

Postura de la Red Latinoamericana de Género y Salud Colectiva de ALAMES frente a la cobertura universal de salud*

Position of the Latin American Network of Gender and Collective Health of ALAMES on the universal health coverage

Acad. Sara Yaneth Fernández Moreno

Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

RESUMEN

Los lineamientos y contenidos del trabajo académico, social y político que venimos desarrollando en la Red Latinoamericana de Género y Salud Colectiva de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social se presentan en este escrito de forma sintética y organizada en los siguientes elementos: a) derechos sexuales y derechos reproductivos plenos, implicaciones de sus alcances y logros desde las redes y desde la región, b) materialización de la agenda regional y continental frente a la prevención y detección de la violencia de género en todas sus formas, c) regresión en materia de derechos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva de la población en los gobiernos latinoamericanos. La Red está conformada en su mayoría por mujeres y algunos varones; dedicada o vinculada a la vida académica, al activismo, a las organizaciones, movimientos y colectivos de América Latina del área de la salud con formación sociosanitaria y sensibilidad de género. Se parte del principio del derecho a la salud como derecho humano fundamental garantizado de forma indelegable por el Estado. Las y los integrantes de la Red promovemos y defendemos la agenda pública de salud mediante sistemas universales de salud que garanticen cobertura universal capaz de confrontar las actuales exclusiones del sistema y la formación para la atención integral en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, desde el enfoque diferencial, desde la intersectorialidad de los derechos humanos. Solo así se puede abordar las iniquidades y las exclusiones en salud que las mujeres latinoamericanas enfrentan en su día a día, ya sea por la precarización y terciarización laboral de la que son objeto, como por el despojo, el destierro y el desplazamiento forzado por proyectos geoestratégicos, por el capital transnacional y los intereses

extractivistas apoyados por fuerzas estatales, paraestatales y narcomilitares —en algunos países de la región— que abundan en Centro y Sur América. El cuerpo de las mujeres y las niñas en este contexto está sometido a situaciones que vulneran la integridad, la salud mental y física, por estar sujeto a la lógica del conflicto en la región donde se hace presente. Ante la situación de orden público y de crisis socioeconómica de los países latinoamericanos y del caribe se han planteado prioridades al sector de la salud que pasan necesariamente por el reconocimiento de la necesidad de sistemas universales de salud que garanticen total cobertura, con prioridad en la atención integral sujeta a derecho y en la garantía básica de acceso efectivo a la atención en salud, que evite la revictimización de los ciudadanos y responda a la reparación, no repetición, justicia y protección para la salud y la vida de la población.

Palabras clave: cobertura universal de salud, región latinoamericana.

ABSTRACT

The guidelines and contents of the academic, social and political work that we have been developing in the Latin American Gender and Collective Health Network of the Latin American Association of Social Medicine were presented in this article in an abridged form and organized by the following elements: a) full sexual and reproductive rights, implications of their scope and achievements seen from the networks and from the region, b) materialization of the regional and continental agenda for the prevention and detection of all forms of gender violence; c) regression observed in Latin American governments in terms of sexual and reproductive health rights of the population. The Network is mostly made up of women and some men, is devoted or linked to academic life, activism, organizations, movements and groups from the health area in Latin America, with social and health formation and gender sensitivity. It is based on the principle of right to health as a basic human right that is guaranteed by the state. The members of the Network promote and defend the public health agenda through universal health systems which assure universal coverage that may face the present exclusions of the system and the formation for the comprehensive care of individuals as to sexual and reproductive health on the basis of the differential approach and the inter-sector linking with the human rights. It is just this way that inequities and exclusions in health, which are daily faced by Latin American women, can be addressed. Such inequities and exclusions are due unsafe work and tertiarization, exile and forced displacement encouraged by the geostrategic interests, the transnational capitals and the extractivist interests supported by state, parastate and narcomilitary forces that are abundant in some countries of Central and South America. In this context, women's and girls' bodies are subjected to some situations that damage their integrity and their mental and physical health since they respond to the logics of conflicts occurring in a particular region. Taking into account the situation of public order and of socio-economic crisis in Latin American and Caribbean nations, some priorities have been set for the health care sector, which necessarily consider the need of universal health system capable of assuring total coverage, as priority, in the law-binding comprehensive care and in the basic assurance of effective access to health. The above-mentioned will prevent revictimizing the population and will respond to health repair, not repetition, to justice and protection of health and life of this population.

Keywords: universal health coverage, Latin American region.

PRESENTACIÓN

Revisada la propuesta de cobertura universal de salud impulsada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) con el respaldo de la Organización de Estados Americanos (OEA), el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, con las recomendaciones adjuntas sobre la eficiencia y la calidad de esta medida en la mitigación de la pobreza y la resolución a los problemas de salud más apremiantes de la población, la Red Latinoamericana de Género y Salud Colectiva (en lo adelante, la Red) de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), ciertamente debe pronunciarse en razón de su preocupación por la investigación, la docencia y la formación del personal del área de la salud y por la elaboración, formulación y seguimiento de la política pública en salud desde el punto de vista de la sensibilidad de género y sociosanitaria.

Las directrices de la Red desde su creación han sido claras en su compromiso con los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos de hombres y mujeres; con la política pública orientada tanto en salud como en educación a promover la equidad entre hombres y mujeres, el respeto por la diferencia, el reconocimiento de las disidencias sexuales y de la incidencia de la intersectorialidad; el reconocimiento de la edad, clase, raza, orientación sexual, residencia e identidad, en el proceso de salud-enfermedad-atención-muerte y en las oportunidades de disfrute pleno de la vida, del buen vivir y del mejor estar.

Políticas públicas en salud que no fortalezcan las posibilidades de las mujeres de acceder al goce efectivo de sus derechos, quedan limitadas cuando se trata de afrontar las condiciones de vida actuales del continente. Modelos educativos en salud que no introduzcan la perspectiva de género en sus pregrados y posgrados son modelos que se quedan cortos en la formación social, humanista e integral del personal de salud, sometido hoy a una lógica de trabajo vertical, autoritaria, claramente clasista y desigual entre hombres y mujeres, sustentado en el Modelo Médico Hegemónico que reconocemos como sexista, biológico, ahistórico, vertical y autoritario.

La Red cree en la formulación de la determinación social de la salud, del enfoque diferencial e intersectorial que la perspectiva de género le provee al área de la salud para una acción propositiva, dinámica y de transformación de los sujetos de derecho que la conforman, tanto el personal de salud como la población usuaria atendida por esta. Un trabajo integral en salud es un trabajo que remarca y resalta el trabajo vivo sobre el trabajo muerto que tiene lugar en el acto médico; es la capacidad de contacto, comunicación y escucha activa —igual que el efecto terapéutico se activa con la empatía comunicativa y la perspectiva de derecho— que supone la atención en salud humanizada y género-sensible de la que hablamos.

Es sabido y conocido que la división sexual del trabajo ha permeado los discursos público y privado en todos los ámbitos sociales a los cuales no escapa la salud, es que se enfatizan dos principios de la teoría feminista para el trabajo conjunto: *lo personal es político*, premisa básica fundamental que remite al reconocimiento de las desigualdades de género en la cultura como elemento que no remonta las diferencias sino que las remarca en su jerarquía y organización haciéndolas estructurales al sistema de salud, reflejadas por ejemplo, en la valoración del trabajo médico y del trabajo de apoyo del personal no médico, baste solamente revisar las tablas de salarios del personal médico frente al no médico para comprobar tales diferencias. El segundo, *la separación de la sexualidad de la reproducción*, que en buena hora materializa el pleno goce de derechos de las mujeres sobre su cuerpo, admite el agenciamiento de sus propias decisiones en las cuales ya no es necesario asumir la maternidad ni como destino, ni como instinto —idea que se ha inculcado a varias

generaciones y que está comprobado es una construcción social, parte de la cultura patriarcal que demarca los espacios de movilidad social y de reconocimiento de derechos de hombres y de mujeres—. Los cuerpos vuelven a las mujeres que los poseen para decir NO al uso del cuerpo como botín de guerra, NO al ejercicio de poder de la Iglesia y del Estado, NO al ejercicio de poder-subordinación en la escuela, en la familia, en el centro de salud, en la justicia, en la cultura. Hombres y mujeres somos sujetos de derecho plenos y la agenda de trabajo en la Red promueve el trabajo activo desde sus bases en estas dimensiones.

