproductiva, los países más pobres tendrán que movilizar muchos más recursos dentro o fuera del sector de la salud, tarea difícil en épocas en que se contrae el respaldo externo y se presta más atención a otros problemas de salud pública (como la infección por el VIH/SIDA). Cualquiera que sea el nivel de ingresos del país, debe estimularse y atenderse la demanda de las mujeres pobres.

La información que se presenta en el capítulo precedente demuestra algunos de los retos fundamentales que enfrentan los sistemas de salud de América Latina y el Caribe a la hora de responder a las necesidades de atención de salud de la mujer. En este capítulo se examina quiénes están utilizando actualmente los servicios de salud, cómo se financian esos servicios, y cómo se calculan los recursos públicos y privados que serían

necesarios para satisfacer la creciente demanda de servicios de salud para la mujer.¹⁵

Este análisis tiene limitaciones conceptuales y empíricas, pero representa un paso hacia la formación de políticas apropiadas en el ámbito nacional y de los donantes. En la región existen pocas investigaciones empíricas sobre las dimen-

¹⁵ Este capítulo incluye contribuciones de Dara Carr.

siones del género en la percepción de los problemas de salud, la decisión de recurrir a la atención médica, o la utilización y el gasto en servicios de salud. En este capítulo se trata de emplear la vasta cantidad de datos provistos por encuestas de hogares representativas de la población nacional, presupuestos institucionales y estudios de gastos en siete países (Brasil,¹⁶ Guatemala,¹⁷ Jamaica, México, Paraguay, Perú y República Dominicana). Se seleccionaron estos países debido a la disponibilidad de datos recogidos mediante encuestas domiciliarias y a su representatividad geográfica; todos corresponden a las categorías de estatus medio alto o medio bajo de la tipología. Los datos que figuran a continuación se refieren únicamente a estos siete países.

Características de los servicios de salud de la mujer

Tipos de proveedores y servicios prestados.

Los sistemas de atención sanitaria de América Latina y el Caribe pueden categorizarse en cuatro sectores. El *sector público* se compone de los hospitales, clínicas y puestos de salud manejados por el gobierno y por la seguridad social. El *sector sin fines de lucro* abarca organizaciones de beneficencia y no gubernamentales (ONG). Los médicos que ejercen por cuenta propia, así como los hospitales, clínicas y farmacias que son de propiedad privada constituyen el *sector privado organizado*, y también existe un *sector privado informal* de curanderos y parteras sin formación formal. Cada sector comprende una proporción mayor o menor de la utilización y el gasto en cada país, según la organización del sistema de salud y las prácticas socioculturales, pero todos existen en todos los países.

El sector público es la fuente más común

de servicios de salud para la mujer, aunque el sector privado también se ocupa de una proporción considerable, incluso en las comunidades pobres. En los países estudiados, cuando las mujeres perciben un problema médico, la mayoría recurren al sector público o a proveedores privados con financiamiento público, en un porcentaje que oscila de 42% de todas las consultas en Paraguay a 76% en Brasil. La cobertura por el seguro médico se concentra en los quintiles de ingresos más altos y en las zonas urbanas, suele ser pública (excepto en Paraguay) y beneficia por igual a hombres y mujeres.

Es más probable que las mujeres en mejor situación económica recurran a la atención médica en el sector privado, aunque se registra un uso notable de servicios públicos en los quintiles de ingresos más altos. Las mujeres, incluso en el 20% más pobre de la distribución de ingresos, son más propensas que los hombres a solicitar la atención en instalaciones de salud o farmacias privadas. El uso de servicios privados como primera opción en los quintiles más pobres oscila entre valores bajos de 5% en las mujeres de Brasil¹⁸ a valores altos de 29% de las primeras consultas en las mujeres de Paraguay.

Necesidad, acceso y uso. Conscientes de la complejidad de utilizar datos sobre enfermedades declarados por los mismos pacientes, en estos siete países más mujeres que hombres notifican problemas de salud en todos los grupos de edad y de ingreso, y esta diferencia es muy significativa. En ambos sexos, la notificación de problemas de salud disminuye a medida que aumenta el ingreso. Los efectos producidos por los países también son estadísticamente significativos. Jamaica, país con el menor número de problemas de salud notificados, se utilizó como país

de referencia, de manera que todos los resultados se presentan en relación con las cifras jamaicanas. Los resultados indican que la notificación de problemas de salud en México es 8 puntos porcentuales más alta que en Jamaica, mientras que en Perú es 26 puntos más alta. Si bien el diseño de las preguntas de la encuesta podría estar influyendo en estos resultados, estas diferencias en las cifras de notificación también reflejan la situación de salud subyacente, el entorno institucional y la disponibilidad de recursos públicos y privados.

Para evaluar de qué manera los factores sociodemográficos y económicos determinan la decisión de buscar atención médica, se examinó con mayor detalle el caso de la República Dominicana (véase el recuadro 1). Las posibilidades de que una mujer solicite ayuda médica en caso de padecer un problema de salud son 25% más elevadas que cuando se trata de un hombre. Son mayores las probabilidades de que busquen atención médica las mujeres de 0 a 14 años y las de más de 65 años, las de zonas urbanas, las ricas y las que tienen cobertura de seguro médico. El estado de salud y la gravedad del problema según la percibe la persona también ejercen efectos fuertes y muy significativos sobre la probabilidad de que solicite atención médica.

Se ha creído que la mayor capacidad que tienen las mujeres para percibir la presencia de enfermedad obedece a una necesidad más objetiva de atención. Otra información, como la que procede de estudios sobre la carga de enfermedad y de los datos de mortalidad, demuestra que son mayores los niveles de morbilidad y mortalidad en los niños y adultos de sexo masculino en la región hasta los 60 años de edad. Sin embargo, la notificación de problemas de salud por parte de los hombres está muy por debajo de lo

que cabría esperar a la luz de estas estadísticas. Esto puede reflejar el hecho de que la carga de morbilidad de los hombres tiene características diferentes (accidentes y violencia), las cuales pueden dar lugar a la notificación de problemas de salud o, como se verá más adelante, a un uso más intensivo de los servicios de salud. Existen también otras explicaciones según las cuales la mayor propensión de las mujeres a percibir la presencia de enfermedades es el resultado de comportamientos aprendidos.¹⁹

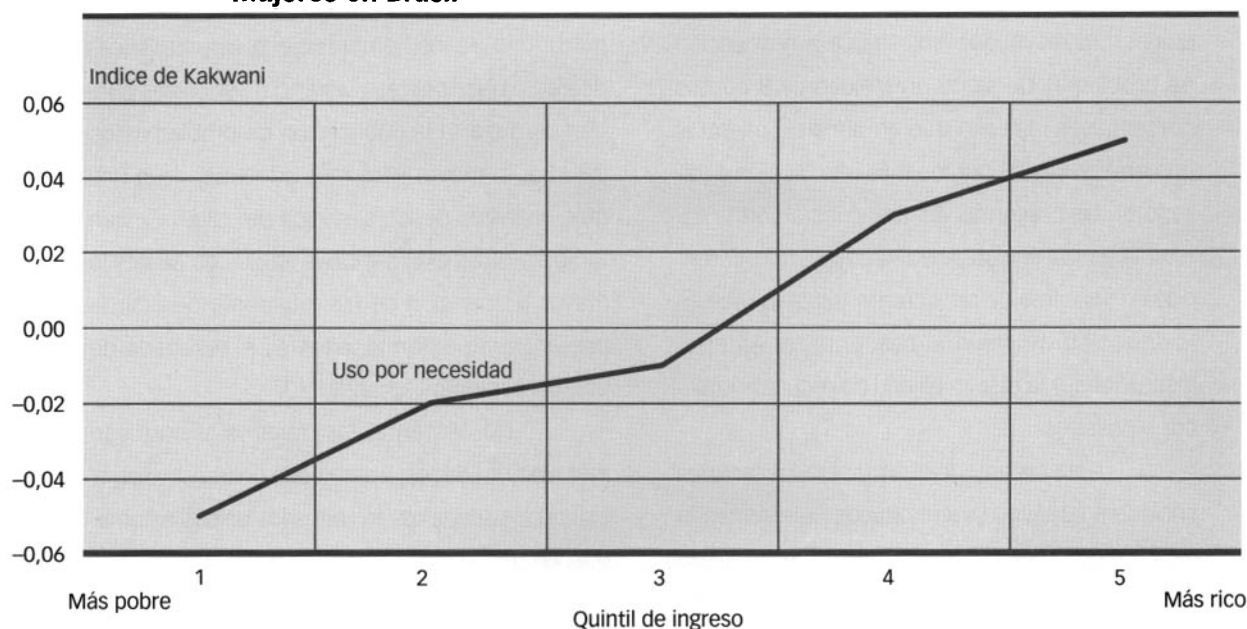
No obstante, las mujeres sí notifican más enfermedades, y esto tiene un impacto en el uso de los servicios: en todos los países estudiados, las mujeres usan más servicios ambulatorios y de hospital que los hombres. Aun después de efectuados los ajustes por embarazo y parto,²⁰ situaciones que generan un gran uso de los servicios de salud, las mujeres consumen más aten-

RECUADRO 1

¿Qué incrementa las probabilidades de que se acuda a los servicios de salud?

Para evaluar de qué manera los factores sociodemográficos y económicos influyen en la decisión de acudir a los servicios de salud, se examinó con mayor detalle el caso de la República Dominicana. Las probabilidades de que una mujer solicite atención médica en caso de padecer un problema de salud son aproximadamente 25% mayores que las probabilidades de que lo hagan los hombres. Las más altas probabilidades, en una proporción que es grande y significativa respecto a las demás, se registran en las mujeres de 0 a 14 años y de más de 65 años, las de zonas urbanas, las de mejor situación económica y las que están aseguradas. El estado de salud y la percepción de la gravedad del problema de salud también tienen efectos marcados y muy significativos en la probabilidad de recurrir a la atención médica.

Figura 4 Diferencias en el uso de los servicios basados en la necesidad por las mujeres en Brasil



ción sanitaria que los hombres de edad e ingresos similares.

Las encuestas domiciliarias que hemos analizado proporcionan pruebas contradictorias en torno a un uso más frecuente de la atención sanitaria durante los años reproductivos, lo que quizá se deba en parte a deficiencias en los datos. En Perú y Jamaica, las mujeres de 15 a 45 años son las más propensas a acudir a esos servicios, después de los niños de 0 a 15 años. No obstante, en Paraguay, Brasil y la República Dominicana, las probabilidades más bajas de acudir a los servicios de salud se encuentran en las mujeres de 15 a 45 años.

Las razones que explican por qué las mujeres usan más los servicios de salud son similares a las que se presentaron para explicar la percepción de los problemas de salud, salvo que ahora añadimos una hipótesis sobre el sistema de prestación de servicios. Este sistema puede

contribuir a que las mujeres se fijen más en los servicios de salud y a que los usen más mediante mecanismos de financiamiento que respalden servicios específicos para la mujer o incrementen la "medicalización" de la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia, por poner algunos ejemplos. Una tradición de programación vertical en el campo de la salud maternoinfantil y la planificación familiar en la región puede alentar una mayor utilización de los servicios por parte de la mujer. Además, si las mujeres acuden a más consultas, también están más expuestas a oportunidades para notificar síntomas, hacerse pruebas y ser diagnosticadas, tener resultados positivos falsos y sufrir trastornos iatrógenos, todo lo cual, a su vez, contribuye a que posteriormente utilicen los servicios más.

Como se indica en el primer capítulo, son varios los factores que determinan si una mujer tiene o no acceso a los servicios de salud y si

hace uso de ellos: ingreso del hogar, costos de oportunidad, costo de los servicios y del transporte, disponibilidad y calidad de los servicios, preferencias culturales y la toma de conciencia sobre la necesidad de recibir tratamiento. Las razones por las que no se utilizan los servicios permitirían analizar las dificultades del acceso y explicar los perfiles de utilización. En respuesta a las preguntas sobre las razones por las que no se utilizaron los servicios cuando se presentaron problemas de salud, la mayoría de las mujeres declararon que consideraban que el tratamiento era innecesario, presuntamente porque la gravedad del problema de salud no justificaba una consulta, o porque no se habían percatado de la necesidad de buscar tratamiento. Paraguay es una excepción en este sentido, ya que la razón más importante que se dio para no usar los servicios de salud fue la automedicación, quizá debido a la poca disponibilidad de servicios. En todos los países estudiados, el costo de los servicios y del transporte fueron la segunda y tercera razones más frecuentes para no usar los servicios de salud. No obstante, el efecto del costo, el transporte, la disponibilidad y la calidad de la atención sobre la probabilidad de utilizar los servicios de salud parece ser el mismo en hombres y mujeres.

