LAS REFORMAS EN EL SECTOR SALUD EN LA ARGENTINA Y CHILE

Oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva

LAS REFORMAS EN EL SECTOR SALUD EN LA ARGENTINA Y CHILE

Oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva

MÓNICA GOGNA
(Coordinadora)

Unidad Ejecutora
CEDES, Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Argentina
Raúl Mercer
Valeria Alonso
Fabián Portnoy
Nina Zamberlin
Ana Rita Díaz-Muñoz
Daniel Maceira
Mónica Gogna

Chile
Marcela Ferrer Lues
Claudia Gutiérrez Villegas
Antonieta Surawski
Lorenzo Agar Corbinos

CEDES
Centro de Estudios de Estado y Sociedad

BID
Banco Interamericano de Desarrollo

@ CEDES/Banco Interamericano de Desarrollo

ISBN: 987-21844-0-2

Gogna, Mónica
Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile : oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva. – 1° ed. – Buenos Aires : Cedes, 2004.
304 p. ; 23x16 cm.

ISBN 987-21844-0-2

1. Sistemas de Salud-Reformas. 2. Salud Sexual y Reproductiva. I. Título
CDD 362.1

Nota: Este documento representa los puntos de vista de los autores. Las opiniones que se vierten en el documento no reflejan la postura oficial del Banco Interamericano de Desarrollo ni de ninguno de sus funcionarios.

Agradecimientos: El proyecto que generó esta publicación se financió con fondos del Banco Interamericano de Desarrollo (ATN/SF - 7531 - RG). También expresamos nuestro reconocimiento a la Organización Panamericana de la Salud (Oficina de Chile) por su colaboración en la distribución del libro en Chile.

CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)
Sánchez de Bustamante 27
(C1173AAA) Buenos Aires - Argentina
Tel./Fax: (54-11) 4865-1707/1712
E-mail: salud@cedes.org
Web site: http://www.cedes.org

ÍNDICE

Presentación 13
Introducción 17

ARGENTINA

1. Contexto de la salud sexual y reproductiva en la Argentina 25
1.1. Diagnóstico de la situación de la salud sexual y reproductiva 28
Fecundidad 29
Mortalidad materna 30
Aborto inducido 31
VIH/SIDA 33
Cáncer cervicouterino y cáncer de mama 34
Violencia familiar 35

2. El sistema de salud en la Argentina 37
2.1. La organización sectorial 37
2.2. Descentralización y equidad en salud 41

3. La experiencia argentina en la reforma del sector salud y salud reproductiva 53
3.1. Orientaciones y medidas de reforma sectorial 53
3.1.1. Reformas en el rol del Estado 54

3.1.2. Las reformas en la seguridad social ... 57
3.1.3. Rasgos destacados de la reforma ... 61
3.2. Reforma y estrategias en salud reproductiva ... 62
3.3. Acceso a servicios de atención ... 65
Atención del embarazo y del parto ... 66
Anticoncepción ... 67

4. La experiencia provincial. Los casos de Mendoza y Chaco ... 71
4.1. La provincia de Mendoza ... 73
4.1.1. El contexto de la salud sexual y reproductiva ... 73
Diagnóstico de situación ... 74
4.1.2. Reforma y salud sexual y reproductiva en la provincia de Mendoza ... 75
4.1.3. Acceso a servicios de atención ... 80
4.2. La provincia del Chaco ... 82
4.2.1. El contexto de la salud sexual y reproductiva ... 82
Diagnóstico de situación ... 83
4.2.2. Reforma y salud sexual y reproductiva en la provincia del Chaco ... 84
4.2.3. Acceso a servicios de atención ... 90
4.3. Impacto de la reforma en los servicios de salud sexual y reproductiva. La visión de los prestadores ... 93
4.3.1. Percepción de los impactos en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva ... 94

5. Nuevos desafíos en salud reproductiva y reforma en la Argentina: las potencialidades de un diálogo nacional ... 99
5.1. Las lecciones aprendidas del caso argentino ... 99
5.2. Desafíos para la integración de la agenda de la salud reproductiva en los procesos de reforma del sector salud argentino ... 102

6. El diálogo nacional. Aportes y recomendaciones ... 105
6.1. Impacto de los procesos de reforma ... 107
6.1.1. Institucionalización de la salud reproductiva y extensión de la cobertura ... 109
6.1.2. Información ... 112
6.2. Recomendaciones ... 113

6.2.1. Cobertura y equidad ... 114
6.2.2. Financiamiento ... 115
6.2.3. Legislación ... 116
6.2.4. Coordinación interjurisdiccional e intersectorial ... 117

Bibliografía ... 119

ANEXO ARGENTINA

Anexo I. Informantes clave entrevistados ... 127
Anexo II. Argentina: pautas taller diálogo ... 129
Anexo III. Argentina: listado de asistentes al Diálogo Nacional-Argentina ... 132
Anexo IV. Argentina: datos estadísticos ... 137

CHILE

1. Contexto de la salud sexual y reproductiva en Chile ... 163
1.1. Diagnóstico de la situación de la salud sexual y reproductiva ... 166
Fecundidad ... 166
Anticoncepción ... 167
Mortalidad materna y aborto ... 168
Cáncer cervicouterino y cáncer de mama ... 169
Cáncer de próstata ... 169
Enfermedades de transmisión sexual ... 170
VIH/SIDA ... 170
Violencia familiar ... 171
1.1.1. Diferenciales sociales en salud sexual y reproductiva ... 172
1.2. La salud sexual y reproductiva en el derecho chileno ... 174
Delitos contra la libertad sexual ... 175
Aborto ... 177
Planificación familiar ... 179
Educación sexual y embarazo adolescente ... 179
VIH/SIDA ... 179
Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos ... 181

2. El sistema de salud en Chile 185
2.1. La organización sectorial 187
2.1.1. El sistema público de salud 190
2.2. Financiamiento de los servicios de salud 192
2.2.1. Financiamiento de los servicios en el sistema público de salud 197
2.2.2. Financiamiento de los servicios de la salud sexual y reproductiva 201

3. La experiencia chilena en la reforma del sector salud y salud reproductiva 205
3.1. Descentralización, privatización y recuperación del sector público 205
3.2. La actual propuesta de reforma 208
3.2.1. Eventuales modificaciones en el financiamiento de la salud sexual y reproductiva con la reforma propuesta 212

4. Consideraciones básicas para incorporar la salud sexual y reproductiva en la agenda de la reforma sectorial 215
4.1. Promoción, reconocimiento e institucionalización del enfoque de salud sexual y reproductiva como derecho humano 217
4.2. Fortalecimiento de acciones sectoriales y multisectoriales en la salud sexual y reproductiva que incorporen la participación ciudadana 218
4.3. Gestión eficiente y eficaz a nivel local con un reconocimiento explícito del rol del sistema doméstico de cuidado y atención de la salud 220
4.4. Fortalecimiento y coordinación del marco institucional y normativo 221
4.5. Recursos humanos y sistemas de información y monitoreo desde el Estado 221
Recursos humanos 221
Sistemas de información y monitoreo 222

5. Diálogo nacional: aportes y recomendaciones 225
5.1. La salud sexual y reproductiva en la reforma del sector salud 226