De acuerdo con *Whitehead*,¹ son desigualdades en materia de salud aquellas diferencias entre grupos de la población que son injustas, evitables e innecesarias; al respecto, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), plantea la necesaria integración financiera de los sistemas para reducir las brechas y contener los costos con medios adecuados de regulación, con expansión de la atención primaria y la coordinación de servicios descentralizados que busque superar las brechas interregionales. CEPAL recupera la vigencia de los derechos sociales y las garantías políticas como la igualdad y la prohibición de la discriminación mediante los principios de generalidad y universalidad de las leyes de salud como complemento del necesario progreso alcanzado. La prohibición de retroceso limita así la posibilidad de que el Estado reduzca niveles de protección social ya asegurados normativamente.²

A continuación, se revisa el comportamiento de la cobertura en salud de los casos colombiano, chileno y mexicano para entender luego cuáles son las tres áreas neurálgicas que la Red ha trabajado frente a los actuales regímenes de salud en la región y las vulneraciones que los mismos han causado en materia de prevención de la violencia y en derechos sexuales y de derechos reproductivos de las mujeres.

EL CASO COLOMBIANO

En Colombia, la Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993 lograron la cobertura universal al unificar el régimen de beneficios y obligaciones en un marco de descentralización del gasto, lo que implanta una competencia regulada entre aseguradores y prestadores en un sistema de seguridad social integral y solidario; admite el sistema el ingreso de oferentes públicos y privados en una competencia de mercado regulado, todo de acuerdo con un momento de apertura económica cuyas reformas buscan eliminar los monopolios a cargo del Estado, como pasó claramente en el caso de la salud, del aseguramiento y de prestación.²

Se crea el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSyGA) que busca equilibrar recursos y condiciones de equidad mediante una unidad de pago por capitación, ajustada a grupos de edad, de acuerdo a su capacidad de pago y a su régimen de afiliación al sistema. Se instauró la cobertura del grupo familiar y se extendió la obligatoriedad de la afiliación hacia todos los trabajadores independientes con capacidad contributiva,² se formalizó el trabajo informal para aumentar la base de cotización y la cobertura y los primeros años se operó el sistema bajo el supuesto de pleno empleo y de crecimiento económico positivo, supuestos que nunca se cumplieron.

La separación de las funciones de financiamiento y provisión fue otro aspecto fundamental en el caso colombiano. En esta arquitectura, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) concentran la función financiera y aseguradora, vertebran el sistema de prestaciones, y cumplen un papel integrador. Son entidades públicas y privadas que, por delegación del FOSyGA, son responsables del registro de los afiliados, del recaudo de sus cotizaciones, los que organizan y garantizan la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) y que deben ofrecer opciones de prestadores.² Enorme problema el de la regulación pues a los pocos años se detectaron problemas de

cumplimiento en las garantías cuando el Estado colombiano incumplió los pagos al FOSyGA y es hasta la fecha el principal deudor moroso de la cartera vencida de la red pública de atención, hoy en quiebra. Las EPS están obligadas a contraer un reaseguro para cubrir riesgos catastróficos que tiene vigencia tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado. El plan es brindado con indiscutibles deficiencias por las diversas instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto públicas como privadas.

A lo largo del tiempo, el sistema ha experimentado varias tensiones, entre ellas, que el financiamiento recae en un tercio de la población que paga sus contribuciones y que también paga impuestos generales, la intermitencia laboral crea un tránsito en doble vía del régimen contributivo al subsidiado, se incumplen las promesas del crecimiento económico positivo y del pleno empleo; se sabía desde entonces que el modelo iba a fallar aunque las acciones de tutela generaron expectativas de un plan de salud ilimitado³ con el llamativo hecho de la apropiación del mecanismo por parte de la población, quien se asume con él como sujeto de derecho y busca garantizar la exigibilidad del derecho a la salud que la misma Constitución le permite; muy curioso que para el ministerio de salud de la época uno de los problemas más apremiantes de la reforma fuera la tutela y no la problemática que originó el mecanismo, que no es otra cosa que el incumplimiento al goce efectivo del derecho a la salud.

En ese contexto es que la sentencia T760 de la Corte Constitucional (entidad judicial máxima encargada de velar por la protección de los derechos contenidos en la Constitución de 1991) ordenara al Ministerio de la Protección Social precisar el contenido del POS y aclarar dudas que surgieron acerca de su alcance real.⁴ La Ley 100 se adopta pocos años después que la Constitución de 1991 redefiniera el papel del Estado y estableciera que este no solo debía reconocer los derechos de los ciudadanos, sino que debía garantizarlos. El mecanismo de la tutela fue introducido por la Constitución para fortalecer el cumplimiento del derecho a la salud mediante un procedimiento ágil y rápido, cuando estos resulten amenazados.

Rodrigo Uprimy, académico experto en derecho constitucional colombiano, distingue períodos en el desarrollo de la jurisprudencia constitucional. Antes de 1992, poco eficaz, cuando la salud se considera un derecho programático; entre 1993 y 1994 se establece conexas con el derecho a la salud fundamental; 1994-2003, se expande la noción de conexión, con lo cual se genera el activismo de la tutela individual; desde 2003 se avanza hacia la consideración como derecho fundamental y aunque no se afirma que todo sea posible de reclamar, se incrementan las demandas por servicios no POS.³ Entre 2003 y 2005, las tutelas crecen el 68 %. A fines de 2009, cerca del 60 % de ellas corresponden a salud y pensiones y de ese conjunto, el 75 % a salud. El monto de las tutelas por servicios, procedimientos o medicamentos no incluidos en el POS, alcanza un valor aproximado de 0,25 % del PIB y se recobran al FOSyGA. De ahí que los intentos de reforma posteriores a la Ley 100 buscan eliminar el mecanismo de la tutela considerado el problema y el obstáculo más grandes del modelo de reforma de la Ley 100, como ya se refirió antes. *Echeverry*⁶ muestra en su investigación sobre el derecho a la salud, cómo el aseguramiento del sistema no representa acceso efectivo y cómo no siempre, la utilización de los servicios significa la solución de una necesidad; estos aspectos escapan a los abordajes cuantitativos y resultan de la mayor importancia al momento de investigar las iniquidades en salud.

La magnitud de las tensiones de financiamiento llevó en enero de 2010 a que el Gobierno expidiera 12 decretos dentro del marco de la Emergencia Social para encarar a corto plazo el desfinanciamiento del sistema y que han generado gran polémica, no se olvide que el desfinanciamiento lo procuró inicialmente el mismo Estado con los sucesivos incumplimientos de pagos y obligaciones con el FOSyGA y el enriquecimiento de las EPS que acumularon importantes sumas de dinero que estaba

originalmente destinados a los servicios de salud y terminaron invertidas en lucros privados y en sectores financieros voraces, famoso el caso de SALUDCOOP que aún está en proceso de investigación. Sus detractores se refieren tanto a su contenido como a su carácter inconsulto, y por la no utilización del conducto regular del Congreso.⁶

El presidente de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (Achc), *Juan Carlos Giraldo*, afirma que el sistema como tal ya está acusando fallas y ya está teniendo dificultades que nos muestran que no estamos consiguiendo los mejores resultados, que tenemos unos niveles preocupantes de corrupción, que hay muchos costos de intermediación, que los costos de administración están elevados, que muchos de los subsectores que conforman el sistema están teniendo problemas serios, especialmente por el tema de flujo de recursos que viene incrementando la demanda de servicios, es decir, que el esquema no fue preventivo sino netamente curativo. Se esperó a que la gente se enfermara, esa es una de las expresiones de la crisis.

Usted ve todos nuestros servicios hospitalarios llenos, los servicios de urgencias llenos y eso genera congestión y malestar en la gente, un enorme nivel de conflictividad y además todas las cosas que hemos visto de corrupción, todo el tema de recobros, las políticas y regulaciones que son erráticas por parte del Gobierno.⁷

La declaratoria de emergencia social aduce una mezcla de situaciones sobrevinientes, agravamiento súbito de problemas antiguos y cuestiones estructurales. Por una parte, un aumento extraordinario de solicitudes de medicamentos y servicios no contemplados en el POS que pondría en inminente riesgo de agotamiento a la cuenta de compensación del régimen contributivo dado que esa cuenta es la columna vertebral del sistema y de entrar en problemas de insuficiencia, todo el sistema presentaría fallas crecientes.⁸ El deterioro de las condiciones laborales de ese momento acentuaron esta problemática porque la cotización misma al contributivo estaba en riesgo ante la inestabilidad laboral del momento.