Los grupos de ingresos más altos son mucho más propensos a solicitar atención cuando se presenta un problema de salud. Esta diferencia, que es altamente significativa, es de 18 puntos porcentuales en promedio para la muestra de países estudiados. El fenómeno se observa en ambos sexos, aunque existe una diferencia significativa entre las mujeres y los hombres en el quintil de ingresos más bajos, diferencia que probablemente dependa del acceso y el costo. El lugar de residencia también tiene un efecto muy grande sobre la decisión de acudir a la asistencia

médica: en promedio, la probabilidad de que las mujeres de zonas rurales utilicen los servicios médicos una vez que el problema ha sido detectado es 11% más baja. Las diferencias más evidentes en el uso de los servicios de salud por residentes de zonas rurales y urbanas se registran en Perú, la República Dominicana y Jamaica.

Otra manera de analizar la relación entre necesidades y utilización de servicios por parte de las mujeres consiste en el análisis de equidad,²¹ en el cual se utilizan métodos para calcular si las personas con iguales “necesidades” de salud obtienen atención médica en igual cantidad.²² La figura 4 ilustra el grado de desigualdad en la distribución de la atención médica en las mujeres de Brasil, perfil que también se observa en los otros países estudiados. Si se eliminan los efectos de la edad y de la necesidad de salud, las mujeres del quintil de ingresos más bajos utilizan menos servicios de lo que corresponde a la luz de sus necesidades. La situación es exactamente la contraria para las mujeres del quintil de ingresos más altos, quienes utilizan más servicios de los que “necesitan”. El uso de servicios médicos en función de la necesidad es más equitativo en Jamaica, seguido por la República Dominicana, Paraguay, Perú y Brasil.

En los países estudiados, las encuestas domiciliarias ofrecen pocas pruebas de que haya discriminación por razones de género contra las niñas y las mujeres, en términos del acceso y la utilización de los servicios de salud, observación que fue confirmada en otras investigaciones realizadas en la región²³. Sin embargo, los resultados difieren un poco de los que se han encontrado en estudios realizados en otras regiones,²⁴ sobre todo con respecto al gasto, como se verá en la siguiente sección. En todos los grupos de edad y de ingresos, las mujeres notifican más problemas de

Cuadro 10 Gasto público en salud y gasto público total en la salud de la mujer, por tipos de institución, 1997

País	GPS como % del PIB	GPS de la mujer (millones de US\$) ¹	GPS de la mujer como % del PIB	GPS de la mujer como % del gasto público en salud	GPS de la mujer por cada mujer (US\$)	GPS de la mujer por cada mujer (US\$ según la PPA)	% del GPS de la mujer de los institutos de seguridad social
Brasil	3,0	12.045	1,6	24	151	201	100
México	2,0	3.960	1,2	23	84	166	77
Perú	2,0	705	1,1	26	59	104	33
Paraguay	2,5	131	1,3	18	55	75	38
República Dominicana	1,8	144	1,1	16	53	111	34
Guatemala	1,4	139	0,8	35	34	89	51
Jamaica	2,7	68	1,4	20	25	61	NA

Fuente: Hernández y otros 2000.

¹ Incluye el gasto en salud reproductiva y no reproductiva.

salud (crónicos y en los últimos 30 días) y solicitan tratamiento para esos problemas con más frecuencia que los hombres. No obstante, las profundas diferencias en el acceso a la atención sanitaria en función del ingreso, el lugar de residencia y la cobertura con seguro médico ponen de manifiesto las diferencias de géneros. Las mujeres de ingresos más bajos son las que notifican la carga más alta de problemas de salud en relación con los hombres y con las mujeres de otros quintiles de ingresos. Aunque una proporción más elevada de estas mujeres tienen problemas de salud, las probabilidades de que acudan a solicitar tratamientos son las más bajas. La desigualdad se concentra en este grupo: ante el mismo grado de necesidad, las mujeres pobres no reciben grados equivalentes de atención sanitaria.

Financiamiento de los servicios de salud de la mujer

Gasto total en salud y su impacto sobre el gasto destinado a la salud de la mujer. El aná-

lisis del gasto para la salud debe interpretarse en el contexto de una transición que abarca toda la región y en la cual el papel del Estado como proveedor de servicios se está modificando a una función reguladora, y se están descentralizando muchas funciones políticas y administrativas. El gasto para la salud pública en los países estudiados se redujo a una media ponderada de menos de la mitad (44%) del gasto total en salud. En la República Dominicana, el gasto público es el que ocupa la menor proporción, quizá debido a un aumento reciente de la demanda de atención privada, sobre todo en los hospitales. En Guatemala, donde la reforma del sector de la salud ha elevado considerablemente el gasto público, este concepto representa el 60% del gasto total. Estos cambios abarcan los servicios de salud de la mujer.

Gasto público en la salud de la mujer. Para nuestros propósitos, el gasto público destinado a la salud de la mujer consiste en las erogaciones del Estado en servicios y productos cuyos objetivos abarcan el mantenimiento o mejoramiento de

la salud de la mujer. Esto engloba los programas focalizados específicamente en la mujer, como los servicios de maternidad, así como la atención curativa o preventiva que utilizan las mujeres. En promedio, representa el 24% del gasto total destinado a la salud en los siete países estudiados, con porcentajes que oscilan entre 16 en la República Dominicana y 35 en Guatemala (véase el cuadro 10).

El gasto público que se destina a la salud de la mujer por habitante de sexo femenino revela acusadas diferencias, con un recorrido de US\$150 a US\$25 en los casos extremos y un gasto per cápita seis veces más elevado en Brasil que en Guatemala. El crecimiento del gasto público invertido en la salud de la mujer está firme y significativamente vinculado con la reducción de la fecundidad, una mayor cobertura de la atención obstétrica por profesionales médicos capacitados y el uso de anticonceptivos hasta un cierto nivel de gasto.

El gasto público en la salud comprende principalmente dos tipos de instituciones —ministerios de salud e institutos de seguridad social— que juntos ejecutan aproximadamente el 85% de todo el gasto público en la salud de la mujer. Con frecuencia, otras instituciones públicas proporcionan servicios a grupos específicos de la población, pero el monto de sus recursos y servicios es mucho menor. Este es el caso de las instituciones cuya función primaria no es proporcionar servicios de salud, sino dar cobertura a los trabajadores con su propia infraestructura o mediante mecanismos de contratación. Existen también fondos especiales para actividades o para la cobertura de grupos específicos de la población (como los pueblos indígenas, los ancianos y los pobres) que, pese a formar parte de los presupuestos públicos, financian una serie de interven-

RECUADRO 2

Importancia de otras instituciones públicas en el sector de la salud

- En la República Dominicana, la Presidencia de la República financia el 16% del gasto público en la salud de la mujer mediante inversiones en infraestructura y adquisiciones de equipo para las instituciones sanitarias, y el Programa de Medicamentos Esenciales es responsable de la adquisición, el almacenamiento y la distribución de fármacos a los hospitales de la Secretaría de Estado de Salud Pública, la red primaria de atención y las “farmacias populares”.
- En México, además de la Secretaría de Salud, cuatro instituciones proporcionan servicios a la población no asegurada, y cinco ofrecen seguro social. La SSA, el IMSS y el ISSSTE representan el 88% del gasto en salud pública en el país. La complejidad institucional de los sistemas de salud no necesariamente genera gastos más elevados.

ciones entre las cuales figuran también algunos servicios de salud. Estas instituciones representan, en promedio, el 14% del gasto público dedicado a la salud de la mujer (véase recuadro 2).

Necesidades insatisfechas e insuficiencia del gasto

Si muchos países de América Latina y el Caribe están destinando grandes sumas de dinero a la salud de la mujer —y efectivamente lo hacen— y si, como se mostró en el capítulo anterior, grandes grupos de la población femenina padecen de mala salud y no están utilizando los servicios básicos, cabe preguntarse: ¿deberán gastar más los gobiernos de la región para ampliar la cobertura, o deberán asignar el gasto de otra manera, o ambas cosas? Quizá esta pregunta pueda responderse mejor si se analizan a fondo los perfiles de

Cuadro 11 Insuficiencia del gasto público para financiar un paquete básico de salud reproductiva, 1997

País	Gasto público en salud reproductiva por cada mujer (US\$ según la PPA)	Paquete como % del gasto público en salud reproductiva	Insuficiencia (Millones de US\$)
Brasil	34	52	No hay
México	33	63	No hay
Paraguay	8	139	15
Jamaica	11	94	1
Perú	12	100	23
República Dominicana	27	117	11
Guatemala	26	170	54

Fuente: Hernández y otros 2000.

gasto y de prestación de servicios, las condiciones de salud y las características de la población de cada país. Por otra parte, puede responderse la pregunta, aunque solo parcialmente, comparando lo que se gasta actualmente en los servicios de salud de la mujer y los montos recomendados para un paquete de servicios básicos de salud reproductiva.²⁵

En cuanto a los países incluidos en este análisis (véase el cuadro 11), esta evaluación somera de la insuficiencia del gasto indica que el financiamiento muestra poco déficit o ninguno en Brasil, México o Jamaica, que son todos países de estatus medio alto. El financiamiento de los servicios básicos de salud reproductiva²⁶ podría exigir una reasignación monetaria y una mayor eficiencia, pero no una afluencia significativa de fondos. En Paraguay y la República Dominicana, que también son países de estatus medio alto (aunque con PIB más bajos), harían falta recursos marginales adicionales —de 11 a 15% del gasto público corriente en salud reproductiva— para financiar los servicios básicos de salud reproductiva de toda la población. En cambio, en Perú y Guatemala, países de estatus medio bajo, el gasto público en servicios de salud reproductiva

tendría que incrementarse alrededor de 25% a 50% para alcanzar la meta.

Es importante señalar que estas estimaciones no toman plenamente en cuenta las reducciones actuales y previstas de la asistencia externa para los servicios de salud reproductiva. La región de América Latina y el Caribe recibió un 13% del financiamiento internacional para la salud reproductiva en 1996, cifra que representó aproximadamente US\$195 millones, y la mitad de los fondos se destinó a organizaciones no gubernamentales (ONG). Un tercio fue canalizado bilateralmente, sobre todo por conducto de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), y el 16% fue suministrado por organismos multilaterales, como las Naciones Unidas (FNUAP 1996).

Aproximadamente la mitad del gasto dedicado a la salud reproductiva en la región es financiado con asistencia externa. El gasto nacional, como proporción del gasto total en salud reproductiva, está aumentando pero no cubre la insuficiencia provocada por el retiro del financiamiento multilateral y bilateral de la salud reproductiva a fin de orientarlo hacia regiones con mayores desventajas económicas. Por ejemplo, la USAID,

entidad que desempeña un papel importante en el campo de la salud y una de las principales fuentes de respaldo a la salud reproductiva en la región de América Latina y el Caribe, redujo el financiamiento para estos fines en toda la región y eliminó sus programas de salud, nutrición y población en varios países. El financiamiento de los programas de población y salud reproductiva en la región de América Latina y el Caribe disminuyó 15% entre los ejercicios fiscales de 1997 y 1998 y se ha mantenido estable desde entonces (US\$74 millones en 1997 y US\$63 millones en 1999). En cambio, el financiamiento de programas de supervivencia infantil en el mismo período disminuyó primero en 26%, pero después fue restablecido en su totalidad. Habiendo comenzado con aproximadamente US\$53 millones, concluyó con esa misma cifra. Además, la USAID dio por concluidas todas sus operaciones en el ámbito de la salud, con excepción de las de prevención de la infección por el VIH/SIDA, en México y Colombia. La asistencia a Brasil concluyó en 2000 y el respaldo para la salud a Ecuador concluye en 2001. La reducción del financiamiento proporcionado por la USAID continuará en los años futuros, pero aún no se ha decidido en qué países.

Gasto privado en la salud de la mujer. A fin de determinar cuánto varía la proporción de los gastos que pueda atribuirse al sexo, nivel de ingresos y país de origen, se analizaron los promedios de distintos grupos. Independientemente del nivel de ingresos y del país, el gasto dedicado en el hogar a la salud de la mujer supera el que se destina a la salud de los hombres en un punto porcentual del gasto total. Las mujeres notifican más problemas de salud y consultan a los servicios médicos por ellos con más frecuencia que los hombres. En igualdad de condiciones, el gas-

to del hogar debería ser más elevado para las mujeres.

En esta muestra de mujeres y países, el porcentaje de los ingresos que se dedica a la salud baja a medida que se incrementan los ingresos. Los quintiles más ricos gastaron en la salud entre uno y dos puntos porcentuales menos del presupuesto total del hogar que el primer quintil, en tanto que los quintiles segundo y tercero no difirieron significativamente de los más pobres. Este resultado puede estar reflejando los efectos de la cobertura del seguro médico como factor de confusión, ya que ésta es más frecuente en los quintiles de mayor nivel socioeconómico. La mayoría de los otros estudios han encontrado que la atención médica muestra elasticidad en función del ingreso, lo que se refleja en el aumento del gasto en salud a medida que aumentan los ingresos.

Como porcentaje del gasto total del hogar, los hogares de bajos ingresos gastan un poco más en las necesidades de atención sanitaria de las mujeres que los hogares ubicados en los quintiles de ingresos más altos. En la República Dominicana y Paraguay, este efecto es más pronunciado, quizá porque en esos países es limitada la cobertura de los subsidios públicos.