5.1.1. Panorama regional 227
5.1.2. La Argentina y Chile 228
Argentina 228
Chile 229
5.2. Género, derechos sexuales y reproductivos, y reforma del sector salud 230
5.2.1. Situación político institucional de los derechos sexuales y reproductivos en Chile en el marco de la reforma 231
5.2.2. Género y derechos sexuales y reproductivos 232
5.3. Atención de la salud sexual y reproductiva: experiencias y desafíos 233
5.3.1. Programas en salud sexual y reproductiva 234
5.3.2. Calidad de la atención de salud sexual y reproductiva 235
5.4. Consideraciones básicas para la integración de la salud sexual y reproductiva en la reforma sanitaria 237
Ética y subjetividades 238
Cultura y género 238
5.5. Conclusiones y recomendaciones de las mesas de trabajo 239
5.5.1. Derechos sexuales y reproductivos, y participación ciudadana en salud 240
Desde la institucionalidad 242
Desde la sociedad civil 242
5.5.2. Marco político institucional en salud sexual y reproductiva 245
5.5.3. Programas y acciones en salud sexual y reproductiva, y los recursos que involucra 248
5.5.4. Seguimiento y monitoreo de la reforma 252

Bibliografía 255

ANEXO CHILE

Anexo I. Chile: pautas taller diálogo 265
Anexo II. Chile: listado de asistentes al Diálogo Nacional-Chile 267

Anexo III. Chile: datos estadísticos 278

Reflexiones finales 291

Acerca de los autores 299

PRESENTACIÓN*

Los estudios que se presentan se enmarcan en la preocupación general compartida por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), los gobiernos de los países de la región y las organizaciones de la sociedad civil acerca de la necesidad de convertir las reformas del sector salud en una oportunidad para priorizar la atención de la salud sexual y reproductiva en la agenda sectorial. Estos estudios sintetizan los resultados de los diálogos nacionales para la promoción de la salud sexual y reproductiva en las reformas del sector salud, que se llevaron a cabo en Chile y la Argentina, en agosto de 2003.

La inclusión de la agenda de la salud reproductiva en los programas de reforma del sector salud se ve facilitada por la relación intrínseca de nociones como equidad de género, derechos sexuales y reproductivos y derechos humanos con las principales metas de la reforma: mayor acceso de la población a los servicios de salud y mejor calidad de estos servicios. En el caso de la salud sexual y reproductiva, los objetivos propuestos suponen una mejor comprensión y adaptación a las necesidades, demandas y derechos de mujeres y varones en este campo. La literatura sobre la articulación entre ambas "agendas" coincide en señalar que estos procesos pueden implicar tanto obstácu-

* Hemos optado por el uso del género masculino y no incorporar signos como la @ para ofrecer una mayor fluidez en la lectura de los textos presentados.

los y desafíos para los servicios de salud reproductiva, como importantes oportunidades para mejorar la cobertura y calidad de sus prestaciones.

Un punto de partida en esta línea de trabajo fue el proyecto desarrollado en la Región de América latina y el Caribe tendiente a explorar estrategias de convergencia de los procesos de reforma de salud y mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, que se diseñó y realizó con el auspicio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en doce países (Langer y Nigenda, 2000). A partir de 1999, el BID impulsó un proceso de consultas subregionales[1] orientado a la discusión de los alcances y niveles de articulación de los procesos de reforma y los de implementación de medidas en el campo de la salud sexual y reproductiva, así como a la exploración de estrategias que promuevan el mejoramiento de la salud reproductiva en las reformas del sector salud.

El CEDES, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, de la Argentina, se sumó a esta iniciativa y coordinó el desarrollo de los estudios de caso y la organización de las reuniones del Diálogo en la Argentina y Chile en el año 2003, por compartir la apreciación sobre las potencialidades del diálogo informado para la construcción de un consenso sobre objetivos comunes a la reforma sectorial y a la salud sexual y reproductiva. La Corporación Centro de Análisis de Políticas Públicas, con el apoyo del Instituto de Asuntos Públicos (INAP) de la Universidad de Chile, actuó como contraparte para la realización del estudio de caso y del diálogo en Chile.

Los trabajos elaborados comparten la visión de los esfuerzos pioneros, incorporando los aspectos relevantes que deberían ser objeto de reflexión y consideración plena en el diseño, la formulación e implementación de políticas, programas y acciones en salud sexual y reproductiva en nuestros países. Una mirada holística de los dispositivos con los que cuenta el sistema de salud en su transformación para atender la situación de la salud reproductiva de la población, tales como la existencia de servicios integrados, la regulación del sector privado, la cobertura de los paquetes básicos u obligatorios de prestaciones y la calidad de los servicios en articulación con los indicadores de su funcionamiento, aporta herramientas para que los sistemas de salud asuman su responsabilidad social en la búsqueda de equidad en el contexto de las actuales transformaciones sociales y económicas.

1. Entre junio y julio de 1999 se desarrollaron en México, Ecuador y Brasil las consultas subregionales que reunieron a representantes de organismos gubernamentales, no gubernamentales y agencias internacionales.

Desde esta perspectiva, los estudios sintetizan los análisis sobre la experiencia de implementación de los procesos de reforma del sector salud y de la generación de estrategias en salud reproductiva durante la última década, que sirvieron de base a los diálogos en ambos países. Como marco general, revisan el contexto en el que la salud sexual y reproductiva se constituye en una preocupación tanto del Estado como de la sociedad civil y caracterizan el sistema de atención de la salud y los rasgos salientes del perfil epidemiológico de la población objetivo de las intervenciones en este campo. Asimismo, describen las distintas acciones que se desarrollan tanto desde el sector salud, como desde otras áreas de gobierno u organizaciones no gubernamentales en el ámbito de la prevención y la atención de la salud sexual y reproductiva. Del mismo modo, incorporan las recomendaciones para la integración de la agenda de la salud sexual y reproductiva en los procesos de transformación del sector salud, producto de los diálogos en los que participaron los actores involucrados en ambos procesos.

El proyecto general fue coordinado por Mónica Gogna del CEDES. En la elaboración del informe del caso de la Argentina participó un equipo conformado por Raúl Mercer, Nina Zamberlin, Daniel Maceira, Ana Rita Díaz-Muñoz y Mónica Gogna. Colaboraron en la preparación del informe Ana María Andía, Directora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la provincia de Mendoza y Gustavo Agolti, Director de Salud Materno Infantil de la provincia del Chaco. El documento de base para el diálogo que sintetizó los resultados del estudio de caso y el informe final sobre el diálogo en la Argentina estuvieron a cargo de Valeria Alonso. El informe de Chile fue elaborado por la Corporación Centro de Análisis de Políticas Públicas de la Universidad de Chile. El equipo de trabajo estuvo compuesto por Marcela Ferrer, Antonieta Surawski, Lorenzo Agar y Claudia Gutiérrez Villegas. Colaboraron de manera sustantiva en capítulos específicos del informe de Chile, Minga Consultores (Financiamiento), Adelio Misseroni (Salud sexual y reproductiva en el derecho chileno) y Julia Cubillos (Participación, derechos y salud sexual y reproductiva); el informe final sobre el diálogo en Chile fue elaborado por

Claudia Gutiérrez Villegas y Marcela Ferrer. La compilación final que se presenta estuvo a cargo de Fabián Portnoy y Ana Rita Díaz-Muñoz.[2]

2. Agradecemos a María Emilia Sabatella por su colaboración en la preparación de material para el estudio de caso de la Argentina y para esta compilación.

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud sexual y reproductiva es producto del tránsito desde un enfoque que privilegió lo reproductivo-biológico hacia un enfoque que, sin desconocer este componente, busca una mayor integración de la dimensión de la salud sexual y la consideración de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos fundamentales.

Durante las décadas de 1950 y 1960 la salud reproductiva se vinculó principalmente a la regulación de la fecundidad, a la luz de la evidencia que mostraba una fuerte relación entre pobreza y altos niveles de fecundidad. Posteriormente comenzaron a incorporarse otros temas, especialmente el de los derechos de las personas y de las parejas a decidir libremente sobre todos los aspectos relacionados con su sexualidad y reproducción, proceso en el cual distintos foros internacionales tuvieron un papel relevante.