Por otra, un creciente déficit de los departamentos que carecen de recursos financieros para responder por gastos no POS del régimen subsidiado, ya que las transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) destinadas al pago de los servicios a cargo de los departamentos han venido cayendo, mientras que sus responsabilidades han ido en aumento y la morosidad de pagos a la red pública de atención o lo que queda de ella, toca fondo con la quiebra y el inminente cierre de centros de cuidado y hospitales de primer y segundo nivel de atención por suspensión de pagos y una cartera lenta cada vez más creciente. Importante considerar que la Corte Constitucional le dio el aval a la Ley Estatutaria y con ella se aprobó que la salud fuera un derecho fundamental para todos los colombianos, aunque no hace cambios significativos en el negocio, ya que la operación de las EPS solo se reforman mediante ley ordinaria.

EL CASO CHILENO

Cuenta con las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) que cubren cerca del 30 % de la población y la elevación de sus precios ha superado con creces la de otros sectores de la economía. El sector público, desprovisto de barreras de entrada, cubre a la población de menores ingresos y a la de mayores riesgos y cumple una función de reaseguro global del sistema. Chile resulta también bastante singular en este ámbito, ya que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) cuenta con un catálogo explícito de prestaciones, disposición que siendo polémica por naturaleza, también se vio facilitada por el contexto autoritario de la reforma del gobierno militar.²

Los beneficios son irrenunciables, es decir, ningún afiliado puede oponerse a que les sean incorporados sus contratos de salud. Las garantías encarnan un plan de salud único, con las mismas coberturas, con una reglamentación para copagos y obligaciones. Consideran el acceso, la calidad, la protección financiera y la oportunidad. El acceso, lo otorgan por obligación de FONASA y las ISAPRES; calidad, debe otorgarla el prestador registrado o acreditado; oportunidad, se fija plazo máximo para disfrutarlas; protección financiera, se regulan los copagos y la gratuidad.

Vista en el concierto latinoamericano, es esta una de las experiencias más avanzadas, ya que las garantías tienen una especificación mucho mayor sobre los alcances, obligaciones, sujetos deudores de estos derechos y los instrumentos de garantía o de protección. Es importante advertir y resaltar, a diferencia del caso colombiano, que en Chile no se advierte hasta ahora una judicialización del derecho a la salud, ya que la canalización de los reclamos está contenida dentro de cauces administrativos.

El sistema privado sufrió un fuerte cuestionamiento por parte del Tribunal Constitucional, que declaró *inconstitucional* que las tablas de factores que determinaron el costo de los planes de los diversos grupos de beneficiarios, se definieran mediante normas administrativas. Hay esfuerzos por reestructurar los modelos de negocio de la salud privada e introducir cambios en la integración vertical entre las ISAPRES y los prestadores privados. En ese contexto, la compra de servicios por parte del sector público puede dar nuevos aires al sistema privado y está en la agenda del nuevo gobierno.⁹

Las orientaciones básicas de la política de salud del gobierno de Piñera contemplan: reducir las listas de espera enfatizando la compra de servicios al sector privado, lo que puede incrementar significativamente los déficits financieros del sector público; otorgar bonos que permitan la elección de prestadores públicos o privados, promover la competencia entre las instituciones de salud, transformar los hospitales y consultorios en sociedades anónimas hospitalarias abiertas a la asociación con entes privados constituidas con participación minoritaria del Estado y dando opción preferente a sus funcionarios, fortalecer y acelerar la concesión al sector privado para la construcción y operación no clínica de los hospitales públicos.²

EL CASO MEXICANO

Con el Seguro Popular de Salud (SPS) se amplía en México la cobertura del aseguramiento que incluye garantías de financiamiento, pero no modifica la segmentación: adiciona recursos propios canalizados de manera muy compleja y abarca una gama de intervenciones que es menor a la cobertura global de riesgos de la seguridad social. Involucra modificaciones institucionales que implican fortalecer centros públicos de salud, modifica la combinación público-privada porque abre más participación a los prestadores privados y tiene como desafío fortalecer la capacidad de regulación de calidad.²

La complejidad del financiamiento pone sobre la mesa un asunto no trivial, que constituye un reto en términos institucionales y organizativos, a saber, cómo los prestadores logran usar y combinar eficientemente diversos recursos para los que rigen singulares mecanismos de acceso, criterios de asignación, regímenes presupuestarios, tipo de transferencias, programación y ejecución de los flujos de recursos e incentivos implícitos o explícitos, en términos de las gestiones que deben conciliarse.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación (Coneval), en México hay casi siete millones de personas con diabetes mellitus y más de 22 millones con hipertensión arterial; el 47 % de las personas mayores de 30 años no se ha practicado ningún estudio de sangre para determinar si está en riesgo de enfermar por diabetes. El Coneval registra también que en el 2012 una de cada cinco personas carece de afiliación a cualquiera de los sistemas públicos de cobertura en salud. De manera alarmante el porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular que no se atendieron al presentar un problema de salud pasó de 8,13 % en el 2010 a 12,74 % en el 2012. Según uno de cada tres afiliados, el principal motivo de no atención es no tener dinero. Este indicador también presentó un incremento, pues mientras en 2008 el 27,99 % de los afiliados declararon no haberse atendido por esta razón, en 2010 el número ascendió a 35,18 %. La segunda razón de no atención fue el haberse autorecetado y la tercera el hecho de tener que esperar mucho para ser atendido. Destaca que en lo que respecta al tercer motivo, el porcentaje de los afiliados aumentó en más de 100 % entre 2008 y 2010, lo que representa el 10,62 % en el primer año, y el 20,8 % en el segundo.¹⁰

Laurell,¹¹ identifica en el caso mexicano que las denuncias sobre la negación de servicios en las instituciones de salud son cada día más comunes y ocupan más espacio en los medios de comunicación, y se pregunta si efectivamente se demuestra con ello un deterioro de los servicios médicos de atención o si estamos en presencia de ciudadanos más exigentes.

El sistema de Seguro Popular -sin compartirlo- supondría el fortalecimiento de los servicios que deberían priorizar la atención en el primer nivel y los medicamentos gratuitos. Sin embargo, el 38 % de los mexicanos que usan servicios ambulatorios acude a los privados con el agravante de que el 42 % de este total corresponde a las farmacias. Solo el 17 % de los que usan servicios hospitalarios se atiende en centros privados, hecho que pudiera deberse a su alto costo, por lo que muchos quedarían sin la atención requerida. En cuanto al gasto de bolsillo, este se dedica, según las cuentas nacionales, en el 68 % a productos principalmente medicamentos, el 20 % a servicios ambulatorios y el 13 % a servicios hospitalarios.

Si de atención primaria se trata, afirma *Laurell*,¹¹ en nueve estados más del 40 % de los centros de salud solo tiene un pasante sin supervisión, porcentaje que alcanza 62 en Sonora y 69 en Guanajuato. El problema para la atención de los usuarios-pacientes es múltiple: no hay continuidad porque los pasantes se quedan como máximo un año en la comunidad, no cuentan generalmente con los medios necesarios para la atención y no tienen la experiencia clínica necesaria, particularmente cuando trabajan solos.

Es evidente, de acuerdo con *Laurell*,¹¹ que resolver los graves problemas de la atención en las instituciones públicas de salud mexicanas pasa por la comprensión del trabajo clínico y de una organización que promueva la satisfacción en el trabajo y que proporcione los medios necesarios para una práctica adecuada.

¿CÓMO ABORDAR ENTONCES LA COBERTURA EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO?

Con los ejemplos revisados se puede constatar que una cosa es hablar de cobertura universal y acceso universal y otra muy diferente es hablar de sistema universal de salud; los dos primeros conceptos aluden a mecanismos de distribución de un paquete básico de servicios, focalizados, reducidos y muy probablemente insuficientes para las necesidades en salud de la población; ninguno de los dos, cobertura o acceso, garantizan el pleno goce del derecho a la salud porque mantienen el margen

de ganancia del capital privado y de las compañías inversoras en salud, tecnología y medicamentos; las únicas áreas en las cuales la acumulación está intocada mientras que el acceso a tratamientos oportunos, diagnósticos efectivos y seguimiento a las enfermedades, espera. Solo para hacer conciencia de la popularidad del modelo ley 100 en otros países. Los gobiernos, apoyados por el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial y OPS/OMS, avanzan en la "cobertura universal" con base en el "pluralismo estructurado", como en el fallido caso colombiano. ¿Habrá algo que hacer? Porque la focalización, la ampliación de cobertura, la intermediación bajo la lógica costo-beneficio es lo que vendría si esa fuera la opción.

