

LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA DE SALUD EN URUGUAY.

¿DOS AGENDAS EN DIALOGO? APORTES PARA EL DEBATE.

**Alejandra López Gómez
MYSU
Mujer y Salud en Uruguay**

Introducción

Uruguay se encamina, parece ser que en esta oportunidad de manera decidida, a una reforma del sistema de salud. Desde la recuperación de la democracia, los distintos gobiernos han mantenido una actitud política “esquiva” a la hora de tomar iniciativas respecto a introducir cambios en el sector salud. Las políticas de reforma del sistema de salud como tal, han respondido más bien a un patrón de “reestructuración pasiva” del sector que a una política activa (Moreira & Fernández: 1997). Distintas propuestas de reforma fueron tímidamente ensayadas desde 1985 orientadas tanto a superar el déficit creciente del seguro social de salud, como a tratar de enfrentar los problemas de la ineficiente y mala calidad de la atención en salud. Sistema (tanto público como privado) que se ha mostrado incapaz de dar respuestas a las demandas y necesidades sociales emergentes en materia de atención sanitaria. Sin embargo, diversos bloqueos políticos inhabilitaron los intentos de reforma que transcurrieron, además, sin debate público y de forma más compartida con la sociedad uruguaya.

La nueva administración de gobierno nacional que asumió en marzo de 2005, ha manifestado su voluntad de impulsar transformaciones sustanciales en un sistema de salud que, ha demostrado, a través de diferentes síntomas, sus falencias y dificultades.

La diferencia en la actitud de las nuevas autoridades respecto a las precedentes, ha generado reacciones diversas en distintos actores políticos y sociales. Sin embargo, la ciudadanía no se ha involucrado activamente en el debate respecto a esta agenda, que se ha iniciado con el cambio de gobierno.

Hasta el momento, el debate sobre la reforma, parece no salir de los actores que clásicamente han participado en estos procesos. En términos de ciudadanía, se podría afirmar que este debate viene procesándose fundamentalmente con la participación de técnicos y expertos, de corporaciones directamente implicadas en los cambios que pretenden impulsarse y de las gremiales de trabajadores del sector. Ocasionalmente, las propuestas son materia de información de los medios de comunicación, siendo las autoridades sanitarias, las que generalmente son consultadas.

Los destinatarios directos del cambio, es decir los usuarios y usuarias actuales y potenciales, así como las organizaciones sociales (entre ellas, las organizaciones de mujeres y feministas y las de derechos humanos) no han participado, hasta el momento, en el proceso institucional generado para la discusión y elaboración de propuestas.

Sin embargo, los determinantes sociales de la salud, la salud como un derecho ciudadano, así como las demandas y necesidades en materia de atención sanitaria de distintos grupos sociales, han sido materia de estudio e intervención social y política de estas organizaciones.

Al respecto, el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos – foco de esta comunicación - es una agenda fundamentalmente elaborada, defendida y visibilizada por las organizaciones de mujeres y feministas, quienes han denunciado los efectos adversos que ciertos modelos de reforma del sector salud han tenido sobre el acceso a y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, en diversos países de la región. Al mismo tiempo, han realizado propuestas para la inclusión de la perspectiva de derechos humanos y de género en el campo de la reforma, aportando evidencias y herramientas de análisis sobre la inequidad en la atención de la salud.

¿Hacia una tercera generación de reformas?

A los efectos de analizar el panorama actual de la reforma del sistema de salud y los derechos sexuales y reproductivos (RSS y DSR) en Uruguay, es recomendable tomar en cuenta las lecciones aprendidas y los dilemas planteados en esta materia, a partir de las experiencias de reformas impulsadas y/o implementadas en otros países de la región, en los últimos veinte años.

Se puede afirmar que se trata de dos agendas (la RSS y la DSR), con orígenes diferentes, con lenguajes diferentes y sustentadas por actores y concepciones diferentes. Esto ha generado, entre otros aspectos, el que no se hayan tendido puentes sólidos que permitan poner en un diálogo consistente los aportes provenientes de ambas vertientes.