La composición del gasto dedicado a la salud por las mujeres de 15 a 45 años indica que éstas son más propensas a gastar en medicamentos, desde 48% de todos los gastos en Brasil, hasta un máximo de 92% en Paraguay.²⁷ En todos los países estudiados, la proporción del gasto asignada a medicamentos es más alta en los quintiles de ingresos más bajos. Este fenómeno podría tener varias explicaciones. Puede reflejar niveles más elevados de automedicación, pero también puede ser indicio de que en el punto donde se da el servicio, las probabilidades de que

los medicamentos estén subsidiados son menores que en el caso del costo de la consulta misma. Esto ocurre particularmente en los grupos de mujeres sin seguro y de bajos ingresos, para quienes el gasto relativo en medicamentos tiende a ser, en consecuencia, más elevado.

Los gastos en consulta externa y hospitalización, que varían mucho dependiendo del sistema de salud, siguen en importancia a las categorías ya descritas. En Jamaica y la República Dominicana, la proporción más elevada del gasto se asigna a servicios ambulatorios, debido en gran medida a la importancia del sector privado en la prestación de esos servicios. En Jamaica, el 64% de los gastos fue dedicado a la consulta externa, y 37% fue a parar a manos de prestadores privados, lo cual apunta a que los servicios ambulatorios están muy subsidiados por el sistema nacional de salud pública. En la República Dominicana, del 74% del gasto que fue destinado a dichos servicios, el 67% fue absorbido por el sector privado, situación que refleja un fenómeno diferente ocasionado por la falta de disponibilidad de servicios y la calidad de la atención en el sector público.

La proporción del gasto dedicada a hospitalizaciones es relativamente pequeña, lo cual resultó sorprendente en los grupos en edad reproductiva. En promedio, la hospitalización consume menos del 15% de los costos que paga el paciente directamente en Brasil, Jamaica y la República Dominicana. En Perú, la hospitalización representa la segunda en importancia entre las categorías del gasto después de los medicamentos, pero la proporción aumenta rápidamente, pasando del 9% del gasto en el primer quintil al 27% en el quinto. Del 21% del gasto representado por el desembolso de pacientes particulares por hospitalizaciones en Perú, aproximadamente dos tercios se gastan en hospitales públicos y el 8% en servicios

privados, aunque esta proporción se invierte en los quintiles de ingresos superiores.

Los hogares de todos los niveles de ingresos utilizan servicios de salud públicos y privados y reciben algún subsidio en el sector público. Esto se debe en cierta medida a la participación en el sector público de los servicios de seguridad social, que cubren a los grupos de ingresos superiores; también se debe al hecho de que a menudo los servicios más complejos y avanzados en sentido tecnológico se obtienen únicamente en grandes hospitales públicos.

¿Qué significa esta información para quienes formulan las políticas y dirigen los programas?

De estos análisis, aunque limitados, se pueden derivar conclusiones positivas y negativas. Entre las primeras, debe señalarse que en muchos países de la región el sector público está ostensiblemente dando prioridad a mejorar la salud de la mujer (y en particular a la salud materna), puesto que dedica una buena proporción de todo el gasto público a programas de salud para la mujer. Las buenas condiciones de salud que gozan las mujeres —y las mejoras espectaculares en los resultados obtenidos en los últimos 15 años en materia de salud reproductiva— ponen de manifiesto la eficacia de dicho gasto. El gasto absoluto en la salud reproductiva probablemente sea suficiente para financiar una variedad relativamente amplia de servicios eficientes y de bajo costo que el mercado quizá no pueda proporcionar sin la intervención del Estado. Además, si bien la cobertura del seguro médico se concentra en los grupos de ingresos más altos, hay pocas pruebas de que haya un sesgo en contra de la mujer. Hay indicios de que las políticas de los donantes y de los

gobiernos nacionales en gran parte de la región han tenido resultados positivos.

Los aspectos negativos son dos. En primer lugar, en los países donde el gasto en servicios de salud para la mujer y la utilización de estos servicios son relativamente elevados, las pruebas demuestran una gran falta de atención a las mujeres más pobres. La combinación de mecanismos inadecuados de focalización por el lado de la oferta e importantes restricciones por el lado de la demanda está provocando desigualdades graves y sistemáticas en la cobertura, así como resultados de salud deficientes.

En segundo lugar, la mayoría de los países de la región gastan en servicios de salud reproductiva (y en la salud de la mujer en sentido general) menos de lo necesario para lograr la cobertura de un paquete básico de intervenciones eficaces y de bajo costo que el mercado por sí sólo difícilmente proporcionaría. La disminución

de las inversiones de los donantes en esos programas de salud exacerbará en breve este problema. En estos países²⁸ se requiere un análisis detenido a fin de determinar cuán factible es lograr, y por medio de qué mecanismos, una expansión significativa de todos los recursos destinados al sector de la salud, una reorientación de los recursos existentes hacia los servicios de salud reproductiva más necesarios y eficaces en función de sus costos, o ambas cosas.

Las actividades de reforma del sector de la salud que están en marcha en la región podrían dar por resultado un refuerzo de las acciones conducentes a resultados positivos y la corrección de políticas deficientes que originan resultados negativos persistentemente. En el siguiente capítulo se examinan los vínculos entre las iniciativas de reforma del sector de la salud y la salud de la mujer, en general y en lo concerniente a la reproducción.

Página en blanco a propósito

La salud de la mujer y la reforma del sector de la salud: sinergias y riesgos

Resumen del capítulo

- ♦ A fin de movilizar recursos para completar la agenda de salud reproductiva en los países más pobres de la región, focalizar mejor las iniciativas sobre salud reproductiva en los países que están en mejor situación económica, y financiar la solución de los problemas crónicos y emergentes de salud de la mujer, es menester prestar atención a la dirección que se está imprimiendo a la reforma del sector de la salud.
- ♦ La reforma del sector logra mejores resultados cuando se consideran plenamente los problemas de salud de la mujer.
- ♦ La descentralización, la definición de prioridades en el sector público, la reorientación de los mecanismos de financiamiento y la modificación de las funciones de los sectores público y privado, pueden favorecer la salud de la mujer si están debidamente diseñadas.

En los capítulos anteriores se destacaron los logros y los problemas que quedan por resolver para mejorar la salud de la mujer en América Latina y el Caribe. Para hacer frente a esos problemas, los funcionarios a cargo de formular las políticas, los especialistas técnicos, los grupos de presión, los líderes comunitarios y otros interesados en los problemas de salud de la mujer pueden aprovechar una gran oportunidad: los esfuerzos bien diseñados y bien ejecutados que están en marcha actualmente para reformar los sistemas de salud en América Latina y el Caribe pueden incrementar la cantidad, mejorar la calidad y estimular la demanda de servicios de salud de la mujer. Al mismo tiempo es esencial reconocer que las iniciativas de reforma mal diseñadas y mal ejecutadas —las que hacen de lado algunos aspectos específicos de la oferta y la demanda de

servicios de salud que se ven determinados por el género— pueden menoscabar los avances ya logrados en lo concerniente a la salud de la mujer en la región. Esto se observa tanto en los países más ricos, donde es preciso aumentar la eficiencia, mejorar la focalización y estimular la demanda entre los pobres, y en los países menos prósperos, cuyo objetivo primario es dirigir un mayor volumen de recursos a satisfacer la continua necesidad de servicios básicos de salud reproductiva.

Este capítulo enfoca en doble sentido la relación entre la salud de la mujer y las reformas del sector de la salud. Presenta, primero, un breve panorama conceptual de los vínculos entre ambas cosas. En segundo lugar, se basa en experiencias regionales (e internacionales) para tratar de entender cómo pueden afectar a la salud de la

mujer favorable o adversamente cuatro elementos comunes de la reforma del sector de la salud: la descentralización, la definición de prioridades en el sector público, las modificaciones del financiamiento y los ajustes en las funciones de los sectores público y privado.

La salud de la mujer y la reforma del sector de la salud: dos caras de la misma moneda

Las diferencias en la formación profesional, ideología, opinión política e incluso el vocabulario entre los especialistas y defensores de la salud de la mujer, por un lado, y los especialistas y defensores de la reforma del sector de la salud, por el otro, han tenido a menudo el efecto lamentable de limitar el diálogo entre dos grupos que tanto tienen en común. En esta sección se plantea explícitamente la interdependencia entre la salud de la mujer y la reforma del sector de la salud.

¿Por qué los “reformistas del sector de la salud” deben prestar atención a la salud de la mujer? En su forma más rudimentaria, la reforma del sector de la salud (tal como se manifiesta en los países en desarrollo) habitualmente busca lograr tres objetivos fundamentales: en primer lugar, hacer más eficiente la asignación total de recursos públicos en el sector salud, para que los fondos públicos se dirijan a los servicios que tengan el mayor impacto favorable en la situación de salud y que de otro modo no serían provistos por el mercado. Segundo, la reforma del sector de la salud procura proporcionar incentivos para la producción eficiente de servicios en los ámbitos público y privado, a fin de que un nivel dado de insumos dedicados a un factor de influencia decisiva en la formación de capital humano (y que

desempeña un papel importante en la economía nacional) produzca los mayores resultados posibles. Tercero, trata de mejorar la condición de los pobres —o al menos de contrarrestar políticas públicas que siempre han sido regresivas— centrando el gasto público en servicios que beneficien de forma desproporcionada a los hogares de menores ingresos y a otros hogares vulnerables. Para satisfacer cada uno de estos objetivos es menester prestar atención a la salud de la mujer:

- ♦ La mala salud de la mujer, sobre todo por problemas vinculados con la reproducción, representa gran parte de la morbilidad y mortalidad prevenibles en los países en desarrollo. No obstante, en las actuales circunstancias el sector privado no prestará un volumen suficiente de muchos de los servicios de atención de salud que tratan esos problemas.
- ♦ Muchas intervenciones de salud que corresponden a la categoría de la salud reproductiva son sumamente eficaces en función de su costo. Esto es particularmente evidente cuando se toman en consideración los efectos directos e indirectos de la mala salud materna en la mujer y su familia.
- ♦ Las mujeres pobres se ven afectadas de forma desproporcionada por la mala salud, y la provisión de servicios específicos es un medio relativamente directo de orientar los recursos hacia las poblaciones pobres. Por otra parte, debido a que los efectos de la mala salud materna repercuten de una generación a la siguiente, la focalización adecuada en los servicios de salud de la mujer puede tener efectos positivos duraderos para reducir la pobreza, o al menos, para atenuar sus efectos.

¿Por qué los defensores de la salud de la mujer deben prestar atención a la reforma del sector de la salud y participar en ella?

Así como los encargados de formular las políticas y otros interesados en promover la reforma del sector de la salud pueden cumplir mejor sus objetivos si centran su atención en la salud de la mujer, quienes defienden esta causa pueden alcanzar sus metas si reconocen las oportunidades que ofrecen aspectos determinados de la reforma del sector de la salud:

- ♦ Desde hace mucho tiempo, muchos servicios de salud de la mujer se han caracterizado por su mala calidad y falta de respuesta a la demanda. Dentro de la reforma del sector de la salud, los convenios de contratación, los nuevos mecanismos de financiamiento por el lado de la demanda, el fortalecimiento de mecanismos reguladores y la descentralización de la toma de decisiones son medidas capaces de hacer frente a estos problemas.

- ♦ Para poder completar las actividades planificadas en el área de la salud reproductiva se necesitan más recursos financieros y un mejor uso de los recursos que ya se han invertido en ese ámbito. Y cabe reiterar que las iniciativas de reforma centradas en mejorar la eficiencia y la equidad pueden liberar y reorientar recursos financieros para ese propósito.

- ♦ El financiamiento de servicios de salud que no están relacionados con la reproducción es una tarea compleja que exige mecanismos mucho más allá de las erogaciones tradicionales de recursos del sector público, y es probable que haya que ampliar los sistemas de seguros público y privado. A medida que se extiende la cobertura del seguro médico, es necesario revisar las prestaciones para incluir servicios de salud reproductiva y atención médica eficaz y de bajo costo

para la mujer. Es necesario examinar también los incentivos financieros para reducir procedimientos innecesarios, como la cesárea, cuando no se justifique.

Pese a los intereses comunes de quienes están interesados en mejorar la salud de la mujer y los “reformistas” del sector de la salud que buscan mayor eficiencia y equidad, a menudo se ve limitada la comunicación por falta de canales y mecanismos formales que permitan a los defensores de la salud de la mujer participar en los procesos de reforma. En algunos países de la región —cabe destacar México, Brasil y Colombia— se han iniciado actividades para incorporar a los defensores de la salud de la mujer y a los especialistas en cuestiones de género en el diálogo sobre la dirección que deberá imprimirse a la reforma del sector de la salud. Pero estas son las excepciones. En general, los mecanismos formales de participación han sido limitados, y tanto los gobiernos nacionales como las entidades que fomentan el desarrollo han hecho relativamente poco para lograr que los derechos de la mujer y otros problemas que guardan conexión con el género se incluyan en las deliberaciones sobre la reforma del sector de la salud.