Hablar en cambio de sistema universal de salud como es el caso de Venezuela, Cuba, Bolivia, Ecuador, Brasil, es hablar de la garantía estatal del derecho a la salud, del control y la vigilancia por parte del Estado en el manejo y flujo de recursos y en la atención de todos los individuos, de la participación ciudadana de las personas como sujetos de derecho en el marco de la exigibilidad del derecho, del monitoreo, vigilancia y regulación. Implica además, un compromiso con la sociedad civil en general en el marco del respeto y el reconocimiento de los derechos humanos sin distinción de raza, orientación sexual, clase, etnia, credo, procedencia, residencia o generación.

¿CUÁLES SON LAS RESERVAS EN LA LLAMADA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD?

El 2 de octubre de 2013 la Directora de la OPS, *Carissa F. Etienne*, convocó a un panel de expertos para debatir acerca del camino a seguir para alcanzar la cobertura universal en Las Américas.¹² En esa ocasión, la funcionaria afirmó que la cobertura universal de la salud se alcanzará "a través de un proceso progresivo, pero también hay que ser ambiciosos. Debemos alentar a los países a ser ambiciosos en el establecimiento de los objetivos vinculados a la cobertura universal".

Etienne definió la cobertura universal en salud como el acceso para todos a servicios de salud de calidad e integrales, sin temor a empobrecer, y considerar los determinantes sociales de la salud. Indicó que debe abarcar desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos, y enfatizó que debe basarse en que el derecho a la salud es fundamental.

La Directora de la OPS señaló que esto implica garantizar una atención primaria de calidad con trabajadores de salud motivados y adecuadamente distribuidos. Subrayó que para la cobertura universal es necesaria la cobertura financiera, para lo que se deben debatir qué servicios se cubren y cuáles deberían ser prepagados. Añadió que se debe trabajar con el sector privado y sus funciones, y con los gobiernos para ver cómo regular y dirigir las distintas iniciativas.

Por su parte, la Ministra de Salud de El Salvador, *María Isabel Rodríguez*, presente en la misma reunión, relató la experiencia de su país en el proceso para alcanzar la cobertura universal: "La reforma es producto de los movimientos sociales, gremiales y académicos, de la población general y la comunidad internacional que se volcó a colaborar con nosotros en este esfuerzo. Esta no es una receta dictada desde fuera. Es un esfuerzo solidario", afirmó.

La Ministra explicó que la reforma busca garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un *sistema de salud integral*. Para ello, debió enfrentar barreras de costo, acceso geográfico y equidad. El sistema salvadoreño, indicó, se basa fuertemente en la gratuidad y en asegurar que los servicios médicos estén al alcance de las comunidades. Afirmó, además, que en la actualidad hay 517 equipos comunitarios familiares con especialistas de todo tipo para atender a núcleos

familiares en áreas rurales y urbanas. Hasta la fecha este modelo ha beneficiado al 82 % de los municipios del país con una reforma completa. Añadió que las consultas aumentaron a medida que se instauró el sistema y se logró reducir la mortalidad materna gracias a esta reforma, que permite a las madres atenderse sin pagar el parto. Nótese el énfasis de la Dra. *Rodríguez* al hablar de sistema integral de salud y No de cobertura universal. A continuación los matices:

Felicia Marie Knaul, de la Iniciativa para la Equidad Global de *Harvard*, presentó los resultados de la reunión del grupo consultivo de la OPS para avanzar en la cobertura universal en salud en Las Américas, celebrada el 12 y 13 de septiembre de 2013. Explicó que se entrevistaron a más de 30 expertos de 16 países para determinar el papel que la OPS debería tener en el proceso de fortalecer el avance de la cobertura universal.

Entre las conclusiones surgió que la OPS debe concentrarse en construir consensos y alianzas para lograr tal fortalecimiento, diseminar experiencias exitosas y establecer el marco para estos intercambios. Además, la organización debe tener un papel marginal en el tema del financiamiento, que es responsabilidad de los gobiernos, aunque sí debe mostrar los beneficios económicos derivados de hacer las correspondientes inversiones en mejorar la salud y también desarrollar la estrategia de enlace con los ministerios de finanzas. Atención en este punto, debe mostrar beneficios económicos, promover las alianzas de los ministerios de salud con los de economía y finanzas y el estímulo de la competencia entre lo público y lo privado regulado por el Estado; no abandona entonces la vocación del mercado de servicios y la regulación de oferta y demanda de servicios de salud, como se deduce de tales afirmaciones.

La experta indicó que de acuerdo a esta consulta, la OPS debe crear un grupo responsable para implementar la estrategia, además de promover la cobertura universal en América Latina y el Caribe, y crear un grupo técnico externo para que asesore al organismo en estos temas. Nótese además la dependencia del proceso del nombramiento de grupos internacionales para consulta y asesoría en el área, visión muy distinta a la de la Dra. *Rodríguez*, quien refirió un proceso colectivo, ciudadano y solidario.

Las consultas son lideradas por las autoridades nacionales de salud, a las que se alienta a invitar a representantes de otras áreas del gobierno, como finanzas, educación, ambiente, al sector legislativo y el judicial, así como también a miembros de la academia, la sociedad civil y socios para el desarrollo, incluyendo otras agencias de Naciones Unidas. La OPS ayudó a desarrollar una serie de preguntas que son utilizadas durante las consultas para evaluar, desde la perspectiva de cada país, ¿Cómo ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, que a su vez sean integrales, de calidad y que estén centrados en las personas y las comunidades? También plantean interrogantes sobre ¿cómo fortalecer la gestión de los sistemas de salud, para asegurar la participación y la rendición de cuentas, así como el monitoreo?, entre otros aspectos. Un desafío central para la cobertura universal que también se aborda en las consultas es cómo aumentar y mejorar el financiamiento de los sistemas de salud, para asegurar la equidad en el acceso y su eficiencia al dar el servicio y eliminar al mismo tiempo lo que se denomina el "gasto de bolsillo", es decir, los pagos directos para recibir atención. También se exploran mecanismos para fortalecer la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud, por ejemplo, las condiciones económicas y la exclusión social. *Etienne* subrayó: "en este debate, les motivamos a considerar no solo los problemas y los obstáculos, sino también las soluciones y los enfoques innovadores que nos permitan avanzar hacia la cobertura universal de salud".

Craig Shapiro, Director de la Oficina de las Américas, Oficina de Asuntos Globales, Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, moderó el debate y señaló su importancia "en una semana que ha sido histórica para Estados Unidos", próximo a dar un paso hacia la cobertura universal.

Laurel,¹¹ lo resume en varios de sus artículos de prensa donde señala que existe en el mundo entero un debate sobre la cobertura universal en salud y sobre el modelo institucional más exitoso para lograr el acceso oportuno a los servicios de salud necesarios y de calidad. Esta disputa no solo se da entre académicos y políticos, sino que ha sacado a millones de personas a la calle, particularmente en España, donde hay una lucha intensa por preservar el sistema público en contra de la pretensión del gobierno de derecha de restringir el derecho a la salud y privatizar los servicios. Por otro lado, el autor ejemplifica muy bien la nueva función de articulación entre el fondo de salud y la prestación de servicios —que pretende la iniciativa de cobertura universal de servicios— tarea que puede ser realizada por aseguradores privados o públicos. A ellos les tocaría implantar esta prestación organizando las redes de prestadores públicos y privados y utilizando la asociación público-privada para la construcción de infraestructura, abasto de insumos y medicamentos, o sea, es un paso definitivo en la privatización del sistema de salud; incluso el documento dice: "La universalidad habrá de contar con la valiosa participación del sector privado". Queda además claro que el Paquete de Servicios Garantizados sería restringido y se necesitaría contratar un seguro con la aseguradora articuladora para cubrir el resto de los servicios.

En abril de 2014, tuvo lugar el cuarto debate convocado por el Banco Mundial con *Jim Kim*, *Ban Ki-moon*, *Lawrence Summers*, el Honorable *Michael Bloomberg*, y *Margaret Chan*, Directora General de la OMS, sobre las metas de cobertura universal en salud en 2030.** El Banco basa la reunión en los documentos de 1993:

- El Informe sobre el desarrollo mundial, que presenta argumentos sólidos a favor de la inversión en salud, mientras que el Informe sobre la salud en el mundo 2010 señala cómo los países pueden desarrollar sus sistemas de financiamiento del sector para lograr la cobertura universal de salud.
- La recientemente creada Comisión de Inversión en Salud de la revista *The Lancet*, muestra que las mejoras en esta materia pueden representar hasta el 24 % del crecimiento económico en los países de ingreso bajo y mediano.