La Declaración de la Conferencia de Derechos Humanos de Teherán de 1968 constituye un hito en los primeros debates en torno de la regulación de la fecundidad mediante políticas de planificación familiar a nivel mundial. En ella se consagró la regulación de la fecundidad como un derecho humano básico (Schiappacasse *et al.*, 1999). La salud reproductiva comenzó a salir de la esfera de lo privado hacia la esfera pública, con lo cual se legitimó la participación del Estado en la formulación de políticas orientadas a la atención de esta dimensión de la salud. El Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Po-

blación de Bucarest de 1974 señaló el derecho de las personas a tomar decisiones libres e informadas en relación con el número de hijos y su espaciamiento, así como también el papel del Estado en asegurar la información y el acceso a métodos de control de la fecundidad para hacer efectivas estas decisiones (Naciones Unidas, 1995). En la misma línea, la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, realizada en la Ciudad de México en 1975, reconoció el derecho de las mujeres a la integridad física y a decidir sobre su propio cuerpo. Esto permitió situar los derechos reproductivos en el ámbito de la salud reproductiva, incluyendo la definición de la maternidad como una opción (Schiappacasse *et al.*, *op. cit*.).

Las recomendaciones emanadas de la Conferencia Internacional de Población que tuvo lugar en la Ciudad de México en 1984 ampliaron el enfoque de Bucarest, aludiendo no sólo a los derechos de los individuos sino también de las parejas. Se reforzó la obligación del Estado de proveer los medios para el ejercicio de estos derechos y se incorporó la necesidad de que las decisiones reproductivas se tomaran considerando las necesidades de los futuros hijos y las responsabilidades de las personas y las parejas con su comunidad (Naciones Unidas, *op. cit*.).

En los ochenta se desarrolla la perspectiva de la equidad de género en salud, que postula que en tanto la existencia de relaciones de poder desiguales entre los sexos afecta de forma diferencial a mujeres y varones en su propensión a enfermar y en relación con el acceso y la utilización de los servicios de salud, es necesario que los programas y servicios de salud promuevan activamente la equidad de género (De los Ríos, 1993). Esta perspectiva se vio favorecida e impulsada desde la comunidad internacional por los planes de acción surgidos tanto de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Naciones Unidas, 1994) como por la Conferencia Internacional de la Mujer (Naciones Unidas, 1995). En ambos eventos la salud de la mujer fue puesta en el contexto de su bienestar integral, íntimamente relacionado con su participación plena y equitativa en la vida social, cultural, económica y política a nivel nacional, regional e internacional. Paralelamente, en la década de 1990 se avanzó en el reconocimiento del impacto específico de los programas de ajuste estructural sobre la condición de vida de las mujeres. Los recortes del gasto público –en particular el gasto público en salud– producidos en los últimos años en la mayoría de los países en desarrollo han implicado una mayor carga del cuidado de la salud que recae sobre las mujeres, en tanto la variable de ajuste ha sido su tiempo y su trabajo "invisible", considerados en forma implícita como un recurso infinitamente elástico.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de 1994 marcó un hito en lo que serían los posteriores abordajes de las políticas de población. Hasta entonces estas políticas habían estado fundamentalmente dominadas por metas de control de la población, esto es, por objetivos en el plano demográfico relacionados con la regulación de la fecundidad de las mujeres (WHO, 2000). El nuevo acercamiento propuesto, que logró un impresionante consenso internacional y se tradujo en una diversidad de programas de acción, se inscribe en un marco más amplio de promoción de derechos humanos y de equidad de género. Se buscan políticas que apunten al desarrollo sustentable, la erradicación de la pobreza y, respecto de las mujeres, su empoderamiento, autodeterminación y participación igualitaria en todas las esferas de la vida.

Este marco conceptual llevó a adoptar una definición ampliada e integral de la salud reproductiva, que reemplazó el paradigma tradicional de la salud materno infantil, que consideraba a la mujer un "medio" para lograr la salud y el bienestar de los niños.

> *Se define a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (CIPD, 1994, 7.2.).*

Esta definición permite reconocer la separación entre la salud reproductiva vinculada al ámbito de la reproducción y la salud reproductiva vinculada a la vida sexual. A pesar de ser condición necesaria para la reproducción, la salud sexual es independiente de ella. Como señalan Langer y Nigenda (2000), el Programa de Acción adoptado en la Conferencia enfatiza el derecho de los varones y las mujeres a recibir información, escoger y tener acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables para regular la fecundidad. Asimismo, destaca el derecho a recibir servicios de atención a la salud adecuados que garanticen embarazos y partos sin riesgos y una vida sexual libre de enfermedades y de coerción.

En el desarrollo del concepto de salud reproductiva y de los principios programáticos y asistenciales que connota debe reconocerse el aporte de corrientes procedentes tanto del campo de la salud como del movimiento feminista con posturas críticas acerca del reduccionismo demográfico de las políticas de población aplicadas a fines de los años cincuenta y en los sesenta. Sus cuestionamientos se centraban en la verticalidad de los programas y/o la imposición a las mujeres de ciertos métodos, la esterilización forzada y la deficiente consejería. Así, por ejemplo, en la Conferencia de Alma Ata (1978) la Organización Mundial de la Salud abogó por la inclusión de la planificación familiar, hasta entonces desgajada de las acciones de salud, a la salud materno infantil a nivel de la atención primaria. En el caso del movimiento feminista, los cuestionamientos apuntaban no sólo a los programas verticales de distribución de anticonceptivos sino también a los materno infantiles, en los que la salud de las mujeres no era un fin sino más bien un vehículo para la salud de otros. Este movimiento tuvo un rol fundamental en el desarrollo y la implantación de la problemática de la salud reproductiva a escala mundial. Más concretamente, los dos aportes sustantivos realizados por el movimiento a la problemática de la salud reproductiva son la construcción de las categorías de derechos sexuales y reproductivos, y la inclusión de la sexualidad como dimensión ligada, en forma insoslayable, a la plenitud y la salud humanas. Asimismo, el feminismo ha destacado que el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos requiere la presencia de factores materiales y de infraestructura (red de servicios accesible, equipada, vivienda y trabajo dignos, etcétera) y de factores culturales (respeto mutuo, consentimiento y responsabilidad compartida entre varones y mujeres respecto del comportamiento sexual, la crianza y socialización de los hijos, etcétera).

En este estudio se adopta el concepto de salud sexual y reproductiva como un componente esencial de la salud, que involucra a varones y mujeres de todas las edades y con diversos comportamientos reproductivos y sexuales. Esta propuesta elimina los sesgos de género manifestados en el predominio de programas de atención a la mujer en su dimensión reproductiva, con una ausencia de la dimensión sexual, evita la recurrente exclusión de los varones, asociada a la ausencia de una perspectiva de género, y reconoce las necesidades de los varones y las mujeres con orientaciones sexuales no conducentes a la reproducción biológica.

En forma paralela a este proceso de incorporación del tema de la salud sexual y reproductiva en la agenda de las políticas de salud y población, se aplican las reformas del sector salud que fueron parte de las estrategias de modernización del Estado y elaboradas en el marco de procesos más amplios de transformación de la vida económica, social y política de los países de la región.

En la I Cumbre de las Américas de 1994, los gobiernos acordaron que las reformas del sector salud debían garantizar un acceso equitativo a servicios básicos. En 1995, en el marco de una reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), los gobiernos de los países miembro definieron cinco "principios rectores" de las reformas del sector salud: equidad, eficiencia, efectividad, calidad, sostenibilidad y participación social.

El seguimiento y la evaluación de las reformas del sector salud en países de América latina y el Caribe[1] mostraron que las iniciativas se han centrado principalmente en transformaciones financieras, estructurales e institucionales de los sistemas de salud. En cambio, las actividades orientadas a mejorar la práctica de la salud pública, a reducir las iniquidades en las condiciones de salud y en el acceso tanto a la atención como a su financiamiento, y a aumentar la eficacia de las intervenciones y la promoción de la calidad de los servicios han recibido menor atención.