Vínculos entre los cuatro elementos de la reforma del sector de la salud y la salud de la mujer en América Latina y el Caribe

En esta sección se destaca la relación que existe entre la salud de la mujer y los cuatro elementos de la reforma del sector de la salud que más destacan en la región de América Latina y el Caribe: la descentralización, la definición de prioridades, las modificaciones del financiamiento y los ajustes de las funciones de los sectores público y pri-

vado. Los ejemplos que se ofrecen presentan una clara imagen de cómo la reforma del sector de la salud puede satisfacer las necesidades de salud de la mujer en los países, independientemente de su situación económica. Al mismo tiempo, se advierte precaución debido a las dificultades que pueden surgir cuando no se toman en cuenta, a la hora de formular políticas, los problemas que plantean el financiamiento y la prestación de servicios para cubrir las necesidades específicas de cada género.

Descentralización. Una característica común de los programas de reforma es el acento en la descentralización, que tiene por objeto mejorar la respuesta a las necesidades locales, la apropiación de los objetivos por parte de los beneficiarios y la rendición de cuentas. No obstante, la consecución de estas metas y la posibilidad de que la descentralización tenga un efecto positivo en la atención de salud de la mujer dependen de *por qué* se produce la descentralización, *cómo* se lleva a cabo y *quién* participa en su diseño y ejecución. La descentralización en América Latina, como en el resto del mundo, a menudo está motivada por consideraciones políticas y no por la necesidad de mejorar la eficiencia y la equidad en el sector de la salud. Tal como sostiene Kutzin (1995), esto puede exacerbar las desigualdades porque se transfiere el poder del centro a elites regionales, los distritos más ricos pueden captar más fondos, los gobiernos centrales transfieren la carga del financiamiento a los niveles subnacionales, o todo esto a la vez.

En la región de América Latina y el Caribe, la descentralización ha tomado diferentes formas. En Chile, se ha delegado a los municipios la atención primaria de salud, en tanto que se descentralizaron los hospitales y los programas de

salud pública, formándose áreas autónomas de servicios de salud (véase el recuadro 3). Nicaragua transfirió las responsabilidades a los niveles inferiores del sistema de salud, y Colombia a los departamentos y municipios, en tanto transformó los hospitales en sociedades anónimas. Las estrategias e instrumentos utilizados durante la descentralización son cruciales para evitar los riesgos mencionados y para facilitar el logro de los objetivos de salud de la mujer.

En primer lugar, las *transferencias de recursos basadas en fórmulas* tienen la importante capacidad de corregir las desigualdades del acceso a la atención médica y de mejorar la cobertura de la atención primaria de salud, incluida la de los servicios de salud de la mujer. El uso de mecanismos de transferencias varía enormemente en la región.²⁹ Los mecanismos de transferencia de recursos no siempre tienen en cuenta el volumen de servicios ya existente, y ello puede hacer que algunas instalaciones tengan poco financiamiento y no puedan prestar el paquete necesario de servicios de salud para la mujer. Por ejemplo, en Bolivia, el uso de una fórmula sencilla per cápita dejaría a los hospitales terciarios de remisión de casos en algunas regiones con menos fondos de los que necesitan (Aitken 1999).

Segundo, la descentralización también supone estrategias encaminadas a *diversificar las fuentes de financiamiento* y mejorar la movilización de recursos, estrategias que parecen haber generado importantes beneficios en la atención primaria de salud.

Tercero, cuando los recursos se focalizan en un *paquete esencial de servicios* bien definido, que refleja los perfiles epidemiológicos y tiene en cuenta criterios de costo-efectividad, puede producirse un impacto que podría ser positivo en los servicios de salud de la mujer. En cambio, cuan-

do la definición de las necesidades de atención de salud de la mujer se deja a discreción de las autoridades locales, no necesariamente se producen buenos resultados. Las actitudes conservadoras de los dirigentes locales y la renuencia de los trabajadores del sector de la salud pueden impedir la integración de algunas intervenciones (como el tamizaje y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual) con otros servicios de salud reproductiva.

Cuarto, en casos en que la descentralización ha dado lugar a una mayor *participación de las ONG* en la prestación de servicios (Brasil o México), han surgido oportunidades para ampliar los servicios de salud de la mujer.³⁰

La participación activa de quienes representan los intereses de la mujer también es crucial para lograr los objetivos de salud de la mujer. Para ello es necesario determinar si los intereses de la mujer están representados en los comités de salud locales, y si sus preferencias y necesidades se reflejan en la asignación de recursos. Las pruebas recogidas indican que a menudo no están bien representadas las opiniones de la mujer, sobre todo en el nivel local.³¹ Si bien las autoridades locales, en principio, están más cerca de los beneficiarios y pueden responder mejor a sus necesidades, las pruebas indican que las preferencias locales pueden favorecer la atención curativa y no las ganancias a más largo plazo de las intervenciones preventivas y de salud pública, que tienden a constituir la mayoría de los servicios de salud para la mujer (Standing 1999). En aquellos casos en que participan activamente los grupos que defienden los intereses de la mujer, se asigna a estas cuestiones mayor prioridad en los programas de gobierno, incluso en regímenes descentralizados (Aitken 1999; Langer y otros 2000). Por ejemplo, en Brasil, el movimiento femi-

nista fomentó el establecimiento de consejos estatales y municipales de mujeres, con el mandato de prestar atención a una amplia gama de problemas que afectan a la mujer. Esta fue la primera participación verdadera del Estado en la salud de la mujer y dio como resultado una mayor colaboración con el sector de las ONG y una mayor atención para incrementar la cobertura y la calidad de una amplia gama de servicios de salud de la mujer. En Nicaragua, la participación comunitaria a través de auditorías sociales dio a la población local voz y voto en las decisiones sobre la atención sanitaria (Langer y otros 2000).

La descentralización no necesariamente provee un ambiente propicio para los programas de salud de la mujer, que tradicionalmente se han organizado de forma vertical. Entre los asuntos que han surgido figuran los siguientes:

- ♦ *Fragmentación.* La descentralización corre el riesgo de provocar fragmentación en los programas de salud nacionales al elevar el número de instituciones e interesados. En primer lugar, puede haber una pérdida de economías de escala, sobre todo en los municipios relativamente pequeños. Quizá sea conveniente que algunas funciones (como adquisiciones, capacitación de personal, desarrollo de estrategias y diseño de normas y protocolos) sigan centralizadas para lograr economías de escala y beneficiarse de un flujo estable de recursos.³² Las adquisiciones centralizadas, además, pueden evitar algunos de los problemas de liquidez que enfrentan un gran número de unidades descentralizadas. Segundo, la responsabilidad de la atención primaria de salud puede fragmentarse entre los gobiernos estatales y central pero sin contar con poder eficaz para la administración del personal (como ocurre en Colombia, México y Bolivia) a nivel regional. En Bolivia, la descentralización dividió sistemas previa-

mente bien desarrollados de administraciones integradas regionales y sanitarias, de tal manera que los hospitales de remisión de casos terminaron formando parte de un gobierno local separado de los servicios de atención primaria de la salud (Aitken 1999). Tercero, pueden surgir situaciones en las que se imponen los mandatos del nivel central en las unidades descentralizadas sin que se asignen recursos conmensurados para esas actividades. Por último, los países pueden carecer de políticas coherentes sobre población, salud reproductiva o salud de la mujer que los ayude a orientar las actividades locales y a establecer el marco para las normativas y reglamentos a nivel nacional. Este es el caso, por ejemplo, de Paraguay y Argentina (Langer y otros 2000).

- ♦ *Poca capacidad local.* La transferencia de responsabilidades a niveles más bajos de gobierno también se ve dificultada por la calidad variable de la capacidad técnica y gerencial, que acarrea el riesgo de que peligre la prestación de servicios de atención primaria de salud, incluidos los servicios de salud de la mujer. En México, por ejemplo, la poca capacidad en el nivel local fue un grave obstáculo para la descentralización de un sistema que desde hace mucho tiempo ha concentrado el poder en el nivel central (Langer y otros 2000). Estas deficiencias subrayan la importancia de establecer estructuras organizativas y gerenciales y de capacitar al personal en las unidades descentralizadas. Si bien, en interés de los programas de salud de la mujer, puede ser conveniente desacelerar el ritmo de la descentralización para tener tiempo de fortalecer estas capacidades, a menudo esto no es posible.

- ♦ *Incentivos desiguales.* La descentralización puede impedir el buen funcionamiento del sistema de remisión de casos y la integración de los servicios de salud primarios con la atención

hospitalaria de segundo nivel, que son esenciales para la prestación de un conjunto completo de servicios de salud para la mujer. La experiencia ha demostrado que los incentivos a los prestadores de servicios pueden no ser uniformes, hasta el grado en que los mecanismos de pagos no son los mismos en todos los niveles de atención en las unidades descentralizadas. Si bien estos problemas no son exclusivos de los sistemas descentralizados, se vuelven más difíciles de resolver porque la responsabilidad de los diferentes niveles de atención sanitaria puede estar distribuida entre distintas líneas administrativas. Por ejemplo, en los casos en que se remunera a las instalaciones de atención primaria con pagos per cápita y las instalaciones de nivel secundario operan con una estructura de honorarios por servicios prestados, se crearán incentivos perversos para trasladar costos al nivel secundario. En situaciones en que no están bien diferenciados los honorarios por niveles de atención, las mujeres pueden mostrarse propensas a obviar el nivel primario y pasar directamente al nivel secundario, con lo que se sobrecarga el sistema.

Fijación de prioridades. Muchos programas de reforma de la región han definido paquetes de atención básica de salud siguiendo las pautas que se presentan en el *Informe sobre el desarrollo mundial de 1993*. La introducción de estos paquetes como parte de programas más amplios dentro de la reforma del sector de la salud tiene implicaciones que podrían ser positivas para la prestación y el financiamiento de servicios de salud de la mujer, sobre todo en vista de que la mayoría de las intervenciones de salud de la mujer son eficaces y baratas. La efectividad de los paquetes depende de que se reflejen bien las necesidades de salud de la mujer, de que este benefi-

RECUADRO 3**Chile: La salud de la mujer y la descentralización**

Chile es un caso interesante que permite examinar los vínculos entre la atención de la salud de la mujer y la reforma del sector, y destaca los distintos asuntos que pueden surgir. No obstante, también demuestra que es prácticamente imposible establecer una relación de causalidad, sobre todo porque muchos de los avances en salud preceden al proceso de descentralización iniciado en 1979. El destacado historial que tiene Chile en el mejoramiento de la salud materna y reproductiva puede explicarse en gran medida por los siguientes factores: un sistema nacional de salud con alta cobertura y fuerte énfasis en la atención primaria de salud y en intervenciones de salud pública; una política de focalización en los grupos más vulnerables, utilizando auditorías clínicas para atacar el problema de la mortalidad materna; libre acceso a actividades preventivas y de promoción de la salud, y utilización de complementos alimenticios para combatir los problemas de nutrición y fomentar la asistencia a establecimientos de salud.

Parece que la descentralización permitió una mejor adaptación de los programas a las condiciones locales y facilitó la introducción de intervenciones innovadoras. Tras la municipalización de la atención primaria de salud en los años ochenta, el programa de salud materna recibió un nuevo empuje, con una considerable inyección de recursos y una expansión de la cobertura.

La descentralización dio lugar a una nueva serie de problemas: 1) la falta de coordinación y la fragmentación en diversas instituciones; 2) la resistencia del nivel central a definir un paquete básico de servicios y a asignar recursos según la necesidad y el sexo; 3) los posibles efectos adversos de los mecanismos de pagos a proveedores, que alientan el traslado de los costos al siguiente nivel de atención. Por ejemplo, se han planteado inquietudes en torno a los incentivos financieros para el tamizaje de cáncer cervicouterino en el nivel municipal, el cual se paga por capitación y por lo tanto no cubre el costo financiero del tratamiento del cáncer; 4) el riesgo de que en el nivel central se establezcan nuevas áreas programáticas sin proporcionar recursos commensurados, lo que, en efecto, da como resultado un mandato sin financiamiento, y 5) un bajo nivel general de participación comunitaria, con poca intervención de asociaciones femeninas.

cio teórico realmente se traduzca en un buen acceso y de que sea financieramente sustentable. A menudo son los técnicos quienes definen las necesidades, pero se puede incrementar la participación de especialistas en el campo de la salud de la mujer para validar los resultados. En algunos casos, el acceso no necesariamente se traduce en un mayor uso, ya sea porque no existen incentivos financieros para proporcionar los servicios, o porque la capacidad y calidad de los mismos no han mejorado en la misma medida que las prestaciones. La incorporación de los problemas de salud de la mujer en los paquetes implicará un abandono de los programas independientes o verticales en favor de una prestación servicios de salud de manera integrada.