La comisión del Banco Mundial sugiere que con una movilización adecuada de recursos, tales países podrían elevar sus tasas de supervivencia materna e infantil para igualar a las de las naciones de ingreso mediano alto en el curso de una generación. El camino a seguir depende -dice el Banco- de las reformas destinadas a alcanzar la cobertura universal de salud en las que se priorice el acceso a servicios básicos de salud de calidad, con mecanismos de financiamiento que protejan a las personas de caer o mantenerse en la pobreza y que les permitan recibir los servicios sanitarios que necesitan.

El evento contó con el patrocinio conjunto del Grupo del Banco Mundial y la OMS, y buscará determinar las formas en que los países pueden acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y las metas posteriores a 2015 relativos a la cobertura universal de salud con el respaldo de la comunidad mundial del desarrollo.

Por su parte, el 29 de septiembre de 2014 en Washington, D. C. se inauguró la 53 reunión del Consejo Directivo de la OPS con una agenda enfocada hacia la cobertura universal de salud y otros desafíos sanitarios regionales, instalados por la directora de la OPS. En la primera sesión de trabajo, las máximas autoridades sanitarias de Las Américas instaron a los países de la región a tomar acciones colectivas para ampliar el acceso a una atención accesible y para abordar otros desafíos de la salud.

En ambos espacios se considera a la cobertura universal como una estrategia de transformación y fortalecimiento de los sistemas de salud, incluso llegan a considerarlo como sinónimo de justicia social. Pero no mencionan el papel del Estado, no mencionan ni tocan la inversión privada y el lucro obtenido por la intermediación financiera en salud, los escandalosos casos de corrupción en nuestros países y el desvío de los dineros de salud para otros intereses, el énfasis meramente curativo de costos innecesarios en pruebas diagnósticas, uso y abuso de tecnologías médicas, de ciertos medicamentos y vacunas masivamente difundidos sin información completa, ni verificación previa; tampoco mencionan el hiperdesarrollo de la medicina de alto costo con el propósito de impulsar enclaves turísticos para la exportación de servicios de salud como pudieran ser, los trasplantes, rehabilitación, cirugía de alta complejidad, reconstructiva, cosmética, estética, entre otros, dispuestas para extranjeros pero no para nacionales, como pasa en varios de nuestros países hoy.

LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS: ¿UN PUNTO APARTE EN MATERIA DE LA DISCUSIÓN SOBRE COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD?

Recientemente, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) instó a los países que la integran a poner en marcha sistemas asequibles de salud que cubran a todos sus ciudadanos. La Organización invita a sus miembros a desarrollar sistemas de salud que no obliguen a las personas a tener que pagar para recibir atención, ya que esa práctica atenta contra los derechos humanos. La reunión recibió las reservas de algunos de los presentes sobre el trabajo con proveedores informales del sector privado que puede resultar en una distracción peligrosa para cumplir con cobertura universal de salud, planteada por sistemas nacionales de salud.

La Resolución fue aprobada por consenso en la Asamblea General del 12 de diciembre de 2012, donde se convocó a los estados miembros a desarrollar sistemas nacionales de salud, que se eviten los pagos directos por servicios de salud prestados para acceder al auxilio sanitario y a poner en práctica mecanismos efectivos para poner freno al gasto catastrófico o gasto de bolsillo que condiciona la atención de salud o el auxilio sanitario al pago por servicios, situación que ahora afrontan buena parte de los ciudadanos en los diferentes países y que les conduce al empobrecimiento de las familias y de la comunidad, por lo que constituye un riesgo y un atentado contra los derechos humanos. China enfrenta una significativa reforma de salud orientada hacia la cobertura universal, muestra voluntad política de hacerlo y comprende que solo teniendo una población sana se puede activar la economía y que no se puede tener un país productivo con organismos depauperados y enfermos como la mayoría de sus nacionales. Un apoyo inusualmente amplio entre los delegados condujo a la aprobación de esta resolución, apoyada tanto por países del norte como del sur, incluidos los Estados Unidos, el Reino Unido, Sudáfrica y Tailandia, entre varios otros del concierto internacional. *Lanza*,¹³ muestra el siguiente panorama que sirvió al debate en la ONU:

Según la Fundación Rockefeller, 150 millones de personas en el mundo enfrentan los altos costos de la atención médica, que empujan aproximadamente a 25 millones de hogares a sumirse en la pobreza cada año. La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, estima que un tercio de la población mundial no tiene acceso a

los medicamentos esenciales más básicos, como parte de la atención a la salud, mientras que en las regiones más pobres de África y Asia esta cifra se eleva a la mitad. La OMS estima que en África y el sudeste asiático, el diagnóstico precoz y el tratamiento con medicamentos adecuados, cruciales componentes de la atención en salud, podrían salvar aproximadamente 4 millones de vidas al año. A menudo, los más pobres son los que pagan los precios más altos por los medicamentos debido a que el sector público en los países en desarrollo es incapaz de proporcionar medicamentos asequibles y fiables para la atención sanitaria. La disponibilidad de medicamentos esenciales resulta un indicador primario de la eficiencia y eficacia de la asistencia sanitaria.

Informes de la OMS indican que 8,7 millones de personas enferman de tuberculosis (TB), incluyendo 1,1 millones de casos entre las personas con VIH. El número estimado de personas que enferman de tuberculosis cada año disminuye muy lentamente (2,2 % por año entre 2010 y 2011). En 2011 murieron de tuberculosis 1,4 millones de personas incluyendo 430 000 que eran VIH-positivos. Muchas de ellas enferman y mueren en silencio, ignoradas y sin recibir atención ni auxilios sanitarios.

Más de 3 mil millones (3 billones) de personas en el mundo tienen que procurarse los medios para pagar y recibir atención de salud y auxilio sanitario, lo que obliga a muchos —especialmente a las mujeres y a los niños— a la disyuntiva de elegir entre la sanidad, el alimento para la sobrevivencia de sus familias o la educación.

Equidad y cobertura universal no son la misma cosa para la ONU. *Lanza*,¹³ explica de manera sucinta el por qué:

Sin salud no hay desarrollo humano. La cobertura universal de salud no asegura por sí misma equidad. Los tres elementos de la cobertura en salud son: a) la población, b) los servicios y c) los gastos o inversión en salud. Hay que evaluar, por lo tanto, la proporción y el porcentaje de cada uno de estos componentes en cada país desde la perspectiva de equidad y examinar los planteamientos en el marco de los Derechos Humanos y la Salud Global, cuyos indicadores señalan que en las últimas dos décadas, 19 millones de muertes anuales eran y son perfectamente evitables y una de cada tres muertes es ahora evitable. Hasta hoy ningún país cubre el 100 % de su población con el 100 % de servicios que dependan de la voluntad política imperante.

Desde la perspectiva de los Derechos Humanos, no basta proponer una cobertura universal si no está acompañada de un fuerte enfoque de equidad y sostenibilidad con el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, la atención primaria integral de Salud y un diálogo más sincero en cuanto a las actuales políticas de salud, para alcanzar una atención de salud de calidad y la eliminación de pagos por servicios básicos.

En general, los dos modelos de reformas que se vienen proponiendo para alcanzar la cobertura universal de salud son un Sistema Público Universal de Salud basado en el Estado Social y redistributivo del aseguramiento universal de inspiración neoclásico-neoliberal, que reduce a la población usuaria y pacientes a la escala de clientes y a los trabajadores y profesionales de salud a la categoría de “proveedores con fines de lucro” buscando hacer de la medicina ya no un derecho y un bien social, sino una mercancía.

Pero el apoyo para construir una asistencia sanitaria universal de salud es una cosa, mientras que su financiación es otra. No hay una fórmula mágica, ni única, menos una prescripción para lograrlo y cada país debe examinar y encontrar sus propias soluciones de acuerdo a su contexto y a la complejidad de su situación, como afirma

Lee Boom Beng, delegado de Singapur ante la ONU. El debate sobre la atención universal de salud incluye necesariamente su financiamiento y considerar alternativas como son la aplicación o no, de contribuciones o cuotas por parte de los usuarios del sistema de salud, o la implementación de sistemas de aseguramiento o bien la cobertura financiada con el pago de impuestos de los ciudadanos.