La consideración de estos resultados en el contexto de alta inestabilidad económica y social, y de crecimiento de la pobreza y de la iniquidad en los países de América latina y el Caribe, ha abierto interrogantes acerca de las contribuciones de las reformas al mejoramiento de los indicadores de salud. Alerta también sobre la necesidad de que los cambios que se introduzcan en los sectores sociales, como el de la salud, contribuyan a la construcción de sociedades que incluyan a todos sus ciudadanos, y no a la profundización de la exclusión.

En este marco, desde fines de la década pasada la discusión gira en torno de la inclusión en la nueva generación de reformas de pro-

1. Un proyecto de la OPS/OMS en colaboración con USAID, "Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe", monitoreó los resultados de las reformas del sector en trece países de la región (la Argentina no estuvo incluida) según los cinco principios rectores definidos por los gobiernos en 1995 (Crocco *et al.*, 2000).

tección social básica universal respecto de la salud de los ciudadanos. Se señala la necesidad de acompañar estas iniciativas con una reorientación de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Se destaca, asimismo, la importancia del fortalecmiento de las funciones esenciales de la salud pública, con criterios de calidad y una mayor integralidad, incluyendo los recursos humanos como parte esencial de las agendas de reforma (López Acuña *et al*., 2000).

La salud reproductiva ocupa sin duda un lugar privilegiado entre las problemáticas sociales que las reformas de los sistemas de protección social, como el sistema de salud, deben atender. "La influencia de los factores socioeconómicos se revela claramente en casi cualquier indicador de salud reproductiva: fecundidad y edad al primer embarazo, anticoncepción, salud materna, aborto inducido, cáncer de cuello" (Langer y Nigenda, 2000).

Los primeros resultados de la iniciativa del BID de monitoreo de los procesos de reforma y de la salud sexual y reproductiva señalan que, en la mayoría de los países, las reformas sectoriales y la salud reproductiva han constituido procesos simultáneos, con objetivos no siempre coincidentes. No obstante, destacan algunos puntos de contacto referidos especialmente al énfasis en los problemas prioritarios, a la utilización de intervenciones costo-efectivas, a la expansión de la cobertura a grupos marginados, y a la colaboración intersectorial entre el gobierno y la sociedad civil (Langer y Nigenda, 2000).

Los resultados de los diálogos desarrollados en la Argentina y en Chile extendieron esas consideraciones a estos países y permitieron identificar espacios, estrategias y actores relevantes para la promoción de la salud sexual y reproductiva en los procesos de reforma sectorial.

BIBLIOGRAFÍA

Crocco, P.; Schroeder, P.; Villen, M. T. y Yen, E.: "Iniciativa regional de reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe", en *Revista Panamericana de Salud Pública 8(1/2)*, Washington, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2000.

De los Ríos, R.: "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción", en E. Gómez (ed.) *Género, mujer y salud en las Américas*, Washington, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 1993.

Langer, A. y Nigenda, G.: *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y oportunidades*, Ciudad de México, Population Council-BID, 2000.

López-Acuña, D.; Brito, P.; Crocco, P.; Infante, A.; Marín, J. M. y Zeballos, J. L.: "Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones", en *Revista Panamericana de Salud Pública 8(1/2)*, Organización Panamericana de la Salud (OPS/ OMS), Washington, 2000.

Naciones Unidas: "Cairo, Mexico City and Bucarest. An analitical comparison", 1995.

Naciones Unidas: *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, 1994.

Schiappacasse, V.; Vidal, P. y Díaz, S.: "Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Chile", Santiago de Chile, ICMER, 1999.

WHO: *Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health*, 2000.

ARGENTINA

1. CONTEXTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ARGENTINA

La salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos constituyen temas cuya relevancia pública a nivel internacional ha crecido desde los años ochenta. En la Argentina, este proceso tuvo lugar una década después. La falta de una política pública explícita en este tema se debió a las restricciones normativas relativas a la planificación familiar vigentes en la Argentina desde mediados de la década de 1970 hasta mediados del siguiente decenio y a la ausencia de un debate social que ubicara los intereses y derechos de las mujeres con relación a la sexualidad y la reproducción en el centro de la agenda pública. En la actualidad, la problemática de la salud y los derechos sexuales y reproductivos se encuentra en el pasaje desde una situación homogéneamente restrictiva a otra caracterizada por cambios institucionales y aperturas ideológicas, que no siguen una trayectoria lineal.

Durante largo tiempo, el lento crecimiento demográfico dio forma y argumentos a una ideología pronatalista, que permeó las políticas y programas de población y de salud pública en la Argentina (Llovet y Ramos, 1986). En 1974, el gobierno de Isabel Perón sancionó el decreto 659, que prohibía las actividades destinadas al control de la natalidad, y establecía medidas coercitivas sobre la venta y comercialización de anticonceptivos, así como la realización de una campaña de educación sanitaria para destacar los riesgos de las prácticas anticonceptivas. En 1977, la dictadura militar sancionó el decreto 3.938, que

contenía los "Objetivos y Políticas Nacionales de Población", entre los que se incluía el de "eliminar las actividades que promuevan el control de la natalidad". El advenimiento del régimen democrático conllevó la derogación de estas normas. A fines de 1986, mediante el decreto 2.274, se levantaron las prohibiciones que habían regido en los servicios de salud públicos y de obras sociales, pero esto no supuso la inmediata ni generalizada implementación de acciones positivas.

En 1985, la Cámara de Diputados ratificó por ley la "Convención sobre todas las formas de discriminación contra la mujer" (CEDAW), incorporada al texto de la Constitución Nacional en la reforma de 1994. En el artículo 10 de esta convención, los Estados se comprometen a asegurar condiciones de igualdad en la educación de los varones y las mujeres, especialmente en el "acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia". Este acuerdo, como los compromisos asumidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en 1994, contribuyeron a instalar en la agenda local la consideración de los derechos a la salud reproductiva como derechos humanos.

En noviembre de 1995 la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a un proyecto de ley por el cual se creaba el Programa Nacional de Procreación Responsable, que planteó como uno de sus principales objetivos "asegurar que todos los habitantes puedan decidir y ejercer sus pautas procreativas libre y responsablemente" (artículo 1). Este proyecto de ley caducó a fines de 1997, cuando la Cámara de Senadores se negó a darle tratamiento.

La iniciativa tuvo que esperar varios años para ser nuevamente tratada por el Poder Legislativo. El 18 de abril de 2001 la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción al proyecto de ley de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud, y en octubre de 2002 fue aprobada la ley. Este programa prevé brindar, entre otras cosas, información y prescripción de métodos anticonceptivos a la población general sin discriminación alguna, asistencia y apoyo para implementación de programas locales en todas las provincias, asistencia y capacitación permanente a los equipos de salud y promoción de actividades de comunicación social sobre salud sexual y procreación responsable.

A partir de la apertura del debate público que provocó la discusión parlamentaria del proyecto de ley en 1995, se abrieron procesos de discusión y aprobación de leyes de salud reproductiva en diversas provincias y municipios del país. Actualmente, dieciséis provincias argentinas disponen de leyes que reconocen los derechos de mujeres y varones a regular su fecundidad e impulsan programas de salud reproductiva como parte indelegable de las responsabilidades del Estado para con sus ciudadanos. A la fecha, cuentan con leyes de salud reproductiva las provincias de Buenos Aires (13.066/03); Córdoba (8.535/96); Corrientes (5.146/96); Chaco (4.276/96); Chubut (4.545/99); Entre Ríos (9.501/03); Jujuy (5.133/99); La Pampa (1.363/91); La Rioja (7.049/00); Mendoza (6.433/96); Neuquén (2.222/97); Río Negro (3.059/96); Santa Fe (11.888/01); San Luis (5344/02); Tucumán (6.523/94) y Tierra del Fuego (509/00). La Ciudad Autónoma de Buenos Aires también ha legislado sobre este tema (leyes 418 y 439) y en la provincia de Misiones se ha sancionado un decreto (92/98). El grado de implementación de cada una de estas disposiciones es muy disímil y en muchos casos estos programas enfrentan dificultades de orden presupuestario y/o de tipo ideológico y político. Sin embargo, los avances del programa nacional y la decisión política del Ministerio de impulsar estas actividades en todo el país han significado un fuerte impulso para la concreción de las acciones.