Según Correa (2005), una de las dificultades que explica las brechas y problemas de comunicación entre ambas agendas, es el contraste entre la inspiración democrática que caracterizó las propuestas sobre salud y DSR, frente a la inspiración de carácter tecnocrática que caracterizó a las propuestas de reforma del sector salud en la gran mayoría de las experiencias estudiadas de países de la región. Según Correa, mientras la primera surge de la lucha y defensa de las organizaciones de mujeres y otras organizaciones de la sociedad civil (agenda luego reconocida por el sistema de Naciones Unidas en las Conferencias Internacionales de Derechos Humanos (1993), Población y Desarrollo (1994), y la Mujer (1995)); las reformas de salud implementadas durante la década de los 90, se iniciaron por iniciativa de instituciones internacionales y fueron “impuestas” a los países como parte de amplias reformas de los estados y como parte de las políticas de ajuste estructural, a partir del Consenso de Washington (1992).

Tomando en cuenta estas dificultades de comunicación, se realizaron esfuerzos significativos tendientes a superar esas brechas, especialmente a partir del año 2000. Estas iniciativas surgieron con la preocupación sobre el impacto que los modelos de reforma desarrollados en la región, a partir de 1990, habían tenido en la salud y el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva, especialmente de las mujeres. A modo de ilustración se pueden señalar: el Programa Universidad Itinerante (programa de formación de recursos humanos sobre RSS y DSR¹) de la Red de Salud de las Mujeres de Latinoamérica y el Caribe; el Programa VINREPLAC (Estrechar los vínculos entre la salud sexual y reproductiva y la reforma del sector salud en Latinoamérica)², iniciativa conjunta de la Fundación Mexicana para la Salud y el Population Council con el apoyo de la OMS y la Fundación Rockefeller; el Programa de Entrenamiento en Reforma de Salud y Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos impulsada en la región por el Banco Mundial, el Population Council, la Fundación Mexicana para la Salud con el apoyo de UNFPA y OPS³. Los estudios de caso en América Latina y el Caribe, impulsados por la Red Global DAWN⁴ cuyos resultados comparativos están actualmente en proceso de publicación, son también un esfuerzo de gran importancia en el avance de la investigación sobre sistemas de salud y salud sexual y reproductiva en la arena global, mediante el análisis de las tendencias regionales sobre la base de casos particulares.⁵ Finalmente, los aportes de la OPS con una dedicación importante en analizar la intervencionalidad entre género

¹ En Uruguay, el Programa Universidad Itinerante es implementado en el año 2001 con el esfuerzo conjunto de MYSU y la UDELAR (Facultad de Psicología). Participaron de la capacitación: 50 profesionales de la salud, docentes universitarios y activistas de organizaciones sociales.

² El Programa VINREPLAC impulsó el desarrollo de estudios de caso en Latinoamérica, para lo cual se seleccionaron 5 proyectos de investigación sobre un total de 28 que se presentaron en una convocatoria pública. El proyecto presentado por la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género (Facultad de Psicología, UdelAR) conjuntamente con el Programa de Salud Integral de la Mujer del MSP fue uno de los cinco proyectos seleccionados (2001 – 2003). Los resultados de la investigación fueron publicados en el libro: “Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas en Uruguay” (López, A. (inv. principal), Benia, W., Güida, C., Contera, M. Montevideo, 2003).

³ La última edición del curso de entrenamiento tuvo lugar en Mérida, México en el año 2004. En esa oportunidad Uruguay fue uno de los cinco países que contó con participantes en el curso (5), y a su vez, el caso uruguayo sobre el sistema de salud y la salud reproductiva fue uno de los analizados durante la capacitación como estudio de caso.

⁴ Development Alternatives with Women for a New Era (DAWN)

⁵ El estudio de caso de Uruguay que formó parte de los países seleccionados, estuvo a cargo de MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) con la participación de investigadores asociados: “Salud, mortalidad materna y aborto en Uruguay. Un escenario cambiante.” (Abracinskas, L., López, A. Con la colaboración de De Mucio, B., Briozzo, L.) Montevideo, 2004.

y reforma de salud, un paso de particular relevancia en especial para los países del Caribe.⁶

Los procesos y propuestas de reforma del sector salud pueden rastrearse hacia fines del siglo XIX y comienzos del SXX en Europa, habiendo existido desde entonces muchas y variadas “olas” de reformas de salud (Almeida, 2004). Sobre mediados del siglo XX pueden ubicarse lo que se conoce como una segunda ola de reformas (reformas del Estado benefactor) donde se pueden ubicar los modelos de reforma tendientes a garantizar el acceso universal desde una aproximación de salud pública y de control de las enfermedades transmisibles, y basadas en un enfoque hegemónico biomédico. La mas importante fuente de influencia e inspiración de estas propuestas de reestructuración del sistema de salud fueron la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel global y la OPS en las Américas. Hacia comienzos de los 80 y producto entre otras, de la falta de cohesión entre quienes impulsaban el modelo sanitario de acceso universal, el Banco Mundial ingresa como actor relevante en esta agenda, desplazando progresivamente a otros como la OMS, OPS y otras agencias de Naciones Unidas.