El problema con las tarifas al usuario y los esquemas de aseguramiento es que los más pobres, marginados y vulnerables no pueden pagar estos costos. No importa cuán bajas resulten las primas de seguro que se fijan, generalmente siempre estarán fuera del alcance de los más pobres y contribuyen a aumentar la iniquidad y muy poco en términos de financiación. Cuando gran parte de la población trabaja en el sector informal (vendedores ambulantes, artesanos, agricultores rurales, obreros de la construcción, transportistas, etcétera), su imposibilidad de pagar por un seguro, dificulta usualmente la captación de primas de este sector.

Sin duda compartimos la posición de la ONU frente a este debate, es tarea y obligación de los estados y de los gobiernos asumir la prestación de los servicios de salud y asegurar a toda la población la atención necesaria, es una obligación ética y moral. Entendemos como Red que asumir tal postura significa corresponsabilizarnos como ciudadanas y ciudadanos en materia de prestación de los servicios, vigilancia, seguimiento y monitoreo de los mismos.

Hecha esta reflexión será importante analizar los tres ejes temáticos que la Red examina de cara a la prestación de servicios de salud que se desarrolla actualmente en la Región Latinoamericana y del Caribe, a) derechos sexuales y derechos reproductivos plenos, implicaciones de sus alcances y logros desde las redes y desde la región, b) materialización de la agenda regional y continental frente a la prevención y detección de la violencia de género en todas sus formas, y c) regresión en materia de derechos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva de la población en los gobiernos latinoamericanos

DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS PLENOS, IMPLICACIONES DE SUS ALCANCES Y LOGROS DESDE LAS REDES Y DESDE LA REGIÓN

El 10 de marzo de 2014, la OEA por primera vez mediante un comunicado de prensa hace un llamado a los Estados miembros a despenalizar el aborto, especialmente en casos de violencia sexual e incesto o si la salud o vida de la mujer están en peligro y en los casos en que haya una inviabilidad del feto. Reconoce que las restricciones en el acceso a la interrupción del embarazo no deseado conectan con diferentes formas de violencia contra las mujeres.

El derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva, así como el acceso gratuito a servicios médicos para las víctimas de violencia sexual, deben garantizarse en todos los países, insiste la OEA; *Nancy Northup*, Presidenta y Directora Ejecutiva del Centro de Derechos Reproductivos manifestó:

La negación del acceso al aborto en condiciones seguras y legales para las mujeres que necesitan interrumpir su embarazo constituye un acto de violencia. Por lo tanto, resulta una medida bastante progresista el hecho de que un órgano parte de la Organización de los Estados Americanos haga este reconocimiento.

La OEA reconoce que el aborto no es un delito y que los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres deben ser respetados y protegidos.¹⁴ La Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos, aprobada por la OEA, reconoce específicamente que "la violencia contra las mujeres es una forma de discriminación que inhibe gravemente la capacidad de la mujer de gozar de sus derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre".

Responsabilizar a los Estados ante organismos de derechos humanos para que cumplan con sus obligaciones internacionales de garantizar y proteger el acceso legal y seguro a los servicios de salud reproductiva, constituye un asunto de derechos humanos en Las Américas.

La discriminación de género y los estereotipos culturales son obstáculos que impiden el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas, incluyendo el acceso a cuidados médicos y recursos legales cuando son sometidas a distintas formas de violencia sexual.

De acuerdo con un nuevo informe del Centro de Derechos Reproductivos de la OEA, 35 países han cambiado sus leyes para expandir el acceso a servicios de aborto seguro y legal en los últimos 20 años. Una tendencia que ha marcado un amplio progreso para mejorar las vidas y los derechos de las mujeres y que ha generado una reducción significativa en la mortalidad materna debido a los abortos inseguros.

El informe fue publicado en conjunto con el nuevo mapa del Centro de las Leyes sobre Aborto en el Mundo, una de las herramientas más comprensivas sobre la situación legal del aborto.

La Red, así como en su momento ha criticado a la OPS/OMS por su invisibilidad en el proceso de reformas de América Latina donde perdió liderazgo y cedió terreno a las directrices del Banco Mundial, del Fondo Monetario Internacional, del Banco Interamericano de Desarrollo, así mismo es capaz de reconocer esfuerzos de las agencias internacionales como es el caso de la OEA que aquí citamos y sumarnos a sus llamados como nos sumamos al llamado de la Oficina del Secretario General de las Naciones Unidas con la campaña "Únete contra la Violencia", de la cual la Red de ALAMES es copartícipe y aliada estratégica en la región.

MATERIALIZACIÓN DE LA AGENDA REGIONAL Y CONTINENTAL FRENTE A LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN TODAS SUS FORMAS

La violencia contra las mujeres no es propia de esta época, tiene antecedentes históricos y en la actualidad se considera un grave problema social y de salud a nivel mundial. En las últimas décadas la violencia contra las mujeres ha tenido amplio reconocimiento social y ha llegado a ser considerada, según las palabras de *Margaret Chan*: "como un problema de salud mundial de proporciones epidémicas".

El mensaje social que está detrás de todo acto de violencia contra las mujeres es la desvalorización y desprecio a sus vidas, la invalidación como personas íntegras y autónomas. Su objetivo es el control y el sometimiento. Por eso, para erradicarla, no solo debemos atender a las consecuencias de esta violencia, sino también a todo aquello que la promueve. El sustento de la violencia contra las mujeres es lo más

difícil de eliminar pues son prácticas enraizadas en la cultura y, por lo tanto, se encuentran naturalizadas. A esto se refirió el Secretario General de Naciones Unidas *Ban Ki-moon* cuando dijo: "debemos cuestionar en lo fundamental la cultura de discriminación que permite que la violencia continúe".

El feminicidio, el resultado más brutal de la violencia contra las mujeres, se extiende por todo el mundo y fuertemente en nuestra región. Solo en el 2011 habían sido asesinadas 2 645 mujeres por razones de género en 17 países de América Latina y El Caribe,¹⁵ ubicando a la región como la que ostenta las más altas tasas de feminicidio en el mundo. Esto, sin considerar situaciones históricas y políticas de guerra o dictadura, donde el asesinato y tortura de mujeres, en particular la violencia sexual, han sido estrategias de guerra y de represión específicas para someter a la población.

Sin embargo, hay muchas otras manifestaciones de esta violencia que la convierten en un problema de salud pública con graves consecuencias para la salud física de las mujeres, entre ellas, lesiones físicas, discapacidad y dolores crónicos. La violencia agrava la carga de mala salud mental entre las féminas tanto a nivel mundial como dentro de la región y perjudica enormemente su productividad económica, además de tener efectos perjudiciales en el reconocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

El efecto de la violencia en las vidas de las mujeres puede resultar tan demoledor como motivar el suicidio. A nivel mundial las tasas de suicidios han aumentado en el 60 % durante los últimos 50 años, y este aumento es más acentuado en los países en vías de desarrollo. Hoy, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los y las jóvenes del mundo, y si bien las tasas son 2,6 veces más altas en hombres que en mujeres, es hoy la causa de muerte más común entre las adolescentes mujeres entre 15-19 años. Por su parte, la depresión es la primera causa de carga de morbilidad en las mujeres de 15 años y más, en todo el mundo.

La violencia de género, por su intención de controlar y dominar a las mujeres, afecta con mayor fuerza a aquellas que conviven con otras condiciones que generan discriminación e iniquidad, es así como las mujeres que viven en situación de pobreza, las indígenas, inmigrantes, discapacitadas, las privadas de libertad, entre otras, tienen menos recursos y posibilidades de enfrentar y superar la violencia.

Frente a este complejo panorama, el desafío de quienes trabajamos por la salud, es superar el enfoque individual y psicológico con que se aborda comúnmente la violencia contra las mujeres, perdiendo de vista que este tipo de violencia es estructural y que para comprenderla se debe pasar del análisis de lo privado a lo público, a lo social y a lo político. De ello se desprende que la forma de abordarla debe ser integral, en varios sentidos, en el sentido de la construcción de una verdadera intersectorialidad para abarcar los distintos ámbitos de la vida social responsables de reproducir —y por lo tanto de erradicar— este tipo de violencia en el sentido de ir más allá de la atención de salud ante hechos consumados, con énfasis en la promoción de cambios en las pautas culturales y sociales que sustentan la violencia y en el sentido de la continuidad que la violencia tiene a lo largo del curso de vida de las mujeres.