Si bien el nivel de institucionalización de una política pública en este campo constituye un sólido avance, el contexto de fondo del debate y de las decisiones sigue siendo la lucha entre concepciones restrictivas, muy ligadas a la Iglesia Católica y a otros grupos de poder político, y otras que sostienen la libre elección reproductiva como derecho humano básico y el compromiso indelegable del Estado de respetar estos derechos y asegurar las condiciones para que la ciudadanía los ejerza, libre de coerción, violencia y discriminación de todo tipo.

A semejanza de otras cuestiones de la agenda social de la Argentina, la problemática de la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos está profundamente marcada por desigualdades de género, sociales y generacionales, que trazan riesgos médico sanitarios diferenciales y expresan la estructura de oportunidades que la sociedad y el Estado brindan a sus habitantes.

La Argentina muestra indicadores de salud reproductiva que no se condicen con otros indicadores de desarrollo económico social, aun antes de la profunda crisis económica. Los cambios ocurridos a partir del año 2001 con la crisis del sector financiero, el default para el cum-

plimiento de los servicios de la deuda externa y la salida del sistema de convertibilidad con las consecuencias en términos de devaluación/inflación, condicionaron un nuevo escenario político institucional. Esta situación se ha modificado notablemente entre 2000 y 2002, el PBI –que luego de la devaluación declinó a casi un tercio en términos de la divisa norteamericana–[1] se redujo en pesos constantes y el gasto público en salud en relación con el PBI ha disminuido.

En materia de salud sexual y reproductiva la Argentina ofrece un escenario diferente al de los países de la región. A las consecuencias de la actual crisis y de los programas de ajuste, se suma una compleja realidad sociosanitaria con sus diferentes correlatos en los indicadores epidemiológicos, en los aspectos de formulación de políticas y en la realidad cotidiana de la población de cada provincia que se analizan en este trabajo.

1.1. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Los indicadores epidemiológicos en el campo de la salud sexual y reproductiva destacan profundas desigualdades sociales y regionales. Las diferencias en los comportamientos demográficos y en el acceso a los servicios sociales (educación, salud) de la población según su ubicación en la distribución de los ingresos se plasman en niveles diferenciales de fecundidad, fecundidad adolescente y mortalidad materna. Los grupos de menores ingresos y las regiones más desfavorecidas exhiben los niveles más elevados de esos indicadores. En el caso del VIH/SIDA, al igual que en el resto del mundo, la epidemia se disemina cada vez más entre las mujeres. La evolución del nivel de educación entre los enfermos de SIDA muestra una constante disminución del promedio de escolaridad y afecta cada vez a una proporción mayor de personas, en particular mujeres, que no han cumplido con las etapas de escolaridad obligatoria. La mortalidad por cáncer de mama ha aumentado y la causada por el cáncer cérvico uterino se ha mantenido con un leve aumento.

1. Antes de los fenómenos mencionados, el gasto en salud era de US$ 650 anuales por habitante, y el Producto Bruto Interno de US$ 7.978 por habitante.

Fecundidad

Se estima que las mujeres argentinas tienen 2,4 hijos al final de su período fértil (INDEC, 2003), nivel cercano al promedio de América latina, calculado en 2,5 hijos por mujer (OPS/OMS, 2002). Al respecto, se destacan las importantes diferencias que existen en la fecundidad según niveles socioeconómicos y entre jurisdicciones, asociándose las mayores tasas a las mujeres de los niveles de ingreso más bajos y a las jurisdicciones con mayor incidencia de la pobreza. Los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2001 del SIEMPRO dan cuenta del patrón de fecundidad diferencial según condición de pobreza: el 39% de las mujeres de los hogares no pobres no habían tenido hijos, y entre las madres de estos hogares el 84% tenía entre 1 y 3 hijos y sólo el 16% tenía 4 y más hijos. En contraste, sólo el 29% de las mujeres pobres no había transitado por la experiencia de la maternidad y entre las madres pobres el 41% tenía 4 o más hijos (SIEMPRO, 2003). En referencia a los diferenciales regionales, se ha estimado que las mujeres de la Ciudad de Buenos Aires tienen en promedio 1,37 hijos, promedio que asciende a 2,8 en la provincia de Formosa (INDEC, 2003).

La fecundidad adolescente es relativamente alta en relación con el nivel general de fecundidad. El 14,6% de los nacimientos registrados en el año 2001 correspondía a mujeres menores de veinte años. En números absolutos, esto significa que de los 683.495 nacidos vivos que se registraron en ese año, 100.082 correspondieron a mujeres menores de veinte años, y de éstos, 3.022 a niñas menores de quince años (Ministerio de Salud, 2002). Según información censal, en 2001, el 10,7% de las jóvenes de catorce a diecinueve años había transitado por la experiencia de la maternidad, el 20% de las cuales tenía dos hijos o más (INDEC, 2003).

La maternidad adolescente es un fenómeno que responde a distintos factores, entre ellos, los cambios culturales vinculados a la sexualidad de los jóvenes y las posibilidades de conocimiento y acceso al uso adecuado de métodos anticonceptivos. Estos factores están estrechamente condicionados por la pertenencia social y el nivel educativo de los jóvenes. El embarazo y la maternidad adolescentes afectan principalmente a las niñas/jóvenes de los sectores más desprotegidos: las adolescentes embarazadas o madres tienen menor nivel de instrucción y mayor participación en la actividad económica que las no embarazadas o sin hijos (Díaz Muñoz *et al*., 1996).

Los estudios que han indagado sobre la conformación de las parejas de las madres adolescentes han mostrado que entre los padres de los hijos de estas madres se observan dos situaciones diferentes. Las adolescentes mayores (18 o 19 años) suelen estar en pareja con varones de entre 20 y 24 años (aproximadamente un tercio de los casos) o de 25 a 29 años (el 15%). Otra es, en cambio, la situación de las "niñas-mamás" (9 a 13 años): el 80% de ellas ha tenido hijos con varones que las superan en al menos diez años y un cuarto de las restantes con varones que son al menos veinte años mayores que ellas, situación que permite hipotetizar la presencia de situaciones de abuso, violación o incesto (Pantelides *et al*., 1995).

Durante la década de 1991-2001 la incidencia de nacimientos de madres adolescentes a nivel nacional se ha mantenido relativamente estable (14,9% al inicio del período, 14,6% al finalizar). Esta relativa estabilidad encubre situaciones diferentes en las provincias: en menos de la mitad ha bajado y en doce de las veinticuatro jurisdicciones –entre las que se cuentan las provincias de Mendoza y Chaco– ha aumentado. En la Región Nordeste, donde se observan las tasas más altas de maternidad adolescente, la provincia del Chaco presenta la mayor proporción de nacimientos de madres menores de veinte años (24,3%).

Mortalidad materna

En 2001, la tasa de mortalidad materna de la Argentina fue de 4,3 por 10.000 nacidos vivos, con fuertes diferencias entre provincias. Jujuy exhibe el valor extremo con una tasa de 19,7 por 10.000 nacidos vivos; mientras que la Ciudad de Buenos Aires, con la menor incidencia del país, tiene una tasa de 0,9 (Ministerio de Salud, 2002). Las muertes maternas son eventos poco frecuentes, pero cuando ocurren generan una gran fractura tanto en la familia que padece esta situación como en el sistema de salud, por ser muertes que se pudieron evitar en la mayoría de los casos.