El concepto y el lenguaje de la “reforma del sector salud” fue introducido por el Banco Mundial y los economistas de la salud que habían ingresado en el escenario político, con la misión clara de implementar las políticas de ajuste estructural en las cuales se incluía reformas del estado (y del sector salud) y el desarrollo de una estrategia de reducción de la pobreza. El paradigmático reporte del organismo: “Invertir en salud” publicado en 1993, se pretendió erigir como el modelo a seguir. Así fue en varios países de la región que iniciaron procesos de reforma del sector hacia los años 90.

Este modelo de reforma postulaba los principios de eficacia, participación y equidad del sistema.

⁶ El Programa Género, Salud y Desarrollo de la OPS – Washington, ha contribuido de manera importante en la elaboración de documentos técnicos en esta materia.

Desde las organizaciones de la sociedad civil, se ha promovido un amplio debate con respecto a los efectos de dichas políticas sobre la equidad en la salud y el desarrollo humano. Este debate se ha concentrado, sin embargo, en las dimensiones territoriales y de nivel socioeconómico, sin que haya incorporado la dimensión de género. Tal ausencia se ha traducido en un vacío y negligencia de políticas correctivas con respecto a las inequidades de género que precedieron, fueron creadas o exacerbadas por las RSS.

Las inequidades de género no pueden combatirse con las mismas medidas empleadas para reducir las brechas entre estratos socioeconómicos y regiones geográficas. A modo de ejemplo, alcanza con ver los indicadores de violencia hacia la mujer para darse cuenta de ello: múltiples estudios reportan que no hay influencia de la situación socioeconómica en la prevalencia de violencia de la pareja contra las mujeres.

Al decir de Gómez (E. Gómez, 2001) *“El acento en género no es de ninguna manera, reduccionista. Por el contrario, esta visión parte del reconocimiento esencial de que las desigualdades de género se articulan y potencian con otras desigualdades de poder. Lo que se pretende resaltar es, precisamente, que un análisis de la salud que no integre la dimensión de género no puede dar cuenta cabal de la realidad, Y, más aún, que desde una perspectiva de justicia social, no es de ninguna manera suficiente ni coherente enfrentar las desigualdades entre grupos económicos o étnicos, sin que paralelamente se aborden dentro de tales grupos, las desigualdades injustas entre hombres y mujeres.”*

En ese sentido, la autora distingue la equidad en relación al estado de la salud y la equidad en relación a la atención de la salud, señalando que:

La equidad en el **estado de salud** apunta al logro por parte de *todas las personas* del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos.

La equidad en la **atención de la salud** implicaría que:

- los **recursos** se asignen según la **necesidad**,

- los **servicios** se reciban de acuerdo con la **necesidad**, y
- el **pago** por servicios se haga según **capacidad** económica

Es importante destacar que la noción de necesidad está en la base del concepto de equidad distributiva. Tal noción apunta hacia una distribución de recursos, no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos, sino de asignación diferencial de acuerdo con los requerimientos particulares de esos grupos e individuos.

Las críticas desatadas sobre las reformas de salud impuestas en varios países de la región, y a las lecciones aprendidas de los distintos procesos, son una base de gran importancia para analizar las propuestas sobre reforma del sector en Uruguay, en el contexto de un gobierno progresista que se propone impulsar una serie de líneas programáticas tendientes a superar y/o minimizar las brechas existentes en materia de atención de la salud.

Los derechos sexuales y reproductivos y su reconocimiento en la propuesta de reforma. Preguntas para el diálogo.