Por su parte, quienes toman decisiones y son responsables por políticas y programas "deben abordar las normas y actitudes que en la región respaldan las iniquidades de género o consideran la violencia contra la mujer como asunto *privado*". Esas normas siguen generalizadas en muchas partes de la región y pueden desanimar a las mujeres a solicitar ayuda o desalentar a los miembros de la familia y de la comunidad para ayudar a las mujeres que sufren malos tratos o abuso. Cambiar estas normas y

actitudes puede contribuir a la prevención y a la respuesta frente a la violencia contra las mujeres, así como a promover más ampliamente la igualdad de género.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), entró en vigor en 1995, define la violencia contra las mujeres en términos amplios y establece las obligaciones de los Estados para prevenir, investigar y castigar las violaciones contra la integridad física, sexual y psicológica de las mujeres, al igual que otros derechos relacionados con la finalidad de eliminar la violencia contra ellas. La Declaración resulta una amplia herramienta para promover la incidencia y el litigio de casos en cada país.

El Centro de Derechos Reproductivos de la OEA ha declarado en contra de la violencia derivada de los abusos a los derechos sexuales y reproductivos. En Septiembre de 2014, el Centro testificó junto con diversos activistas y defensoras y defensores de la salud reproductiva y los derechos reproductivos ante el Comité durante el proceso de revisión de la Declaración. A su vez, a principios de este año, el Centro realizó una audiencia pública ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), sobre los asuntos relacionados con temas de violencia, discriminación y violaciones a los derechos reproductivos en la República Dominicana.

La denuncia y las acciones conjuntas en la agenda mundial feminista hermana esfuerzos y alza la voz a todos los gobiernos y países a actuar decididamente frente a cada uno de los puntos de la agenda mundial con la cual tienen todavía numerosas deudas.

REGRESIVIDAD EN MATERIA DE DERECHOS EN LOS GOBIERNOS LATINOAMERICANOS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN

La centralidad de la identidad de las mujeres y de su valoración social en la maternidad se convierte en una carga cada vez más perjudicial para su salud. Ello se refleja en la región latinoamericana y caribeña, donde el Grupo de Trabajo de Alto Nivel para el cumplimiento del Programa de Acción de El Cairo 2013, encuentra que el 20 % de las niñas y niños nacidos en la región son hijos de madres adolescentes, hasta el 40 % de las mujeres jóvenes declara que su primera experiencia sexual fue forzada, casi el 60 % de los embarazos no son planeados, se practican 4,2 millones de abortos inseguros que provocan 1 000 muertes y un millón de hospitalizaciones; los abortos inseguros son la causa del 12 % de las muertes maternas en la región. A esto debemos agregar las difíciles condiciones en que muchas mujeres viven su maternidad, desde la violencia obstétrica que tiene lugar en los establecimientos de salud tanto públicos como privados hasta el empobrecimiento que provoca la falta de oportunidades.

La imposición de una sola forma de vivir la sexualidad, donde el modelo es la heterosexualidad, hacen que las lesbianas sean más vulnerables a la violencia, dada su doble condición de mujer con una opción sexual distinta a la socialmente considerada "norma". Cuando revelan su opción, muchas veces son obligadas por sus familias o por hombres en general a tener relaciones sexuales, como forma de castigo. Desde el ámbito de la salud no existe un reconocimiento explícito de las necesidades particulares de este grupo social.

La Red de ALAMES, se pronuncia frente al impacto regresivo en todos los indicadores de equidad de género y salud en la región debido a ultraderechización y conservadurización de buena parte de los gobiernos de América Latina que han insistido en ignorar los compromisos adquiridos por los países en las convenciones y reuniones internacionales en la materia. A pesar de los avances de algunos gobiernos progresistas en las agendas de equidad de género y salud, queda mucho por hacer al respecto en la región.

Estamos seguras que la iniquidad de género, los daños a la salud de las mujeres y las diversas formas de violencia que nos afectan, forman parte de cualquier modelo de producción o de desarrollo, toda vez que estos se sostienen sobre relaciones de poder y subordinación que se agravan en el marco del capitalismo global y colocan en alta vulnerabilidad a las mujeres, a las niñas y a las sexualidades no hegemónicas. Como decía *Rosa Luxemburgo*, "el capitalismo se aprovecha de todas las desigualdades sociales". Es nuestro deseo que el socialismo del siglo XXI no haga lo mismo que *Rosa* nos advertía oportunamente sobre el capitalismo.

En Latinoamérica es muy difícil encontrar trabajos de investigación que incluyan mujeres. Desde 1993, por una directiva que de la Agencia Nacional de Estados Unidos para la Investigación en Salud (NIH) consiguió la Dra. *Bernardine Healy* cuando fue su directora, al menos en Estados Unidos se acordó que no se concederían subvenciones con dinero público que no incluyeran mujeres en los trabajos de investigación. Hace falta que en nuestros países esa determinación sea tomada en cuenta, especialmente en investigación relacionada con medicamentos, cuyos efectos ampliamente demostrados son claramente diferenciados en hombres y en mujeres.

Transparentar el uso de los fondos públicos destinados a la salud y la equidad de género para alcanzar estos objetivos es parte de la tarea pendiente. Hace falta voluntad política de los gobiernos de la región —apelamos fundamentalmente a los gobiernos de izquierda— que se vea reflejada en la asignación de presupuesto en el área de salud sexual y salud reproductiva, para lograr el ejercicio de los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la equidad de género así como la capacidad de la sociedad civil para hacer vigilancia ciudadana y auditoría de gestión para las garantías plenas y el goce efectivo de todos los derechos.

Vemos con preocupación el aumento y recrudecimiento de todas las formas de violencia hacia las mujeres y las niñas, la impunidad y la naturalización de los hechos, la insensibilidad de los gobiernos, los sistemas de salud y los sistemas de impartición de justicia, cada vez más desarticulados de los sistemas sanitarios, lo que ha derivado en el subregistro y en el agravamiento de los daños generados a la población.

La mortalidad materna, el aborto inseguro, la homofobia y los crímenes de odio, representan formas de violencia feminicida; la desnutrición y el embarazo adolescente agravan de forma contundente la situación de salud de las mujeres y las niñas en nuestra región, muy especialmente las excluidas del acceso a los servicios de salud y el acceso a la educación como son las mujeres indígenas, afrodescendientes, desplazadas y víctimas de la violencia paraestatal.

La perspectiva sociosanitaria con representación género sensible en los procesos de enfermar y de morir por causas evitables, demanda que en ALAMES y en la Red nos pronunciemos en torno a la exigibilidad de las garantías completas frente a la despenalización del aborto, la anticoncepción de emergencia y la educación sexual de hombres y mujeres en su diversidad y complejidad aún pendiente, con mayor énfasis en la población excluida de las garantías y el goce efectivo de derechos por parte de los estados sociales de derecho y los gobiernos actualmente en ejercicio. Tomamos como ejemplo el coraje de las compañeras y compañeros alameños del Uruguay en el

logro de la Ley de despenalización del aborto recientemente aprobada, coraje que esperamos sirva de ruta para todos y cada uno de los equipos de ALAMES en los países de la región para persistir en esta causa.

ALAMES debe asumir la incorporación del estudio de la determinación social de la salud y la enfermedad desde la perspectiva género sensible y la diversidad sexual. Es absolutamente necesario para América Latina, garantizar la autonomía de los cuerpos de hombres y mujeres para la salud, para la sexualidad y para la vida, con la participación para ello de los estados laicos y funcionarios garantes de derechos que materializan los compromisos firmados por nuestros países en las convenciones y acuerdos Internacionales del Cairo, Belén do Pará, CEDAW, Beijing, entre otros.

La Red, desde el ámbito académico y político debe articularse a la sociedad civil y a los movimientos sociales para hacer abogacía y *lobby* en los espacios intergubernamentales alrededor de los puntos de la agenda de El Cairo + 20, la campaña "ÚNETE" del Secretario General de Naciones Unidas para poner fin a la violencia contra las mujeres y el pronunciamiento de nuestros países en la discusión sobre el estatus de las mujeres que emite la ONU cada año.

Todavía identificamos insuficiencia en la incorporación consciente y legítima de la perspectiva de género en todos los ejes de trabajo y en la agenda política de ALAMES. Hemos llamado, llamamos y seguiremos insistiendo en ello. En mayo de 2014 lo hicimos al hacer un llamado a la región frente a los obstáculos y dificultades con los equipos de salud que garantizan el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo no deseado, como pasó en el Salto, Uruguay, pese a la Ley 18.807 emitida y reglamentada a nivel nacional.