Es importante destacar que según investigaciones realizadas en algunas jurisdicciones argentinas, el subregistro de muertes maternas sería de alrededor del 50% (MSAS, 1987), resultado muchas veces del desconocimiento u omisión del estado grávido de la mujer al registrarse su muerte. También se debe a la ilegalidad del aborto, que hace que los profesionales registren muertes como consecuencia de otras causas para evitar derivaciones penales. Actualmente se está realizando un estudio colaborativo sobre mortalidad materna que se propone indagar sobre los cambios ocurridos en el subregistro a partir de los años ochenta.[2]

La estructura de causas de muertes maternas sigue un patrón similar al de la región de América latina y el Caribe, en la cual las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son las principales causas de incapacidad y muerte entre las mujeres de quince a cuarenta y nueve años de edad. En el año 2001, en nuestro país, casi un tercio de las muertes maternas (31%) se debía a complicaciones de aborto. Sin embargo, se estima que esa proporción puede ser de alrededor del 50% de estas muertes (Ministerio de Salud/OPS/OMS, 2003). El resto de las causas responden a toxemia, trastornos hipertensivos, edema y proteinuria (11,5%); placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia anteparto (6,4%); hemorragia posparto (8,4%); sepsis (11,8%); otras causas obstétricas directas (14,9%) y un 16% de las muertes se deben a causas obstétricas indirectas (Ministerio de Salud, 2002).

Las causas obstétricas directas dan cuenta de cerca del 90% del total de muertes maternas, lo que indica que se trata de mujeres sanas que mueren por causas sólo relacionadas con el evento reproductivo. Esto, indudablemente, muestra problemas relativos a la cobertura y la calidad de los servicios de prevención y tratamiento que influyen de modo directo en la vida reproductiva, tales como la planificación familiar para el caso de las complicaciones de abortos, la calidad de la atención prenatal para la detección de la toxemia y la capacidad resolutiva de los servicios de salud, en particular los de tocoginecología, para las hemorragias y las sepsis.

Aborto inducido

El aborto está tipificado como un "delito contra la vida" en el Código Penal, que reprime con un mínimo de uno a cuatro años de reclusión o prisión a quien lo cause con consentimiento de la mujer, y

2. Morbimortalidad materna y perinatal en Argentina: diagnóstico para la reorientación de políticas y programas de salud, Comisión Nacional de Proyectos de Investigación Sanitaria (CONAPRIS) del Ministerio de Salud-CEDES, Centro de Estudios de Estado y Sociedad-Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), OPS/OMS.

un máximo que podría elevarse hasta quince años, si el hecho tuviera lugar sin ese consentimiento y fuere seguido de la muerte de la mujer. Por su parte, la mujer que causase su propio aborto o consintiese que otro se lo cause es acreedora a la pena de prisión de uno a cuatro años. El Código Penal establece dos circunstancias en las cuales "el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible". La primera, "si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios"; la segunda, "si el embarazo proviene de una violación o atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente", requiriéndose el consentimiento de su representante legal (Código Penal, Libro Segundo, Título I, Capítulo I). En la práctica estos supuestos despenalizadores no se aplican y se conocen muy pocos casos de solicitudes de autorización judicial a su amparo, las que en su mayoría son denegadas.[3] Cabe destacar que la inducción del parto no es considerada un aborto, ya que la muerte del feto se debe a la patología que lo afecta y no al nacimiento.

Respecto de la magnitud del aborto inducido, no hay datos confiables para la Argentina (Valdés y Gomariz, 1993). Algunos especialistas han estimado que se producirían entre 335 y 400 mil abortos por año (Checa y Rosenberg, 1996); otros estiman un número total de entre 450 y 500 mil (Aller Atucha y Pailles, 1996). Según estimaciones del Ministerio de Salud el número de abortos provocados aumentó a más de 500 mil. Esta práctica se realiza cada vez más en peores condiciones, lo que deriva en altos niveles de morbilidad (Ministerio de Salud/OPS/OMS, 2003). En cuanto a la morbilidad por esta causa, la única aproximación para su estimación puede realizarse a partir de la información sobre egresos por complicaciones de aborto en establecimientos públicos. En 1990 los egresos por esta causa fueron 53.822 en todo el país. Una década más tarde esta cifra aumentó un 46%, registrándose 78.894 egresos por aborto en el año 2000. Esto significa que, excluyendo el parto normal, el 33% de los egresos hospitalarios por causas obstétricas se debe a abortos. El notable aumento de los egresos por aborto en los últimos años da cuenta de la alta incidencia del aborto inseguro y de la crisis económica que empuja a sectores de clase media –que anteriormente podían acceder a realizarse abortos seguros– a realizarlos en condiciones inseguras.

3. Recientemente la Corte Suprema de Justicia de la Nación autorizó la inducción del parto de una mujer con un feto que presentaba anencefalia. A partir de este fallo de la Corte Suprema, distintos juzgados autorizaron la inducción del parto de otros casos de esta malformación que conlleva la ausencia de hemisferios cerebrales, lo cual implica el fallecimiento indefectible luego de la separación del seno materno.

En el caso de las muertes por complicaciones de abortos inseguros, según muestran algunos estudios, las mujeres que ingresan a los servicios por complicaciones de abortos presentan un estado físico clínico que no compromete irreversiblemente su sobrevivencia, lo cual evidencia la inadecuada capacidad resolutiva y la deficiente calidad de atención de los servicios públicos para atender a estas mujeres y evitar su muerte. Los estudios también informan que los servicios no aplican una estrategia dirigida a estas mujeres para ofrecerles asesoramiento anticonceptivo posaborto, de tal manera de ayudarlas a evitar un eventual embarazo no deseado –y un aborto repetido– en el futuro inmediato (MSAS, 1987; Ramos y Viladrich, 1993). El proceso asistencial de las mujeres internadas en hospitales por complicaciones de aborto está fuertemente condicionado por la situación de ilegalidad y clandestinidad de esta práctica. En este marco, la calidad de la atención se resiente y las mujeres que atraviesan esta condición crítica son víctimas de la violencia institucional.

VIH/SIDA

La cantidad de casos de SIDA acumulados en el país hasta septiembre de 2003 era de 24.119. Teniendo en cuenta el retraso en la notificación de los casos se estimaba que existían 26.929 casos de SIDA en el país. Según las estimaciones en el registro de notificación se calculó que la tasa de incidencia en el año 2002 era de 29,13 casos por millón de habitantes (Ministerio de Salud, 2003).

Los casos de SIDA en niños menores de trece años representan el 5,4% del total de enfermos. Este porcentaje es uno de los más altos del continente americano. Se destaca el hecho de que el 96% de estos casos son de transmisión perinatal.

Durante la última década, la Argentina, como el resto de los países de América latina, ha experimentado una rápida difusión de la epidemia entre la población femenina. Actualmente, el 24% de los casos notificados de SIDA corresponde a mujeres. La razón hombre-mujer pasó de 9,2 varones con SIDA por cada mujer en 1988, a 2,6 en septiembre de 2003. En el caso de las embarazadas, en el año 2003 se ha

estimado una prevalencia del 0,37% para el total del país y del 0,91% para la Ciudad de Buenos Aires (Ministerio de Salud, *op. cit*.).

Respecto de la edad, si bien para ambos sexos el grupo más afectado es el de veinticinco a treinta y cuatro años, las mujeres se enferman a edades más tempranas, lo cual es indicativo de una alta probabilidad de haber contraído la enfermedad durante la adolescencia.