Para ello será necesario establecer nuevos sistemas de respaldo y estructuras adminis-

trativas, capacitar al personal y vencer la resistencia al cambio. La experiencia de Brasil cuando hizo la transición de la prestación de un paquete básico de salud reproductiva dentro de un programa vertical a su prestación en un contexto descentralizado indica que estos problemas no son insuperables.³³ Los gobiernos también se han dado cuenta de que a menudo no pueden sostener el nivel requerido de financiamiento, y que los programas de salud reproductiva compiten más abiertamente por los pocos recursos públicos y las escasas aportaciones de donantes ante necesidades cada vez más numerosas. Colombia presenta uno de los escenarios de reforma más interesantes, porque la introducción del paquete básico de salud estuvo acompañado por cambios que a su vez reforzaron la forma de prestar y financiar los servicios (véase el recuadro 4).

RECUADRO 4**Colombia**

La Ley 100 —piedra angular de la reforma— prescribió el *acceso universal* e introdujo el concepto de *subsidios del lado de la demanda*, con traslado de beneficios de un régimen a otro. La meta era fomentar la competencia, la eficiencia y la solidaridad. La competencia se fomentaba por parte del asegurador y del proveedor, y los beneficiarios pueden elegir libremente la organización sanitaria preferida. Se reembolsa a los aseguradores por prestar un paquete básico de servicios basado en una prima ajustada por riesgo (es decir, por edad y sexo) en el plan que escoja el afiliado.

Se diseñaron los paquetes de atención sanitaria básica, haciéndose una distinción entre los del plan contributivo y el subsidiado. Se estableció un fondo de solidaridad para los subsidios cruzados de los dos planes. Inicialmente, se definió el paquete esencial utilizando criterios estándar de carga de morbilidad y costo-efectividad (Plaza 1999). Tras un amplio proceso de consulta, se extendió considerablemente el paquete “básico”, y la versión final cubría la mayor parte de las intervenciones sanitarias, entre ellas una amplia gama de servicios de salud para la mujer (como salud reproductiva, complicaciones del embarazo, partos por cesárea y cáncer). Se focalizaron en las mujeres y los niños intervenciones de salud pública complementarias con grandes externalidades, las cuales fueron realizadas y financiadas por el Ministerio de Salud. Para reducir la demanda innecesaria y movilizar recursos adicionales, se introdujeron honorarios y copagos por parte de los usuarios, tomando en cuenta su capacidad económica.

Desde la introducción de la reforma hubo un gran incremento del gasto en salud y una mejora espectacular en el acceso y la equidad. En todo el país se incrementó la proporción de asegurados de aproximadamente 20% en 1993 a casi 60% en 1998. El plan subsidiado cubre actualmente a 8 millones de colombianos que previamente no tenían acceso a planes de seguro. Esta expansión benefició a los grupos vulnerables, como las mujeres, quienes suelen ser menos saludables que los hombres en el plan contributivo y cuyas necesidades percibidas son mayores. La proporción de hogares asegurados en los dos quintiles de ingresos más bajos se elevó de menos del 12% en 1993 a aproximadamente 53% en 1998. El mayor acceso a los seguros se refleja en incrementos generales de los índices de utilización durante 1993-1997. La introducción de subsidios del lado de la demanda fue fundamental para mejorar la focalización y la equidad del gasto en salud, y tuvo, además, un importante efecto redistributivo. Los subsidios, como porcentaje del PIB, pasaron de 0,4% a 1,3% en el quintil 1, pero bajaron de 0,4% a -0,2% en el quintil 5.

En contrapeso a estos avances, hay indicios de que los pobres tienen dificultades para aprovechar el nuevo paquete de prestaciones. En primer lugar, las asimetrías en la información impidieron a los consumidores escoger las mejores opciones en aseguradores, y procedimientos como el atesoramiento de fondos o el cobro de comisiones parciales por el paquete básico impidieron el acceso a servicios de calidad y dieron como resultado tasas de utilización más bajas relativamente en los quintiles de menores ingresos. La capacidad reguladora no evolucionó con la suficiente rapidez para corregir estos problemas. En segundo lugar, si bien la prima por capitación debería crear incentivos para la promoción de la salud y la atención preventiva, ambos componentes esenciales de los servicios de salud de la mujer, la alta rotación de beneficiarios creó desincentivos para algunos prestadores de servicios. Tercero, otro problema fue la fragmentación de los servicios de salud reproductiva entre un gran número de prestadores. Cuarto, la evasión de pagos y la declaración de salarios por cifras inferiores a las reales dieron como resultado mermas financieras en el plan contributivo. Esto planteó inquietudes sobre la sustentabilidad económica del sistema y la capacidad del gobierno para ampliar la cobertura de los servicios en el plan subsidiado a fin de que coincida con el plan de aportaciones y para proporcionar acceso a los 11 millones de colombianos que siguen sin seguro médico. Quizá una de las lecciones clave que se recogen de la reforma colombiana es la necesidad de diseñar un paquete accesible de servicios que pueda suministrarse a un gran número de beneficiarios, y no un paquete generoso que sólo esté al alcance de unos pocos. En relación con este punto, el proceso utilizado en la reforma colombiana destaca la importancia de gestionar los aspectos sociopolíticos de un proceso que de otra manera es técnico, reuniendo a los interesados en la mesa de negociaciones en una etapa anterior.

Opciones de financiamiento y modalidades de pago.

Otra característica importante de los programas de reforma del sector de la salud es que amplían las opciones de financiamiento (como los honorarios que pagan los usuarios, los copagos y el seguro) para movilizar recursos, controlar la demanda innecesaria y mancomunar los riesgos. La justificación de los cargos a los usuarios son conocidas. En todo el mundo se han recogido pruebas que indican que los habitantes de la mayoría de los países en desarrollo gastan grandes montos en atención sanitaria privada y están dispuestos a pagar servicios de calidad. Reconocen que la atención gratuita puede entrañar cargos ocultos y un racionamiento implícito. Los críticos de la reforma sostienen que la aplicación de cargos a los usuarios ha obstaculizado el acceso de las mujeres pobres a la atención médica (Langer y otros 2000).

Las pruebas empíricas sobre la demanda de atención médica en los países en desarrollo son variadas. Algunos investigadores han encontrado que los precios no son factores determinantes del uso de la atención médica (Birdsall y Chuhan 1986, y World Bank 1987). Otros han documentado que los precios son importantes, y que los pobres son más sensibles a las variaciones de precios (por ejemplo, la elasticidad de la demanda con respecto al precio baja con el ingreso). Gertler y van der Gaag (1990) citan pruebas empíricas de Perú y Côte d'Ivoire, que ilustran que la demanda de atención médica es muy sensible a los precios en el caso de personas que integran los grupos de menores ingresos, y muy inelástica cuando se trata de grupos de ingresos más altos. Los datos también revelaron que los cargos a los usuarios parecen tener un efecto más adverso en el uso de servicios por parte de los niños que de los adultos. Gertler (1999) sostiene

que también hay ciertas pruebas de que la demanda de atención médica de las mujeres muestra más elasticidad con respecto al precio que la de los hombres, lo que supone que cuando suben los cargos a los usuarios, el acceso a la atención se reduce más para las mujeres que para los hombres. Se han recogido otras pruebas que también sustentan estas afirmaciones. En una encuesta realizada en 70 países se encontró que los cargos se mencionaban como el obstáculo más serio para los servicios de salud reproductiva (WEDO 1999). En la muestra de países citados, Henderson y otros encontraron que hasta 35% de los encuestados mencionaron el costo de los servicios y problemas de transporte.³⁴ Si se controlan las variables de edad y necesidad sanitaria, se determina que las mujeres del quintil de ingresos más bajos usan pocos servicios en relación con lo que sus necesidades parecen indicar, lo que supone ciertos problemas de acceso.

Estas observaciones indican que si bien los cargos a los usuarios podrían ser fuente de buenos ingresos para el sector de la salud (sobre todo si la disposición de pago aumenta con el ingreso), su diseño debe hacerse cuidadosamente para que no se impida el acceso a los pobres. Deberá prestarse especial atención a las mujeres (y a los niños) pobres, quienes usan los servicios con más frecuencia que los hombres y a veces consumen una proporción mayor del gasto del hogar en atención sanitaria (Henderson y otros 2000). Gertler y van der Gaag (1990) insisten en que las clínicas de zonas pobres no pueden sobrevivir a menos que reciban elevados subsidios.³⁵ Se muestran a favor de la *graduación* y de la *diferenciación* (por ejemplo, por nivel de atención) en la aplicación de cargos a los usuarios, y del seguimiento continuo para evaluar las repercusiones y el cumplimiento de las normas y la re-

glamentación. En Ecuador, por ejemplo, pese a que existe una ley que prescribe que deberán prestarse servicios de maternidad sin costo, los establecimientos que ofrecen servicios obstétricos siguen cobrando a los usuarios para mantener y mejorar la calidad del servicio (Langer y otros 2000). Es menester evaluar, en diferentes sitios donde se esté llevando a cabo la reforma, las implicaciones de imponer un cobro a quienes usan los servicios de salud de la mujer para que esos cargos no menoscaben la capacidad de las mujeres pobres de usar los servicios, y para contrarrestar estos efectos mediante la introducción de políticas de exenciones y subsidios cruzados adecuados.

La introducción del seguro médico puede mejorar el acceso a los servicios de salud para la mujer y corregir las desigualdades. En muchos casos, los países introdujeron el seguro como una manera de distribuir los riesgos de incidentes que ocurren con relativamente poca frecuencia pero que constituyen una fuerte carga para los hogares (como el tratamiento de complicaciones del embarazo y ciertos procedimientos obstétricos, y el tratamiento de cánceres del aparato reproductor y de padecimientos crónicos, como la hipertensión y la osteoporosis). Las pruebas recogidas han demostrado que los seguros pueden mejorar considerablemente el acceso a la atención médica. Henderson y otros (2000) encontraron que, en la República Dominicana, la probabilidad de que las mujeres acudieran a los servicios médicos era 60% más alta en las aseguradas que en las que no tenían seguro. El Seguro Nacional Maternoinfantil de Bolivia también ilustra de qué manera puede mejorarse el acceso para las mujeres más pobres como parte de una reforma encaminada a descentralizar las decisiones, mantener las prioridades nacionales y transferir los

fondos aportados por los afiliados de un plan a otro.

En los casos en que se han desarrollado mercados de seguros privados, es crucial cerciorarse de que exista una reglamentación adecuada. Es muy grave el riesgo de que los mercados de seguros privados con fines de lucro operen sin ninguna reglamentación o que las disposiciones sean insuficientes. Por ejemplo, en los establecimientos del ISAPRE en Chile, los pagos que deben efectuar las mujeres son más elevados debido a los riesgos adicionales vinculados con la salud reproductiva y las tasas de uso previsiblemente más altas. Langer y otros (2000) destacan la importancia de determinar si la función reglamentaria del sistema público garantiza la cobertura adecuada de los problemas reproductivos y de salud de la mujer por parte de las aseguradoras privadas, si estos problemas están o no incluidos en los paquetes, y cuánto cuestan.

Muchos programas han respaldado además modificaciones de los *mecanismos de pagos a los proveedores* en un esfuerzo por mejorar la eficacia y lograr que sea mayor rendición de cuentas ante el público. Se han recogido pocas pruebas empíricas sobre los efectos de estos mecanismos en la prestación de servicios de salud de la mujer. Una excepción que merece destacarse es el efecto que tienen otros mecanismos de pagos a proveedores sobre la cantidad de cesáreas que se realizan. Los datos recogidos de una muestra de registros hospitalarios de Brasil revelaron que era más alta la probabilidad de que los médicos realizaran cesáreas en mujeres que podían pagar el servicio, hecho que ilustra cómo los incentivos financieros pueden afectar a decisiones que deberían basarse únicamente en una indicación médica (Janowitz y otros 1983).³⁶ En principio, el abandono de los mecanismos de pa-

gos tradicionales (como los salarios y los honorarios por servicios), como ha ocurrido en numerosos programas de reforma, puede beneficiar a los programas de salud de la mujer. Por ejemplo, el creciente énfasis que se pone en las fórmulas de capitación deberá producir incentivos para prestar servicios de prevención y promoción de la salud esenciales para la mujer, siempre y cuando esto no se traduzca en una insuficiencia en la provisión de tratamientos. Cuando el pago por capitación adopta la forma de un subsidio del lado de la demanda, como en Colombia, esto puede permitir a la mujer seleccionar su propio prestador de servicios o aseguradora, o ambos.

El abandono del sistema de pago de sueldos a los médicos (que tiende a alentar el absentismo y la baja productividad) en favor de los pagos por capitación vinculados a mejoras en el desempeño, también pueden mejorar la calidad de los servicios de salud de la mujer y hacer que el personal tenga mayor responsabilidad ante los usuarios. Por ejemplo, un programa innovador en São Paulo, Brasil, se basa en la organización de los trabajadores del sector de la salud en cooperativas y emplea mecanismos de reembolso por capitación, lo que ha producido enormes reducciones en el tiempo de espera y en los días de hospitalización y costos generales, a la vez que ha aumentado ostensiblemente la satisfacción de los pacientes (Harmeling 1999).