El personal de la salud, frente a la decisión tomada por las mujeres (en general de sectores populares), tiene actitudes que entorpecen, lentifican y obstaculizan la atención a las mismas. Estas actitudes o alternativas dadas al (la) profesional, explicitadas en el Manual de Procedimiento, no están debidamente controladas, lo que propicia que su adhesión indiscriminada encubra el establecimiento de relaciones de poder en un escenario de salud que debería cuidar a los y las más desprotegidos (as). La ley mencionada prevé opciones que no violentan la decisión personal de los más vulnerables y no los dejan sin cobertura, pero en los hechos, esta situación termina implicando la inasistencia de las usuarias de salud, bajo el amparo de la llamada "objeción de conciencia", que provoca postergaciones, traslados que generan gastos en el núcleo familiar, demoras, desgastes, entre otros, a quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad. Convocamos a ajustar la implementación a cabalidad de este reglamento y controlar su aplicación salvaguardando la instalación de relaciones equitativas entre los diferentes actores de la salud.

El modelo de atención concentrado en un equipo de referencia no permite *transversalizar* la atención en salud sexual y en salud reproductiva en todo el sistema de salud. Involucrar y valorar a todos los profesionales de todos los niveles de atención con respuestas adecuadas a los requerimientos de las personas de todas las edades y condiciones, aseguraría el acceso universal y la integralidad de los servicios y el necesario control del ministerio de salud para actuar en tiempo y forma ante las irregularidades o acciones corporativas que obstaculizan el acceso, particularmente a las mujeres que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad.

La tarea pendiente en la formación y sensibilización en el pregrado y el posgrado de las áreas relacionadas con salud y ciencias sociales en perspectiva género- sensible y sociosanitaria es y será un permanente reto a ser remontado por parte de la Red.

A MANERA DE CONCLUSIONES

La Red de ALAMES diferencia claramente entre cobertura universal de salud, acceso universal de salud y sistema universal de salud; entiende que los efectos de las reformas privatizadoras de la salud que tuvieron lugar en la región latinoamericana y del caribe en los últimos 20 años, está pasando su factura de cobro al orientarse a la enfermedad, al capitalizar el dinero de la salud para lucro y enriquecimiento personal de unos cuantos, para promover la corrupción y el deterioro de la red de servicios de salud y el énfasis de la salud en sus aspectos administrativos, financieros y gerenciales, que terminaron en la mercantilización de los servicios de salud constituidos como derechos o bienes adquiridos en el mercado según capacidad de pago.

La experiencia mostró que solamente los sistemas universales de salud responden al reto de garantizar atención a la población, reducir desigualdades y atender con la mejor disposición a toda la población por el simple hecho de ser ciudadanos titulares de derecho. Venezuela, Brasil, Bolivia, Ecuador, Cuba, recientemente Salvador, pueden mostrar balances satisfactorios en sus indicadores de salud y la reducción de la pobreza por la vía de la atención universal y gratuita para toda la población.

Respaldamos los planteamientos de la ONU frente a la urgencia de volver a sistemas universales de salud y ponemos el acento en la necesidad de insistir, persistir y exigir la adopción de la agenda feminista en materia de salud de las mujeres, la atención a los retos planteados en materia de goce efectivo de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, de la despenalización total del aborto en toda la Región, de la atención y prevención de todo tipo de violencias contra las mujeres, de la incorporación de los varones al ámbito de la salud como sujetos demandantes de sus servicios, de la insistencia en la formación y la investigación desde las *epidemiologías de las desigualdades* que visibilicen nuestras múltiples vulneraciones como hombres, como mujeres y como sujetos de derecho frente al sistema.

Queremos la salud plena para el mejor estar y el buen vivir, nos disponemos a la formación en salud en pre- y posgrado, a la investigación género sensible y sociosanitaria con enfoque diferencial e interseccional y a la incidencia en la política pública con enfoque de género mediante alianzas estratégicas entre los movimientos sociales, las organizaciones de mujeres, las agencias internacionales y regionales y por supuesto las redes hermanas.

Por un Sistema Universal de Salud género sensible y sociosanitario para toda América Latina y El Caribe.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Whitehead M. Conceptos y principios de igualdad y salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.
2. Sojo A. Condiciones para el acceso universal a la salud en América Latina: derechos sociales, protección social y restricciones financieras y políticas. Rev Ciencia Salud Colectiva. 2011 [citado 13 Oct 2014]; 16(6): 673-85. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/02.pdf>
3. Acosta OL. La judicialización del derecho a la salud en Colombia. In: Comisión Económica para América Latina (CEPAL); Instituto Centroamericano de Estudios

Fiscales (ICEFI); Analytical Spectral Devices, Inc. (ASDI); Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), editores. Panel IV: Perspectivas de los Sistemas de Salud en Seminario Internacional Repensar lo Social en Tiempos de Crisis; 2009 mayo 28-29. Antigua, Guatemala: CEPAL; 2009 [citado 10 Feb 2011]; Disponible en: <http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/2/36122/OlgaLuciaAcosta.pdf>

4. Giedion U, Panopoulou G, Gómez-Fraga S. Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México. Serie Financiamiento del desarrollo, No. 219. Santiago: CEPAL; 2009.

5. Echeverry-López M. (2011). Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia. Rev Gerencia Políticas Salud. 2011 [citado 13 Oct 2014]; 10(20):97-109. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n20/v10n20a07.pdf>

6. Ramírez Moreno J. Citado por Sojo 2011; 2681. La emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana. Rev Gerencia Políticas Salud. 2010;9(Supl.18): 124-43.

7. Giraldo JC. La reforma a la salud es necesaria para tener mejor cobertura en el sistema [entrevista]. Bogotá: COLPRENSA; 8 de Agosto de 2014; Secc. Salud. [citado 16 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.co/salud/la-reforma-la-salud-es-necesaria-para-tener-mejor-cobertura-en-el-sistema-167160>

8. Estos son los retos de la salud en Colombia. 16 de Junio de 2014 [citado 14 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/265058-estos-son-los-retos-de-la-salud-en-colombia>

9. Rivera Urrutia E. Política y equidad en el bicentenario: el caso de la política social bajo la Administración de Sebastián Piñera. En: Rivera Urrutia E, editor. BPE una nueva forma de gobernar: la instalación. Santiago: Fundación Equitas y Fundación Friedrich Ebert; 2010. p. 60-79.

10. Fuentes M. México social: el necesario sistema universal de salud México, 15 Jul 2014 [citado 16 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/07/15/970926#imagen-3>

11. Laurell AC. Cobertura sin atención. 8 jul 2014 [citado 14 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2014/07/08/opinion/a13a1cie>

12. Organización Panamericana de la Salud. Panel de expertos: camino para alcanzar la cobertura universal en las Américas . Washington, D. C.: PAHO/WHO. 2 Oct 2013 [citado 15 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.52cd.wordpress.com/2013/10/02/panel-de-expertos-debate-camino-para-alcanzar-la-cobertura-universal-en-las-americas/>

13. De Oscar Lanza V. ONU: Hacia una Cobertura Universal de la Salud. 2012 [citado 16 Oct 2014]. Disponible en: <http://www.saludyderechos.org.ar/2012/12/la-onu-aprueba-trascendental-resolucion.html>

14. Organización de los Estados Americanos. Conecta las restricciones del acceso al aborto con la violencia contra las mujeres. Comunicado de Prensa. Marzo 10 de 2014. Distrito de Columbia, Estados Unidos: OEA, Oficial Internacional de Prensa, Centro de Derechos Reproductivos; 2014.

15. UNETE. Latinoamérica y El Caribe. 2012 [citado 16 Oct 2014]. Disponible en: http://www.unetelatinoamerica.org/2012/11/cifras-de-femicidiosfeminicidios_9893.html

Recibido: 24 de octubre de 2014.

Aprobado: 18 de enero de 2015.

Sara Yaneth Fernández Moreno. Académica y Activista. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Profesora Asociada, Coordinadora del Grupo de Investigación en Género, Subjetividad y Sociedad INER UdeA. Ex coordinadora de la Red de Género y Salud de ALAMES.

Dirección electrónica: spartacolombia@yahoo.com.mx

* Ponencia. Jornadas Escuela Nacional de Salud Pública. 20-24 de octubre de 2014. La Habana, Cuba.

** El secretario general de la ONU participó en el debate junto a *Jim Yong Kim*, Presidente del Grupo del Banco Mundial; *Lawrence H. Summers*, Presidente Emérito de la Universidad de Harvard; *Ngozi Okonjo-Iweala*, Ministra de Hacienda de Nigeria, y *Michael Bloomberg*, exalcalde de Nueva York y actual enviado especial de las Naciones Unidas para las Ciudades y el Cambio Climático.