El nuevo escenario político es una oportunidad para la incorporación de políticas en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos. La formulación del Sistema Nacional Integrado de Salud y la generación de condiciones para su implementación, es un proceso en marcha. El SNIS abarcará a todos los efectores de salud del país: públicos (nacionales y municipales), de asistencia médica colectiva, seguros privados y seguros parciales.

El objetivo que se propone el SNIS y el Seguro Nacional de Salud, es *“universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema”*⁷.

⁷ www.msp.gub.uy Sistema Nacional Integrado de Salud.

El SNIS plantea tres modificaciones sustanciales al anterior sistema: nuevo modelo de atención, nuevo modelo de gestión y nuevo modelo de financiación.

El SNIS se propone cambiar el paradigma anterior basado en la asistencia y la rehabilitación, por un modelo que privilegie la atención integral y jerarquice la promoción y la prevención en materia de salud.

Esta modificación hace que el primer nivel de atención se convierta en el foco de los principales cambios, y en donde recae la responsabilidad de que los usuarios y usuarias del sistema reduzcan la necesidad del uso de los servicios en los demás niveles. El segundo y tercer nivel de atención verán disminuidas sus demandas en la medida que el primer nivel y la atención primaria sean exitosos. Esto implica fortalecer necesariamente los servicios de la red que comprende el primer nivel (puestos de salud, policlínicas y centros de salud), en cuanto a recursos humanos, materiales y financieros. También implica re pensar la integración de los equipos de salud, que seguramente necesitarán ser reforzados con otros perfiles de profesionales de la salud,

El cambio de paradigma, que persigue “crear salud”, mucho más que “sanar dolencias”, redundaría en un sistema de salud que progresivamente tendrá que ir abandonando su tradición de trabajar puertas adentro de los centros de salud, para salir a la comunidad, acercarse a la gente y sus condiciones de vida. Será necesario un proceso de cambio que incluya el rediseño de las currículas de los profesionales de la salud, incorporando a su formación conocimientos que tengan que ver con la relación con la comunidad, elementos teóricos de diagnóstico social, trabajo en equipo, etc.

Otro cambio importante en el modelo de atención es la territorialización de las acciones, donde un equipo de salud multidisciplinario será el responsable por la salud de sus habitantes. La intervención se realizará en base a programas y ya no más en base a acciones o prestaciones aisladas. Estos programas se encuentran en la Dirección General de la Salud, cuyo cometido esencial es el ejercicio normativo y el contralor de las acciones en salud en el país.

En cuanto al cambio en el modelo de gestión:

“Refiere al rol del MSP como el responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema de salud en la definición de las políticas de salud, de las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, el registro y la habilitación de los efectores de salud, regulación y contralor de los mismos, la policía sanitaria y la definición de las prestaciones a que estarán obligados los prestadores de servicios que integren el SNIS.”⁸

El principal cambio en el modelo de gestión es que el nuevo Sistema pretende incorporar a la población en su gestión. En este sentido, se promovería la creación y fortalecimiento de comisiones de salud para que trabajen en torno a los servicios, con el objetivo de aportarles su visión del territorio, las necesidades de la comunidad y participen de la realización de los diagnósticos en forma conjunta con los equipos de salud. La participación social que se pretende promover implicará, a su vez, el ejercicio del control ciudadano sobre la calidad de las prestaciones y un monitoreo de las mismas. Este conjunto de modificaciones deben ser planificados para que el nuevo sistema luego esté en condiciones de “sostener” la participación social que se propone impulsar, cuando ésta comience a exigir, cuestionar y proponer.

En cuanto al modelo de financiamiento

“Refiere al cambio en el sistema de gasto y financiamiento, asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad a través de un Seguro Nacional de Salud.”⁹

El nuevo sistema prevé el pago a los efectores de salud en base a cápitas por cantidad de usuarios/as que se tengan. Esto hace que los prestadores (incluso

⁸ www.msp.gub.uy idem

⁹ idem

el prestador público) competirán entre sí por aumentar su número de usuarios/as. En este sentido, si el prestador público (ASSE) logra mantener sus usuarios/as actuales verá incrementado su presupuesto en forma notoria, ya que atiende actualmente a un millón y medio de uruguayos/as.