El mecanismo de pagos por caso (por ejemplo, del tipo *diagnostic related group*, DRG), que cubre todas las pruebas y tratamientos relacionados con un diagnóstico especificado, proporciona incentivos para normalizar la atención y desalienta los procedimientos innecesarios, por lo que podría utilizarse eficazmente en algunas situaciones. Por ejemplo, para contener la frecuencia de cesáreas innecesarias, que ha llegado a

proporciones epidémicas en la región, podría utilizarse un mecanismo de pagos por caso, combinado con la obtención de una segunda opinión. Tal como se señaló anteriormente, un asunto clave que deberá abordarse es la coherencia entre los mecanismos de pagos a proveedores en todos los niveles de atención, porque esto cobra particular importancia en la prestación de un paquete integrado de servicios de salud para la mujer.

Reorientación de las funciones de los sectores público y privado mediante la contratación de proveedores y la colaboración del sector privado.

La región de América Latina registró una gran expansión de la contratación de proveedores, tanto dentro de los sistemas de salud pública como de las entidades financieras públicas y los proveedores del sector privado. Se recurre cada vez más a la contratación para mejorar la eficiencia y la calidad, proporcionar servicios muy especializados que requieren instrumental costoso y ampliar la cobertura. En varios países (Costa Rica, Colombia y Chile) se han introducido contratos de servicios en los sistemas financiados con fondos públicos, a fin de lograr más transparencia, mejorar la toma de decisiones y transferir los riesgos a los prestadores de servicios.

La expansión de la contratación de proveedores del sector privado puede tener beneficios potenciales para los servicios de salud de la mujer. En muchos países en desarrollo las mujeres a menudo prefieren a los médicos privados porque sus horas de atención al público son más cómodas y flexibles y porque consideran que la calidad del servicio es superior, además de que valoran mucho la privacidad y el respeto que reciben. El sector privado es un grupo heterogéneo integrado por organizaciones no gubernamentales y organizaciones con fines de lucro.

Esta sección se centra en la función potencial que tienen las organizaciones no gubernamentales para ampliar el acceso de las mujeres pobres a servicios de calidad, ya sea mediante contratos explícitos o contratos de colaboración más generales con el sistema público. Si bien las ONG han participado desde hace mucho en la atención de las necesidades de los hogares y mujeres más pobres, en particular, recibieron un fuerte impulso después de la Conferencia de El Cairo y actualmente desempeñan una función fundamental al formar asociaciones solidarias con el sector público. Hasta la fecha son relativamente escasos los contratos entre el sector público y las ONG para la prestación de servicios de salud en América Latina, y ha habido aun menos análisis sistemáticos de las repercusiones de usar ONG sobre el acceso y uso de los servicios de la salud de la mujer. No obstante, dado el potencial positivo de este mecanismo —sobre todo para los servicios destinados a la mujer—, en esta sección se procura destacar algunas características

positivas de esta colaboración, identificando ejemplos de buenas prácticas en las que el sector de las ONG parece rendir un buen servicio a la mujer pobre. Se destacan asimismo los diferentes asuntos que están surgiendo en torno a la promoción de las asociaciones entre el sector público y el privado y al uso de acuerdos contractuales (véase el recuadro 5).

La índole y el alcance de esta colaboración han variado enormemente de un país a otro, dependiendo de la voluntad política de los gobiernos para hacer uso de la capacidad de las ONG. Los acuerdos celebrados entre los sectores público y privado oscilan desde la colaboración informal (como en Bolivia y Haití) hasta contratos formales (como en Colombia y Costa Rica). El modelo de PROSALUD, que se basa en el principio de fomentar la sostenibilidad mediante la recuperación de costos, parece representar un enfoque promisorio para atender a ciertos segmentos de bajos ingresos del mercado de la atención sanitaria (véase el recuadro 6). Este modelo se ha repetido en otros entornos de bajos ingresos como Haití, con resultados iniciales positivos (Baer 1999). City March es una importante ONG haitiana que participa en la gestión mixta de establecimientos de salud con el gobierno, proporcionando atención curativa con un fuerte componente de recuperación de costos. La organización posee y opera un hospital y varios dispensarios, y atiende a familias de ingresos bajos y medios bajos. Entre sus características sobresalientes cabe destacar su excelente sistema de información para la administración, el pago de bonos para motivar al personal y el uso creativo de actividades que generan ingresos para estimular intervenciones en el ámbito de la nutrición. Cabe citar también, entre los resultados destacados, una caída de la tasa de mortalidad infantil de 150

RECUADRO 5

Contratación: Ingredientes clave para obtener buenos resultados

- ♦ Establecer un marco normativo adecuado y un entorno político propicio.
- ♦ Reducir al mínimo los costos de transacción y suministrar los incentivos correctos.
- ♦ Lograr la continuidad de la prestación de servicios y reducir al mínimo los pagos retrasados.
- ♦ Fortalecer los sistemas de información para la administración, monitorear los resultados, aprender de los errores y efectuar los ajustes necesarios.

RECUADRO 6**PROSALUD**

PROSALUD ha registrado logros sorprendentes en la prestación de un paquete integrado de servicios primarios de salud a poblaciones de bajos ingresos en zonas urbanas y periurbanas de Bolivia, operando una red de establecimientos con alto grado de autonomía. El paquete comprende el acceso a servicios preventivos gratuitos (como la atención prenatal y del puerperio, y la educación sanitaria), así como una amplia gama de servicios curativos mediante el pago de honorarios (para atención obstétrica y ginecológica, partos y planificación familiar; servicios de ambulancias y atención de urgencias, entre otros servicios). PROSALUD utiliza un enfoque eficaz e *integral*, en el cual la mayoría de los servicios está a la disposición de los usuarios las 24 horas del día y en el mismo establecimiento se realizan los exámenes de laboratorio y se surten los medicamentos prescritos. El principio rector del modelo de PROSALUD es fomentar la *sustentabilidad mediante la recuperación de costos*, utilizando los ingresos generados de la atención curativa para financiar costos de operación. La meta es proporcionar servicios de calidad a gran volumen, manteniendo de esa manera costos unitarios reducidos. Los honorarios se fijan según los costos y la capacidad de pago, y los grupos indígenas están exentos de pagar. Para desalentar el uso innecesario de los servicios, las mujeres que se presentan por cuenta propia al hospital de remisión de casos pagan honorarios bastante más elevados que las que son enviadas por un médico. Otras características importantes del modelo PROSALUD son el fuerte acento que pone en la privacidad y el respeto, sobre todo durante el parto (en lo que se conoce como *parto humanizado*); la participación y la extensión comunitaria, la desmedicalización de la prestación de servicios, el monitoreo y la evaluación.

Con el inicio del proceso de descentralización al promulgarse la Ley de Participación Popular en 1994, PROSALUD se propuso colaborar directamente con el gobierno para ampliar su red nacional mediante acuerdos con los municipios, en los cuales el gobierno convino en aportar infraestructura y suministros para programas prioritarios en tanto se delegó a la ONG la responsabilidad de prestar los servicios. Sin embargo, PROSALUD y otras ONG han optado por no participar en el plan gubernamental de salud materno-infantil porque las tasas de reembolso de la mayoría de los procedimientos se fijaron muy por debajo del costo. Además, han surgido nuevos desincentivos debido a los prolongados trámites de los reembolsos. En algunos centros de PROSALUD ha disminuido el número de partos atendidos por profesionales, aunque el número total parece haberse mantenido bastante estable. Esta situación destaca la importancia de *establecer los incentivos adecuados* para crear asociaciones solidarias y eficaces entre los sectores público y privado.

a 66 por 1.000 durante 1980-1995 y un aumento del uso de anticonceptivos de 15% en 1993 a 38% en 1998.

En algunos países, el inicio de la competencia entre los prestadores públicos y privados ha creado nuevas oportunidades para las ONG y ha ofrecido a las mujeres una gama más amplia de opciones en la elección de sus proveedores. Un ejemplo notable es PROFAMILIA, una ONG colombiana de renombre mundial que tiene un notable historial de logros en la provisión de servicios de salud reproductiva. PROFAMILIA ha aprovechado las oportunidades que ofrece el nuevo marco jurí-

dico y ha entrado en contratos por sus servicios con instituciones públicas y privadas. Esto le ha permitido diversificar sus riesgos y depender menos del financiamiento de donantes, el cual descendió del 30% del presupuesto total de la organización en 1993 a apenas el 5% en 1999. Abramson (1999) encontró que la mayor competencia dio a PROFAMILIA incentivos para modernizar su tecnología y mejorar la eficiencia y la calidad de sus servicios, así como para cubrir importantes carencias en el ofrecimiento de servicios.

Algunas de las dificultades clave que han surgido en torno a la contratación son similares a

las de otros países: retrasos de los pagos por parte de los compradores, dificultades para cumplir con los requisitos de información de las distintas entidades, mayores riesgos asumidos por la organización como resultado de las formas de pago utilizadas, y costos elevados de las transacciones porque los pacientes están afiliados a distintos planes de seguros. Si bien la sólida situación financiera y la estrategia de diversificación de PROFAMILIA le han permitido hacer frente al problema de retrasos en los pagos, las ONG de otros países se han visto vulnerables ante la imposibilidad de predecir el financiamiento de los donantes, y esto ha afectado gravemente a la prestación de los servicios.³⁷ Esto destaca una de las enseñanzas clave para las ONG: la necesidad de depender menos del financiamiento de los donantes y de adoptar estrategias sostenibles, como actividades orientadas a recuperar costos y a generar ingresos.

Conclusiones. En cada una de las áreas que abarca la reforma —la descentralización, la definición de prioridades en el sector público, la reorientación de los acuerdos financieros y la modificación de las funciones de los sectores público y privado— se han señalado aspectos que son positivos y negativos para la salud de la mujer. Es importante no concentrarse en los aspectos negativos, porque la mayor parte de las metas de las reformas pueden y deberán ser congruentes con una mayor calidad y con actividades más eficaces en el ámbito de la salud. Muchos, pero no todos, los aspectos negativos pueden corregirse al tomar conciencia de los problemas y afinar cuidadosamente las reformas para que tomen más en cuenta las necesidades de salud de la mujer. A medida que avanzan los planes de trabajo, es menester considerar con mayor precisión estas cuestiones y acciones.

No cabe duda de que las actividades que se realicen en la reforma del sector de la salud, como ocurre con las políticas y los programas en esta área, serán más eficaces si en su diseño e implementación se toman en cuenta las conocidas diferencias biológicas y socioeconómicas entre el hombre y la mujer. Para mejorar la formulación de políticas, es necesario considerar la información empírica sobre la situación de salud de la mujer y su acceso a los servicios de salud, así como los análisis de los perfiles del gasto en la salud de la mujer.

Pese a la amplia diversidad que reina en los países y las poblaciones de América Latina y el Caribe, la información recopilada para este estudio señala varias conclusiones:

- ♦ La mayoría de las mujeres de los países pobres, y las mujeres más pobres de los países ricos, carecen de atención en los servicios fundamentales que harían seguros el embarazo y la maternidad. Esta falta de atención es innecesaria porque puede ser corregida en el contexto de las limitaciones actuales de recursos o por medio de modificaciones factibles en la asignación de recursos.

- ♦ A medida que envejece la población y pierden importancia algunas enfermedades transmisibles, y a medida que cobran cada vez más víctimas el tabaquismo, la obesidad y otros factores relacionados con el modo de vida, una

proporción creciente de las mujeres de la región se encuentra en riesgo de contraer enfermedades que erosionan la calidad y la longitud de la vida, entre ellas las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. En su gran mayoría, las mujeres más perjudicadas son las que cuentan con los menores recursos.

- ♦ Tanto los gobiernos como los hogares dedican una gran proporción de sus recursos financieros a sufragar servicios de salud dirigidos a las mujeres; sin embargo, continúan existiendo brechas obvias en la cobertura. Por ejemplo, aunque en términos absolutos muchos países de la región tienen un gasto en salud reproductiva "suficiente" para garantizar el pleno acceso de la población a un paquete básico de servicios, en esos mismos países el 20% más pobre de la población sólo puede obtener servicios de cobertura y calidad limitadas. En los países más pobres de la región aún se requiere una movilización a gran escala de recursos financieros para sufragar la atención básica de la mayoría de las mujeres.

- ♦ Para mejorar los resultados de salud que obtiene la mujer se puede recurrir a estrategias comúnmente vinculadas con la reforma del sector de la salud, entre ellas la descentralización, la definición de prioridades en el sector privado, las modificaciones del financiamiento y el ajuste en las funciones de los sectores público y privado. Al mismo tiempo, esas estrategias en-

traían riesgos para la mujer si se llevan a cabo sin la participación activa de expertos que conozcan las diferencias en razón del género en la vulnerabilidad biológica y social.

De este estudio se desprenden 10 directrices para orientar las políticas. Como es lógico, tendrán que adaptarse a la situación específica de cada país.