En cuanto a las vías de transmisión del VIH en la población de mayores de doce años, la vía sexual es la principal en ambos sexos. En el caso de las mujeres heterosexuales, el 80% de los casos de infección notificados en el año 2002 correspondía a esta vía de transmisión, resultado de la tendencia decreciente del número de casos entre usuarias de drogas, unida al incremento de casos de transmisión sexual desprotegida. Entre los varones, la tendencia es similar, aunque no tan marcada, la transmisión sexual explicó el 63% de los nuevos casos diagnosticados en 2002 (Ministerio de Salud, 2003).

Respecto de la percepción del riesgo y del conocimiento acerca de las medidas de prevención en la población, estudios locales aportan elementos que permiten medir el campo para la acción en esta materia. Los resultados de estos estudios muestran que el uso del preservativo depende del tipo de relación sexual, y que es usado mayormente cuando los integrantes de la pareja no se conocen y se percibe un alto riesgo de infección (por ejemplo, cuando se tiene sexo con trabajadores/as sexuales o drogadictos). Por ende, la estrategia de prevención descripta para la mayoría de encuentros sexuales se basa en "la elección del compañero" –las percepciones, fantasías y la trayectoria biográfica de la persona–, y existe una creencia bastante extendida acerca de que "conocer al compañero sexual" resulta suficiente (Zamberlin, 2000).

Cáncer cervicouterino y cáncer de mama

En la Argentina, los datos de la última década muestran un número creciente de muertes por cáncer ginecológico. Dado que persisten problemas en la clasificación, puestos en evidencia por el elevado número de casos en los que no se consigna la localización, se supone que la magnitud del problema es mayor (MSAS, 1992; MSAS, 1999; Gogna *et al*., 1998). Si se consideran las cifras oficiales, la mortalidad por cáncer de cuello de útero ocupa el quinto lugar entre todas las muertes por cáncer de mujeres. En 2001, 947 mujeres murieron por

tumores malignos de cuello de útero y 1.436 por tumores malignos del útero sin indicarse la localización. Es posible pensar que dentro de este último grupo se encuentran muchos casos de tumores malignos de cuello de útero que no han sido reportados como tales. La alarmante incidencia de cáncer de cuello en la Argentina parece indicar un serio problema en la cobertura de la toma del Papanicolau.

Un estudio realizado en mujeres usuarias de servicios del conurbano bonaerense, mostró que un 39% de las mujeres que tuvo un Papanicolau positivo nunca recogió los resultados, y por lo tanto no fueron notificadas de su enfermedad o abandonaron el tratamiento (Ramos *et al*., 1996).

La situación expuesta podría reflejar la ausencia de una política pública de prevención y los escasos recursos y limitaciones del sistema de salud. Además de estas deficiencias, las intervenciones en esta materia muestran un grado de desarrollo disímil en cada provincia, dados los niveles de cobertura y el grado de fragmentación de los componentes prestacionales vinculados a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Se destaca así la necesidad de identificar las deficiencias en la calidad de la atención, con énfasis en aquellos aspectos referidos a información, comunicación y relación interpersonal entre el equipo de salud con la paciente/usuaria.

En la última década hubo un promedio anual de 4.830 muertes femeninas por cáncer de mama. Este tipo de cáncer es el que mayor número de muertes por tumores provoca entre las mujeres, representando el 44% del total de muertes femeninas por cáncer. El número de muertes por cáncer de mama crece con la edad, siendo los más afectados los grupos de 65 a 74 y de más de 75 años con tasas de 93,9 y 199 por 100.000, respectivamente.

Violencia familiar

La violencia familiar, silenciada durante mucho tiempo en el ámbito familiar, ha ganado visibilidad y ha comenzado a ser percibida como un problema social en la Argentina en las últimas décadas. El movimiento de mujeres ha contribuido a crear consenso sobre la necesidad de comprender este fenómeno que afecta fundamentalmente a las mujeres. Ha contribuido también a diseñar medidas legislativas y formular políticas públicas para su prevención.

Existe escaso desarrollo de investigación en este campo y el cono-

cimiento es insuficiente. Las particularidades de este fenómeno hacen complejo y sensible su abordaje. Las víctimas de la violencia familiar son fundamentalmente las mujeres en la relación conyugal y las niñas. La violencia física, psicológica y económica; el abuso sexual; las violaciones; el incesto y el abandono, son sus manifestaciones más frecuentes.

Al respecto, resultan ilustrativos los datos que surgen de algunas investigaciones en relación con las posibles dimensiones y las características del fenómeno. Un sistema informático de violencia familiar implementado en dos municipios de la provincia de Mendoza,[4] dio cuenta de la alta prevalencia en las áreas de departamentos seleccionados para la intervención: el 80% de las mujeres había sido víctima de violencia física o emocional en el pasado, en tanto el 62% la padecía al momento del registro. En el 70% de los casos se trataba de la pareja actual (Garrido, 2001). En tanto, en una muestra analizada[5] de denuncias efectuadas a través de la línea Telefónica de Violencia Familiar en la Ciudad de Buenos Aires, en el 93% de los casos el agresor era cónyuge de la víctima (esposos o concubinos y en un 3% de ex cónyuges) y en el 85% de los casos la denunciante convivía con el agresor (Chitarroni, 2002).

4. Realizado en el marco de un Programa Piloto de Prevención de la Violencia Familiar, financiado por el BID.

5. Se trata de una muestra de 367 casos seleccionados entre los denunciados en el período de 1993 a 2001 a través de la Línea Telefónica de Violencia Familiar de la Dirección de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

2. EL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA[1]

2.1. LA ORGANIZACIÓN SECTORIAL

La cobertura de servicios de salud en la Argentina se encuentra compartida entre el sector público, el sector de obras sociales, y el sector privado, con fuertes interrelaciones tanto a nivel de la provisión de servicios, como en términos de financiamiento y coordinación en el aseguramiento social. Se estima que en las áreas urbanas del país el sector público cubre el 43,1% de la población, las obras sociales el 46,7% y los seguros privados el 10% (SIEMPRO, 2003).

En la última década, la afiliación a los sistemas de salud ha descendido notablemente como consecuencia, por un lado, del aumento de la desocupación, la subocupación y de la precarización laboral y, por otro lado, por el empobrecimiento de grandes franjas de la clase media. Esto llevó a que una parte de la población perdiera las condiciones requeridas para la afiliación a las obras sociales y se redujera la proporción de población con capacidad de asumir los costos de los seguros privados. Los datos censales indican que la cobertura de los

1. Este acápite tomó como base el documento de Maceira, D.: "Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe", Ediciones Especiales N° 3, OPS-PHR-HSPH, 2001, que fue actualizado y ampliado a los fines de este informe.

sistemas de obras sociales y privados se redujo del 63,1% en 1991 al 51,9% en 2001. La Encuesta de Condiciones de Vida permite evaluar la caída de la cobertura en las áreas urbanas del país en un lapso más reciente: entre 1997 y 2001 el descenso fue del 62% al 56,5% (SIEMPRO, 2003).

En la Argentina existen tres tipos de instituciones de seguridad social: 1) las obras sociales nacionales, alrededor de 270 instituciones originalmente organizadas por rama de actividad productiva, 2) las obras sociales provinciales, veinticuatro instituciones a las que se encuentran afiliados los empleados públicos de cada provincia, y 3) el PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral), concentrado en la cobertura de los jubilados y pensionados. Según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida, en el año 2001 el 40,1% de la población de las áreas urbanas del país estaba afiliada al sistema de obras sociales y el 6,6% al PAMI (SIEMPRO, 2003).

Las obras sociales nacionales tienen un alto grado de concentración de afiliados y una importante dispersión de ingresos: treinta de ellas dan cuenta de aproximadamente el 70% del total de afiliados y el 75% de la recaudación. Hasta 1997, la pertenencia a la obra social se encontraba asociada a la ocupación del afiliado, lo que impedía la competencia entre instituciones. Actualmente, el cambio de afiliación entre obras sociales nacionales es posible.