En cuanto a las prestaciones, el nuevo modelo incluye dentro de su diseño un Plan Integral con las siguientes características:

“El Plan Integral de Prestaciones (PIP) debe garantizar:

- *actividades de promoción y protección específica dirigidas a las personas de acuerdo a los antecedentes personales, familiares, sociales y comunitarios.*
- *Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los problemas de salud-enfermedad identificados,*
- *Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según corresponda*

*Las prestaciones definidas en el PIP contarán con indicadores de calidad de sus procesos y resultados que permitirán al MSP evaluar la atención recibida por los usuarios y la calidad de la asistencia brindada.”*¹⁰

Esta reforma del sistema de salud, aporta como otra innovación sustancial la creación del *Consejo Consultivo para el Cambio en Salud*, ámbito en el cual el MSP y los principales actores involucrados en esta reforma discuten y acuerdan los principales lineamientos de la reforma de salud.

El Uruguay enfrenta hoy problemas que han puesto en jaque su condición de país “virtuoso” en el concierto latinoamericano, La salud sexual y la reproductiva no es ajena a este proceso. El reconocimiento político pleno de la salud y los derechos sexuales y reproductivos es una materia pendiente en el país. El rol del estado como garante del ejercicio pleno de estos derechos es una demanda sostenida desde las organizaciones sociales. El Estado debe

¹⁰ idem

cumplir con la responsabilidad que le cabe de generar las condiciones para que todas las personas puedan ejercer plenamente sus derechos. En este sentido, y en el escenario de una reforma del sector salud tendiente a la creación de un Sistema Unico Nacional Integrado (SNIS), la salud y los DSR no pueden estar excluidos de este proceso. Una propuesta de reforma como la que se intenta implementar, debería incluir en su diseño un enfoque de género y de derechos humanos (incluidos los DSR) que trascienda exclusivamente la incorporación de prestaciones prioritarias en salud sexual y reproductiva.

Si bien uno de los temas en el debate refiere a las prestaciones que se deben incluir en el seguro de salud, entre las cuales nos interesa focalizar en las relativas a la salud sexual y reproductiva, otros asuntos merecen nuestra atención.

Algunas consideraciones y preguntas para el debate:

1. Uno de los temas de especial interés para la agenda de la salud y los DSR refiere al tipo de prestaciones prioritarias que estarán incluidas en el seguro de salud. Algunos componentes de la salud reproductiva han formado parte de las prestaciones históricas de atención materna en el país: atención del embarazo, parto y puerperio son las más significativas en ese sentido. Sin embargo, al respecto existen algunos déficit que importa colocar en el foco: los mismos refieren al tipo de prestaciones y a la calidad de la atención. A modo de ejemplo, el parto a elección no es hoy un derecho consagrado para todas las mujeres. Y la calidad de atención del parto es un punto débil en varios servicios de salud, en la medida que la misma no se sostiene en las recomendaciones consensuadas de la medicina basada en la evidencia.

Pregunta: ¿Cuáles son los criterios de calidad que sería necesario considerar en la acreditación de los servicios de salud en lo que refiere a la atención del embarazo y parto, desde una perspectiva de respeto a los derechos de las mujeres usuarias?

2. En materia de prestaciones, los servicios de anticoncepción que brinden orientación, información y una amplia gama de métodos anticonceptivos de calidad, es hoy una debilidad del sistema de salud. El subsector público brinda cobertura parcial en esta prestación y el sub-sector privado es prácticamente omiso al respecto.

Pregunta: ¿Cuál es/debería ser la política a seguir en esta materia? ¿Está prevista la inclusión de la anticoncepción como prestación en la nueva propuesta? ¿Cuáles son los criterios a adoptar en materia de métodos anticonceptivos irreversibles (acceso a ligadura tubaria, acceso a vasectomía)

3. La problemática del vih – sida es creciente en el Uruguay, y afecta de manera especial a las mujeres. Hoy día los servicios de salud sexual no se encuentran integrados con los servicios de salud reproductiva, tanto en lo que respecta a la prevención como tratamiento y rehabilitación.

Pregunta: En un contexto de fortalecimiento del primer nivel de atención, ¿cuales son/ deberían ser los criterios a tomar para garantizar servicios integrales en salud sexual y reproductiva para mujeres y varones?

4. En materia de promoción de la salud sexual y reproductiva, y en materia de prevención, el país ha realizado algunos avances, que son importantes pero escasos. En una propuesta de reforma del sector que se propone un cambio de modelo de atención, resulta de especial importancia el fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención de la salud en distintos tópicos de la salud sexual y reproductiva.