Ampliación de los servicios de salud reproductiva

- ♦ Para mejorar la situación de salud de la mujer, dadas las graves limitaciones presupuestarias, los países que se ubican en la categoría de estatus bajo y estatus medio bajo deberán focalizar sus recursos en tratar de mejorar las condiciones básicas de salud reproductiva. Las intervenciones necesarias son generalmente de costo relativamente bajo pero redundan en importantes beneficios en lo que respecta a las condiciones de salud y el bienestar humano. En la lista de prioridades públicas debe asignarse la mayor importancia a métodos adecuados de planificación familiar para las mujeres que desean controlar su fertilidad, a servicios básicos de atención prenatal y obstétrica oportuna y fiable, al fomento de una buena nutrición y al desarrollo de servicios especiales para mujeres en alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

- ♦ En 7 de los 10 países de la región que gastan menos de lo necesario en la salud reproductiva (y probablemente en otros servicios de salud para la mujer), se requiere un análisis minucioso para determinar la factibilidad y los mecanismos que permitan lograr un incremento significativo del total de recursos destinados al sector de la salud, o la reorientación de los recursos existentes hacia los servicios de salud repro-

ductiva más necesarios y efectivos en función del costo. Los donantes externos pueden desempeñar una importante función en la movilización de recursos y en el suministro de información para una mejor asignación de prioridades.

- ♦ En los países de la región donde el gasto en servicios de salud para la mujer y el uso de los servicios son relativamente altos, las mujeres más pobres se beneficiarán de esta abundancia relativa de recursos únicamente si existen mecanismos de focalización del lado de la oferta y un esfuerzo concertado para resolver importantes restricciones del lado de la demanda.

- ♦ En los países de estatus medio alto y alto, los gobiernos deberán velar por que 20% a 40% de las mujeres más pobres tengan acceso a los mismos servicios básicos de salud reproductiva que las mujeres con mayores recursos. Esta iniciativa sería una forma eficaz y barata de reducir la acusada diferencia en la situación de salud de las mujeres que pertenecen a distintos grupos socioeconómicos.

Atención a las enfermedades no transmisibles

- ♦ Los gobiernos, sobre todo en los países en mejor situación, tienen la importante responsabilidad de fomentar servicios para la detección temprana de enfermedades (o tamizaje) e intervenciones preventivas que tengan buena relación costo-efectividad, tales como las pruebas para detectar el cáncer cervicouterino en mujeres que se encuentran en alto riesgo de contraer la enfermedad. También tienen la responsabilidad de respaldar programas para la prevención de enfermedades cardiovasculares, sobre todo para poblaciones de bajos ingresos que corren un riesgo desproporcionado y cuentan con pocos recursos.

Ajuste cuidadoso de la reforma del sector salud

- ♦ Los promotores de la salud de la mujer y los partidarios de la reforma del sector de la salud tienen intereses en común; un grupo no puede lograr sus metas sin el otro. No obstante, la ausencia de un vocabulario común y de mecanismos de participación y comunicación impiden el diálogo. Tanto los órganos nacionales de formulación de políticas como los organismos internacionales pueden ayudar a incorporar a los promotores de la causa de la salud de la mujer en el diálogo sobre las políticas sanitarias.

- ♦ La descentralización puede tener efectos positivos en los servicios de salud de la mujer cuando: 1) quienes promueven la causa de la salud de la mujer (y las pacientes mismas) tienen voz en el proceso local de toma de decisiones; 2) existen políticas y “reglas del juego” nacionales coherentes que propician la prestación de servicios de salud de calidad aceptable para la mujer; 3) se realizan transferencias basadas en fórmulas que garantizan un financiamiento suficiente para atender a necesidades y corregir las desigualdades que siempre han existido, y 4) se respalda el fortalecimiento de la capacidad técnica y administrativa en el ámbito local.

Frecuentemente, las estrategias destinadas a definir las prioridades del sector público que utilizan análisis de costo-efectividad favorecen la inversión en servicios básicos de salud reproductiva. La dificultad, como se observa en varios países, radica en obtener información fiable y actualizada sobre costos y eficacia, al mis-

mo tiempo que se reduce al mínimo el impacto de grupos de interés que recurren a la influencia política para captar recursos presupuestarios y dirigirlos hacia programas específicos.

- ♦ La ampliación de las opciones de financiamiento para movilizar recursos, controlar la demanda innecesaria y compartir los riesgos tiene mejores resultados para la salud de la mujer, si en su diseño se tiene en cuenta que las mujeres pueden tener menor acceso y control del ingreso del hogar que el hombre. Varios estudios han confirmado que el cargo a los usuarios no constituye la mejor manera de financiar los servicios básicos de salud maternoinfantil.

- ♦ La contratación de servicios con organizaciones no gubernamentales y la colaboración entre los sectores público y privado tienen enorme potencial para incrementar el acceso a los servicios de salud de la mujer en la región y para mejorar la calidad de dichos servicios, aunque hasta la fecha la experiencia es limitada. Entre los factores que contribuyen a la obtención de buenos resultados están: 1) la definición de un marco normativo que proteja a los prestadores de servicios, a los financiadores y, por sobre todo, a los consumidores; 2) una reducción al mínimo de los costos de transacción y la incorporación de incentivos para mejorar la productividad y la calidad; 3) la garantía de la continuidad en la prestación de servicios y la reducción al mínimo de los retrasos en los pagos, y 4) el fortalecimiento de los sistemas de información para la administración, el monitoreo de los resultados y la introducción de los ajustes requeridos.

Página en blanco a propósito

1. Se estima que la mortalidad debido a enfermedades crónicas y degenerativas es 10 veces más alta que la causada por enfermedades infecciosas y parasitarias.

2. Por ejemplo, en algunos estudios se ha demostrado que los niños sobrevivientes tienen tres veces más probabilidades de fallecer en los siguientes dos años que los niños que viven con ambos padres; y muchos niños huérfanos de madre, sobre todo de sexo femenino, reciben menos atención sanitaria y educación durante el desarrollo.

3. En World Bank 1993 se documenta la eficacia de estas intervenciones en función de los costos. Entre ellas se encuentran la atención prenatal y durante el parto, la de las enfermedades de la infancia, la planificación familiar y el tratamiento de las ITS (infecciones de transmisión sexual) en el paquete de servicios mínimos. El financiamiento de este paquete podría reducir la carga de morbilidad en más del 30% en los países de bajos ingresos y en aproximadamente 15% en los países de ingresos medios.

4. Por ejemplo, algunos investigadores han identificado importantes diferencias —como la estatura y el peso, la proporción de grasa corporal y el metabolismo— que pueden modificar la eficacia de los fármacos. Cabe aclarar que las mujeres han sido excluidas de la mayoría de los ensayos clínicos que evalúan nuevos fármacos o tratamientos, lo que puede tener un impacto potencialmente negativo en la mujer.

5. Esta sección se apoya principalmente en el documento de antecedentes de Gertler 1999. Algunas partes de ese documento se citan aquí.

6. Este marco es plenamente coherente con los conceptos presentados en World Bank 2000.

7. Es importante señalar que el término “opciones” no significa que todas sean viables ni que la opción no se vea restringida debido a la limitación de recursos (dinero, tiempo, información y otros). Para las familias pobres, y para las mujeres que pueden tener poco acceso a recursos financieros, el conjunto de opciones puede ser sumamente limitado.

8. Por definición, con un índice de masa corporal (IMC) de menos de 18,5. El IMC es un indicador que combina información sobre la estatura y el peso.

9. La información para esta parte del capítulo se obtuvo de cuatro fuentes: Carr 1999; Loganathan 1999, y Pande y Gwatkin 1999. Parte del texto se tomó del informe de Dara Carr, que fue preparado como documento de antecedentes para este estudio.

10. De toda la gama de variables posibles, se demostró que éstas presentan con mayor claridad las diferencias entre los países en distintos grupos. Véase más información sobre datos y métodos en Loganathan 1999.

11. Entre los anticonceptivos modernos no se incluyen la abstinencia periódica y otros métodos tradicionales. Abarca los métodos hormonales y las barreras físicas, así como la esterilización.

12. Es importante señalar que, si bien el CIIC proporciona una gran abundancia de datos sobre la incidencia de cáncer de cuello uterino, de ninguna manera son completos ni plenamente fiables. Se basan en registros de cáncer de carácter poblacional, los que suelen ser incompletos y limitarse a las poblaciones urbanas. Los lectores deberán recordar las deficiencias en la calidad de la información al interpretar los datos presentados.

13. Entre las enfermedades cardiovasculares se

incluye un grupo de trastornos que afectan al sistema circulatorio, como la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebrovasculares y la hipertensión.

14. Habitualmente, la obesidad se define como un peso para el sexo, la edad y la estatura de +2 desviaciones estándar con respecto a una población de referencia. El exceso de peso está comprendido entre +1 y +2 desviaciones estándar.

15. Este capítulo se basa en los siguientes informes preliminares: Hernández, Glassman y Poullier 2000; y Henderson, Montes, Glassman y Hernández 2000.

16. La encuesta domiciliaria de Brasil se realizó en el nivel subnacional. En los informes de antecedentes pueden consultarse detalles adicionales sobre las encuestas.

17. Guatemala no se incluyó en el análisis de gastos de los hogares, porque en el momento de preparar este estudio no se disponía de una encuesta representativa de toda la nación que incluyese preguntas sobre el gasto y la utilización de los servicios.

18. En la categoría de servicios "públicos" se incluyen situaciones en las que el acceso universal es obligatorio y el gobierno financia la utilización de establecimientos privados.

19. Según este punto de vista, las mujeres perciben más la morbilidad y utilizan más servicios que los hombres porque fueron socializadas para reconocer y explicar señales y síntomas corporales, y procurar la ayuda de los demás, incluidos los prestadores de servicios de salud y fuentes informales de atención, en mayor medida que los hombres (Hibbard y Pope 1986).

20. La atención durante el embarazo y el parto en hospitales públicos representa una gran proporción de la utilización de los servicios de salud en el sector público. Por ejemplo, la atención obstétrica representa el 44% de las hospitalizaciones en la República Dominicana y el 40% en Brasil.

21. Cabe señalar que el análisis de la equidad del uso basado en la necesidad sólo proporciona datos sobre la distribución de los usos pero no dice nada sobre los niveles absolutos de servicio disponibles en cada país.

22. Wagstaff y van Doorslaer 1998.

23. En un estudio realizado en México no se en-

contraron pruebas de discriminación contra las niñas por razones de género (véase Langer y Lozano 1998).

24. En un estudio sobre la equidad del gasto público en salud en Egipto (Berman y otros 1998), se demostró, por ejemplo, que los hombres recibían el triple que las mujeres en subsidios de los principales programas, aunque sus tasas de uso de servicios eran más bajas. Se encontró que era mayor la probabilidad de que las mujeres usaran los servicios, si bien se tratase quizá de servicios más baratos, y de que pagaran con sus propios medios con mayor frecuencia.

25. Este enfoque tiene obvias desventajas, entre las cuales cabe mencionar: 1) el paquete de servicios de salud reproductiva no constituye todos los servicios de salud de la mujer, aunque sí abarca muchos de ellos, con certitud la mayoría de los que probablemente sean financiados por el sector público, al menos para algunos segmentos de la población, y 2) el supuesto implícito de que los fondos podrían reasignarse sin importantes costos de transición, y de que los países podrían prestar los servicios con la eficiencia suficiente para lograr los costos unitarios sobre los cuales se basa el costo del paquete de servicios de salud reproductiva.

26. El paquete recomendado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo abarca la planificación familiar, la prevención de infecciones de transmisión sexual (incluida la infección por el VIH/SIDA), la investigación y otros servicios básicos de salud reproductiva, y se estima que cuesta aproximadamente US\$135 por mujer en la región de América Latina y el Caribe.

27. Es probable que la cifra correspondiente a Paraguay sea un poco exagerada porque no se dispone de información sobre gastos de hospital en ese país. No obstante, aun después de tomar en cuenta esta omisión, la cifra sigue siendo elevada.

28. Utilizando la tipología establecida para este propósito, los países son: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú y Haití.

29. La mayoría de las fórmulas para las transferencias en la región tienen una acusada ponderación basada en la población. En Colombia, los mecanismos de transferencias se ajustan en función de las necesidades insatisfechas y de los esfuerzos fiscales locales. En Chile, las transferencias a los municipios, que son

los responsables de la atención primaria de salud, se basan principalmente en la asignación per cápita, la cual se complementa con una asignación para el suministro de bienes públicos.

30. En Brasil, BENFAM constituye un buen ejemplo de colaboración: el municipio aporta las instalaciones y el personal y la ONG se ocupa de la capacitación, los anticonceptivos y el respaldo técnico.

31. Hanson y McPake (1993) encontraron una notable ausencia de mujeres en los comités de salud locales, pese al énfasis en fomentar la salud de la mujer y los niños.