Pregunta: ¿Cuáles son las medidas que se tiene previsto (se debería tener previsto) desarrollar en esta materia de modo de favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población?

5. El aborto inseguro y la violencia hacia las mujeres son dos asuntos definidos como problemas prioritarios de salud pública por organismos internacionales como OMS y OPS. Uruguay cuenta con Normativa sanitaria para la protección materna (ordenanza 369/04) que implica brindar orientación pre-aborto y atención integral post-aborto. Y carece de normativas en materia de atención sanitaria de la violencia hacia las mujeres (incluida la violencia sexual).

Pregunta: ¿Cuáles son/deberían ser las medidas (previstas) para garantizar una atención de calidad en estas dos áreas?

6. La estructura actual de las instituciones (cobro por acto médico, oferta tecnológica justificando la calidad del servicio, entre otros), así como el tipo de formación profesional de los recursos humanos (ancha base de personal médico especializado y escasa disponibilidad de otros profesionales de la salud), colabora negativamente respecto de la transformación del modelo asistencial. Para brindar una atención de calidad en materia de salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de DSR y de género, se requiere de un personal de salud entrenado en una nueva perspectiva.

Pregunta: ¿Cuál es la valoración que se realiza respecto a la formación de los/as proveedores de salud? ¿Cómo se piensa garantizar la formación del personal de salud (incluido el personal profesional y no técnico), adecuada al nuevo modelo? ¿Está previsto realizar gestiones con las instituciones responsables de la formación de los profesionales de la salud, a los efectos de recomendar la inclusión de los nuevos paradigmas y campos sanitarios de intervención, en las currículas de formación?.

7. Diversos estudios han mostrado que las políticas de salud orientadas hacia mujeres tienen un efecto multiplicador en el resto del sistema, dado que la crianza de los niños y el cuidado de los ancianos, en el llamado sistema doméstico de cuidado de la salud está bajo “la

responsabilidad” de las mujeres. Según OPS (2001), *“las mujeres tienen mayor necesidad de servicios de salud que los hombres, derivada de su rol biológico y de su mayor longevidad”, “..., resultando las más afectadas por el aumento o reducción de los servicios públicos”, .al tiempo que “tienen menor acceso a remuneración y a otros recursos para la salud, incluyendo servicios de salud y seguridad social en el largo plazo”*. Dado el rol de “gestoras de salud de las familias” y su menor acceso a recursos – todo esto en un escenario como el uruguayo, de aumento de la jefatura femenina sin cónyuge y aumento de la tasa de divorcialidad- es evidente que los impactos de la reforma sobre las mujeres van a ser muy importantes. El estudio destaca la necesidad de incorporar la dimensión “tiempo” de las mujeres, puesto que a menudo se trabaja sobre supuestos de gratuidad y elasticidad de tiempo de las mujeres, tanto en la búsqueda de atención para ellas como para sus hijos. También se hace hincapié en que las intervenciones en salud reproductiva incorporen a los varones. Finalmente se señala que la organización del gasto público en salud implica a menudo una carga sobre la economía reproductiva (reproducción social) no remunerada, básicamente desarrollada por las mujeres.

Pregunta: ¿Cuál es el abordaje de género que se incluye en la propuesta de reforma, tendiente a minimizar los efectos de inequidad que ha generado el actual sistema en las mujeres?

8. El nuevo sistema que se pretende impulsar implica un cambio en el modelo de financiamiento. Las enseñanzas desde otros países de la región respecto a este punto, ilustran que las políticas de financiamiento del sector han tenido generalmente impactos negativos sobre las mujeres. Las mujeres experimentan mayor necesidad de servicios de salud, debido a la reproducción biológica. Esta mayor necesidad se asocia a un mayor gasto en salud de las mujeres, como por ejemplo, pagar primas de aseguramiento más altas que hombres de la misma edad (ejemplo, el plan útero de Chile), o pagar de su bolsillo más en

servicios de salud que los hombres (EEUU), o participar menos en el seguro de salud, debido a una más deficitaria y discontinua incorporación al mercado de trabajo (Uruguay). Los gastos en servicios de salud reproductiva, señala el estudio de OPS, representan un tercio de todos los gastos de salud de las mujeres en edad fértil. •En la región de las Américas, las encuestas de hogares sugieren que el gasto de bolsillo promedio en salud de las mujeres es entre 15 y 43% mayor que el de los hombres. En 1997 en Perú este promedio suponía un 41,5% más de gasto en mujeres (100,31 U\$) que en hombres (70,91)

Pregunta: En materia de financiamiento del nuevo sistema, ¿cómo se piensa minimizar el impacto del costo bolsillo en las mujeres quienes requieren por longevidad y por características biológicas de su aparato genital – reproductivo, un mayor uso de los servicios de salud?