32. Por ejemplo, el costo de los fármacos, los anticonceptivos y el instrumental médico —que son esenciales para los servicios de salud de la mujer— pueden reducirse si el gobierno aprovecha su poder adquisitivo. Por consiguiente, la adquisición de estos rubros probablemente deba permanecer centralizada en la mayoría de los casos, aunque el gobierno desee subcontratar esa función en el sector privado.

33. En 1984, el gobierno estableció el Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer (PAISM) a fin de prestar un conjunto integral de servicios de salud a la mujer (atención prenatal, durante el parto y el puerperio; tamizajes para la detección de cáncer de mama y de cuello uterino; atención de ITS; servicios para parejas infértiles y educación y servicios de planificación familiar). Para 1995 la implementación seguía siendo heterogénea y era cada vez más evidente que este programa vertical debía integrarse dentro de los mecanismos de atención primaria de la salud en el nivel municipal. Como resultado, mejoraron enormemente las intervenciones básicas, como la atención prenatal y materna, la planificación familiar y el tamizaje para la

detección del cáncer. Por ejemplo, las consultas prenatales se incrementaron más del 50% y el tamizaje para la detección de cáncer de cuello uterino y de mama aumentó del 14% al 44% durante 1995-1997 (Harmeling 1999).

34. Esta cifra varió mucho en los distintos países: Brasil, 6,6%; Perú, 34,5%; Paraguay 5,3%; México 29,5% y la República Dominicana 11,6%. En este estudio, aparentemente las repercusiones en la probabilidad de utilización del costo, el transporte, la disponibilidad y la calidad de la atención fueron iguales para hombres y mujeres.

35. Señalan que los cargos al usuario para recuperar la mitad y la totalidad de los costos marginales impedirían el acceso a la mayoría de los residentes pobres. Afirman que pueden cobrarse honorarios sin que se produzca una caída importante en la utilización si el costo de la atención médica no insume más del 2% al 3% del presupuesto doméstico destinado a rubros no alimentarios.

36. Los resultados del estudio indican que la tasa de cesáreas aumentaba según las posibilidades de pago de las mujeres: el 75% de las pacientes en el sector privado, del 40% al 50% de las pacientes aseguradas y sólo del 15% al 30% pacientes indigentes tuvieron partos por cesárea. Los investigadores encontraron que las diferencias en los trastornos de salud eran demasiado pequeñas para explicar estos porcentajes.

37. Por ejemplo, como resultado de una súbita pérdida de financiamiento procedente de donantes, la organización haitiana PROFAMIL sufrió un fuerte reverso en sus operaciones y se vio obligada a racionalizar sus servicios (Baer 1999).

Página en blanco a propósito

Referencias

- Abramson, Wendy. 1999. "Asociaciones entre el sector público y las organizaciones no gubernamentales para la contratación de servicios de salud primaria: un documento de análisis de experiencias." Proyecto de LAC-RSS, Washington, D.C.
- AGI (Alan Guttmacher Institute). 1996. "Issues in Brief: An Overview of Clandestine Abortion in Latin America." Alan Guttmacher Institute, Nueva York.
- Aitken, I. W. 1999. "Decentralization in Reproductive Health." En Kolehmainen-Aitken RL, ed. *Myths and Realities about the Decentralization of Health Systems*. Management Sciences for Health: Boston, MA.
- Alderman, Harold y Paul Gertler. 1998. "The Substitutability of Public and Private Health Care for the Treatment of Children in Pakistan. Living Standards Measurement Survey." Working Paper 57. Banco Mundial, Washington, D.C.
- Baer, Franklin C. 1999. "NGOs and Women's Health Services in Haiti: Three Case Studies." Documento de antecedentes preparado para este estudio ("The Health of Women in Latin America and the Caribbean"). 18 de junio.
- Becker, Gary. 1964. "Human Capital; a Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education." National Bureau of Economic Research; Distribuido por Columbia University Press, Nueva York.
- Berman, Peter, A. K. Nandakumar y Winnie C. Yip. 1998. "Health Care Utilization and Expenditures in the Arab Republic of Egypt." Abt Associates, Inc., Partnerships for Health Reform (PHR).
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo). 1997. *Progreso Económico y Social en América Latina*. Washington, D.C.
- Birdsall, N., Chuhan P. 1986. "Client Choice of Health Treatment in Rural Mali." Banco Mundial, Departamento de Población y Recursos Humanos, Washington, D.C.
- Brownson, R., P. Remington y J. Davis. 1998. "Chronic Diseases Epidemiology and Control." American Public Health Association, Washington, D.C.
- CAC/SCN (Subcomité de Nutrición del Comité Administrativo de Coordinación de las Naciones Unidas). 1997. "Third Report on the World Nutrition Situation." Ginebra.
- Carr, Dara. 1999. "Women's Health in Latin America and the Caribbean: A Life Span Portrait." Documento de antecedentes preparado para este estudio ("The Health of Women in Latin America and the Caribbean"). 16 de agosto.
- Coe, G., R. Hanft. 1993. "The Use of Technologies in the Health Care of Women: A Review of the Literature." En Gómez, E, ed. 1993. *Gender, Women, and Health in the Americas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Colditz, G. A. 1993. "Economic costs of obesity and inactivity." *Medical Sci Sports Exerc* 31 (supplement 11).
- Corral, F., P. Cueva, J. Yépez y E. Montes. 1996. "Limited Education as a Risk Factor in Cervical Cancer." *Bol Oficina Sanit Panam* 30 (4): 322-29.
- DHS. (varios años). "Demographic and Health Survey Final Reports." Macro International, Columbia, Maryland.

- FNUAP. 1996. "Financial Resource Flows for Population Activities in 1996." Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute (NIDI), Netherlands.
- Galani E. y S. Robles. 1998. "Breast Cancer in the Americas: Raising Awareness." Documento HCP/HCN. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., agosto.
- Gertler, Paul. 1999. "A Conceptual Framework for Women's Health." Documento de antecedentes preparado para este estudio ("The Health of Women in Latin America and the Caribbean"). 21 de octubre.
- Gertler, Paul y J. van der Gaag. 1990. "The Willingness to Pay for Medical Care: Evidence from Two Developing Countries." Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Gertler, Paul y Paul Glewwe. 1991. "The Willingness to Pay for Education in Developing Countries: Evidence from Rural Peru. Living Standards Measurement Survey." Working Paper 54. Banco Mundial, Washington, D.C.
- Gómez, Elsa. 1997. "Health and Women in Latin America and the Caribbean: Old Issues and New Approaches." CEPAL, Naciones Unidas. Santiago, Chile.
- Hanson, Kara y Barbara McPake. 1993. "The Bamako Initiative: Where is it Going?" *Health Policy and Planning* 8(3): 267-74.
- Harmeling, Susan. 1999. "Health Reform in Brazil: Case Study for Reproductive Health and Health Sector Reform Course." Instituto del Banco Mundial, Washington, D.C.
- Henderson, Pamela, José Luis Montes, Amanda Glassman y Patricia Hernández. 2000. "Access, Utilization, and Private Spending on Women's Health in 6 LAC Countries." Documento de antecedentes preparado para este estudio ("The Health of Women in Latin America and the Caribbean"). Presentado el 8 de noviembre de 1999.
- Hernández, Patricia, Amanda Glassman y Jean-Pierre Poullier. 2000. "Gasto público en salud de la mujer en siete países de América Latina y el Caribe." Documento de antecedentes preparado para este estudio ("The Health of Women in Latin America and the Caribbean"). 8 de febrero.
- Hibbard J. H. y C. R. Pope. 1986. "Another Look at Sex Differences in the Use of Medical Care: Illness Orientation and the Types of Morbidities for which Services are Used." *Women and Health* (2): 21-36.
- Janowitz, B., D. Covington, J.E. Higgins, L.F. Moreno, M.S. Nakamura, J.A. Nuñez y M.M. Letelier. 1983. "Cesarean Delivery in Selected Latin American Hospitals." En Potts M., B. Janowitz, J.A. Fortney, eds. *Childbirth in Developing Countries*. MTP Press: Boston, MA.
- Kutzin, J. 1995. "Obstacles to Women's Access: Issues and Options for More Effective Interventions to Improve Women's Health." Documento de antecedentes preparado para el estudio Health and Nutrition Best Practices Paper. Banco Mundial, Washington, D.C.
- Langer, Ana y R. Lozano. 1998. "Condición de la mujer y salud." En Figueroa, J. G. (ed.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México, El Colegio de México. 33-82.
- Langer, Ana, Gustavo Nigenda y J. Catino. 2000. "Health Sector Reform and Reproductive Health in Latin America and the Caribbean: Strengthening the Links." *Bulletin of the World Health Organization* 78(5): 667-676.
- Langer, Ana y Gustavo Nigenda. 2001. "Salud reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe." México, D.F., México: Population Council y Banco Interamericano de Desarrollo.
- Loaiza, E. 1997. "Maternal Nutritional Status." DHS Comparative Studies No. 24. Macro International Inc., Calverton, Maryland.
- Loganathan, Ratha. 1999. "Typology of Health, Health Resources, Economic, Social Conditions in Latin America and Caribbean Countries." Documento de antecedentes preparado para este estudio ("The Health of Women in Latin America and the Caribbean"), 15 de mayo.
- Murray, C. J. L. y A. D. Lopez, eds. 1996. *The Global Burden of Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 1998. *La salud en las Américas* (Volumen I). Washington, D.C.

- . 2000. *El Tabaquismo en América Latina, Estados Unidos y Canadá*. Washington, D.C., junio.
- Pande, Rohini y Davidson Gwatkin. 1999. "Poor-Rich Differences with Respect to Health, Nutrition and Population." *Compilación de datos provisionales*.
- Parkin, D. M., P. Pisani y J. Ferlay. 1999. "Estimates of the Worldwide Incidence of Twenty-five Major Cancers in 1990." *International Journal of Cancer* 80: 827-41.
- PROFAMILIA y DHS. 1995. "Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995." Calverton, Maryland: Profamilia and Macro International Inc.
- Robles, S. C. 1993. "Smoking among women in the Americas." En Gomes, E. (ed.) *Gender, Women and Health*. Scientific Publication No. 541. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.
- . "Introduction to the Special Issue: Timely Detection of Cervical Cancer." 1996. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 30 (46 Diciembre): 285-89.
- Standing, Hilary. 1999. "Frameworks for Understanding Gender Inequalities and Health Sector Reform: An Analysis and Review of Policy Issues." Working Paper Series 99.6. Harvard Center for Population and Development Studies, Cambridge, MA.
- Stewart, K., C. Stanton y O. Ahmed. 1997. "Maternal Health Care." DHS Comparative Studies No. 25. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- Thomas, Duncan. 1989. "Intra-Household Resource Allocation; An Inferential Approach." Yale Economic Growth Center Discussion en Paper 586, New Haven, CT.
- . 1994. "Like Father, Like Son: Like Mother, Like Daughter: Parental Resources and Child Height." *The Journal of Human Resources* 29(4):950-988.
- Wagstaff, A. y van Doorslaer, W. 1998. "Inequities in the Delivery of Health Care: Methods and Results for Jamaica." Preparado para el Departamento de Desarrollo Humano, Banco Mundial.
- Way, A. y A. Blanc. 1997. "Contraceptive Knowledge and Use and Sexual Behavior: A Comparative Study of Adolescents in Developing Countries." Documento inédito preparado para el taller sobre reproducción de adolescentes en países en desarrollo, Committee on Population, National Research Council, Washington, D.C. 24-25 de marzo.
- WEDO (Women's Environment and Development Organization). 1999. "Risks, Rights and Reforms: A 50-Country Survey Assessing Government Actions Five Years After the International Conference on Population and Development." Women's Economic and Development Organization, Nueva York.
- WHO (World Health Organization). 2000. *World Health Report*. Ginebra.
- World Bank. 1987. "Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform." Washington, D.C.
- . 1993. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*. Washington, D.C.
- . 2000. "Health, Nutrition, and Population Sourcebook for Poverty Reduction Strategy Papers." Washington, D.C.

¿Cómo encajan las necesidades de las mujeres dentro de los cambiantes sistemas de salud de América Latina y el Caribe? En *La salud de la mujer* el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud estudian los avances y los desafíos en la situación de salud de la población femenina en la región. A partir de un examen de las condiciones de salud, el libro identifica brechas en la prestación de servicios claves para las mujeres. El libro presenta asimismo nuevos análisis del gasto público en la salud de la mujer y señala las principales formas en que las estrategias de reforma del sector salud —desde la descentralización hasta la movilización de recursos— afectan a la salud de las mujeres.



Banco Mundial
1818 H Street, N.W.
Washington, D.C. 20433
Estados Unidos de América
Tel. 202-477-1234
Fax: 202-477-6391
www.worldbank.org
feedback@worldbank.org



Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Ave., N.W.
Washington, D.C. 20577
Estados Unidos de América
Tel. 202-623-1753
Fax: 202-623-1709
www.iadb.org/pub
idb-books@iadb.org



Organización Panamericana
de la Salud
525 23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
Estados Unidos de América
Tel. 202-974-3405
Fax: 202-974-3671
www.paho.org

ISBN 1-931003-12-2



9 781931 003124 >