9. El nuevo sistema se propone un cambio en el modelo de gestión, impulsando la participación de los usuarios y usuarias a través de comisiones de salud. Uno de los temas que ha generado debate en la evaluación de las reformas en otros países de la región, refiere al tipo de participación que se pretende impulsar desde la institucionalidad.

Pregunta: ¿Cuáles son/deberían ser los requisitos para garantizar una participación con efectiva capacidad de incidencia en los procesos de cambio que se pretenden impulsar? ¿Cómo se propone operacionalizar la participación comunitaria y de los/as usuarias?

La agenda de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, tiene en las políticas de salud un campo privilegiado (aunque no exclusivo) donde poder traducirse en condiciones concretas para su ejercicio. El cambio en el sistema de salud es una oportunidad de extremo interés para avanzar en el reconocimiento institucional de los DSR de todas las personas. Para las organizaciones de mujeres y feministas, esta es una agenda de fundamental importancia en la defensa de los derechos humanos de las mujeres, en particular. La participación política calificada y con capacidad propositiva, el rol de monitoreo y seguimiento de las políticas y programas, la generación de evidencias científicas y su uso para la abogacía en este campo, constituyen herramientas de trabajo privilegiadas.

Reconocer el acumulado histórico del movimiento de mujeres a nivel nacional y regional en esta materia, y tomar sus aportes en el debate sobre los procesos de reforma del sector en Latinoamérica y el Caribe, es un paso en el reconocimiento e inclusión de los DDSSRR en la agenda de la reforma en el país.

El marco de los derechos humanos, nos brinda un paradigma “estructural” que percibe cuestiones de bienestar y salud-enfermedad como profundamente enraizadas en las estructuras de poder sociales, políticas y económicas y en la intervencionalidad de todos los derechos humanos. Así la salud, pasa a ser una función intersectorial del estado, y no específica de un solo sector.

Superar el discurso de las necesidades (que habitualmente tienen un proceso de interpretación y priorización que excluye a la gente, o son tomadas en manera fragmentada) para posicionarnos desde la perspectiva de las demandas de derechos humanos, puede hacer la diferencia en lo que algunos/as autores llaman la TERCERA GENERACION DE REFORMAS,

La Reforma del sistema debería basarse, entonces, en el paradigma de la salud como derecho humano, en la ciudadanía como actor clave en el debate público y del Estado como responsable en garantizar las condiciones para el

pleno ejercicio de los derechos (incluidos los DSR) y de proteger a la población de la violación de los mismos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Fernández, J.; Filgueira, C.; Filgueira, F.; Moreira, C.:(1998); Political environments, sector specific configurations and strategic devices: understanding institutional reform in Uruguay, Informe presentado al Banco Interamericano de Desarrollo, CIESU, Montevideo.

Moreira, C.; Fernández, J.: (1997); Políticas de Ajuste en el Sistema Público de Salud: la visión de los actores estratégicos, Serie Informes CIESU, No. 64, Montevideo.

Gómez Elsa, (2001) Hacia la equidad de género en las políticas de reforma del sector de la salud, OPS, Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (2001)

Correa, Sonia. Las reformas de salud en Latinoamérica y El Caribe. Lecciones aprendidas. DAWN (en prensa)

Almeida, Celia, (2003) Reformas de sistemas de salud en América Latina y El Caribe: oportunidades y desafíos. Presentado en el Dialogo Nacional sobre Promoción de la salud reproductiva en las reformas del sector salud. Bs. As. 28 y 29 de Agosto de 2003.

Abracinskas L., López Gómez, A. (2004) Salud, aborto y mortalidad materna en Uruguay. Un escenario cambiante. MYSU – DAWN. Montevideo.