El financiamiento de las obras sociales nacionales proviene de un impuesto al salario, el trabajador aporta el 3% de su ingreso y el 6%[2] constituye el aporte del empleador. Parte de los aportes y contribuciones[3] financian un Fondo Solidario de Redistribución. Este Fondo tiene por función aumentar la equidad en la distribución de recursos entre entidades. El objetivo es cubrir la diferencia entre la cotización del trabajador y la cápita del Programa Médico Obligatorio (PMO), para lo cual la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) –que opera como agente financiero– redistribuye, de manera automática a las obras sociales un importe (actualmente $ 20 por beneficiario titular y $ 15 por cada familiar a cargo) por cada grupo familiar afiliado que no cubre el costo del PMO. Los fondos remanentes del Fondo Solidario son derivados por la AFIP a la Administración de Programas Especiales (APE), y son utilizados, fundamentalmente, para asistir financieramente a las obras sociales en la cobertura de la atención de patologías de alto costo y baja frecuencia.

2. Este aporte, establecido por la ley 23.660 de creación del Seguro Nacional de Salud del año 1988, había sido reducido al 5% en 1995 (decreto 492) y en marzo de 2002 fue restablecida la alícuota original (artículo 80, ley 25.565 de Presupuesto del año 2002).

3. El Fondo se constituye por el 10% de los aportes y contribuciones de los afiliados cuyos ingresos son inferiores a una suma (actualmente $ 1.000) y del 15% cuando superan ese monto. El aporte, en el caso de las Obras Sociales del Personal de Dirección (con ingresos promedio más elevados), también es diferenciado según la escala de ingreso: 15% sobre un monto mínimo y 20% en el caso de ingresos superiores al mínimo.

El PAMI es la institución de aseguramiento social más importante del país y constituye una pieza estratégica en la definición de contratos y mecanismos de pago con los prestadores privados y el sector farmacéutico. Opera no sólo en el área de servicios de salud, sino también en el área social (recreación, alimentación, asistencia geriátrica y funeraria). Su financiamiento proviene de varias fuentes: 1) los aportes y las contribuciones de los trabajadores en actividad, equivalentes al 5% del salario –3% aporte personal y el 2% patronal–, 2) el aporte de los pasivos, que varía entre el 6 y el 3% de sus ingresos, según éstos superen o no el haber mínimo, y 3) contribuciones del Tesoro Nacional, que constituyen el 20% de los ingresos. En 1999, el gasto del PAMI –después del pago de intereses de deudas y contraprestaciones a hospitales públicos de autogestión– fue de US$ 2.700 millones, de los cuales el 70% se destinó a la prestación de servicios de salud. De ese porcentaje, el 76% correspondió a servicios subcontratados, principalmente vía capitación.

En las veintitrés provincias y en la Ciudad de Buenos Aires existe una obra social provincial, que brinda cobertura de salud a los empleados públicos de cada jurisdicción. Las obras sociales provinciales son autárquicas en su constitución, lo cual posibilitaría el manejo de sus propios recursos y el dictado de los actos administrativos necesarios para su funcionamiento. Cada provincia dio nacimiento a su propia obra social provincial a partir de una ley o decreto específico. En diciembre de 2002, catorce de las veintitrés obras sociales provinciales existentes eran dirigidas por un presidente o administrador y un directorio, mientras que nueve de ellas se encontraban intervenidas por el gobierno provincial. Cabe mencionar que aun en los casos de no intervención, la autarquía de estas instituciones es relativa, lo cual se atribuye a la imposibilidad de algunos gobiernos provinciales de cumplir oportunamente con sus aportes patronales, limitando su efectividad en el cumplimiento de sus funciones específicas.

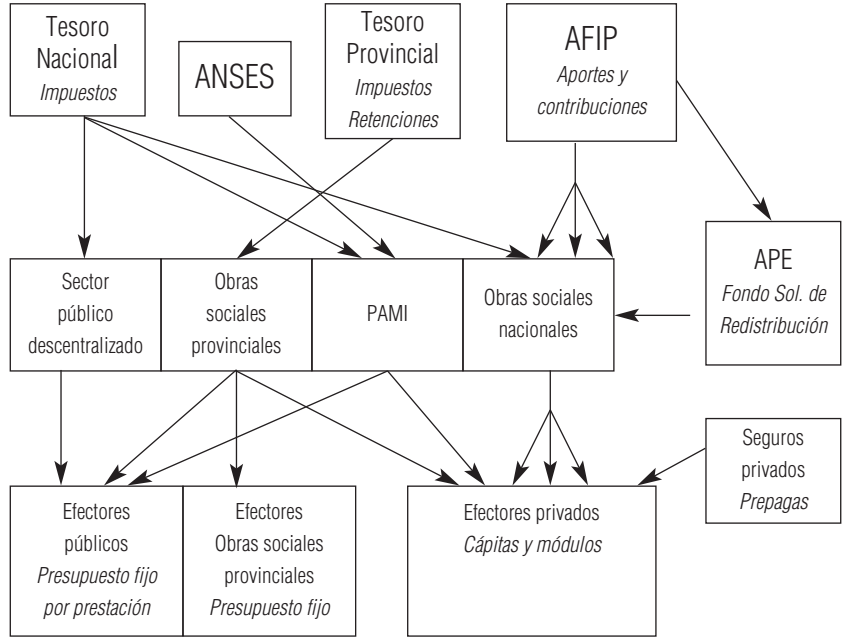
Juntamente con el PAMI y el sector público, estas instituciones dan cuenta de más de la mitad del financiamiento de los servicios de salud provincial. Los niveles de cobertura varían entre provincias, con un mínimo en la provincia de Buenos Aires, cuya obra social financia la provisión del 8% de la población, en tanto que en Catamarca o Jujuy este porcentaje supera el 40%. La mayoría de las obras sociales provinciales cubre entre el 11 y el 30% de la población total de su jurisdicción. Sus fuentes de financiamiento son las contribuciones salariales de los empleados públicos y los aportes de la provincia en su rol de empleador. Cada una de ellas tiene un manejo autónomo, por lo que no existen mecanismos de coordinación o administración conjunta de fondos entre ellas. Como los órganos estatales son también los agentes de retención de los aportes y las contribuciones por provincia, los flujos de ingresos de las obras sociales están sujetos a los desequilibrios y las disponibilidades financieras de cada gobierno, que dependen de las programaciones presupuestarias de las respectivas Secretarías de Hacienda. Por ello se ha recurrido a sistemas de arancelamiento diferenciado, que en diciembre de 2002 se aplicaban en trece de las veinticuatro instituciones.

Al igual que con las obras sociales nacionales, se observa una generalización en el uso de mecanismos de transferencia de riesgo a los proveedores, ya sea en los mecanismos de pago, como en el proceso de desintegración vertical en la prestación de servicios. A principios de 1995, los pagos capitados ya contribuían con una tercera parte de los mecanismos contractuales, y en muchas provincias los sistemas de módulos se habían generalizado.

En el país existen alrededor de 150 empresas de seguros de salud privados (medicina prepaga). Pese al gran número de compañías presentes en el mercado, sólo un 10% de ellas cubren el 50% de los afiliados del subsector.

En conclusión, la Argentina cuenta con una intrincada red de provisión de servicios de salud, financiada en su mayoría por mecanismos de aseguramiento social, que junto con las instituciones públicas, dan cobertura a más del 90% de la población. Si bien las fuentes de financiamiento son fundamentalmente contribuciones salariales y aportes del Tesoro Nacional financiados por impuestos, estos fondos no alimentan un sistema de aseguramiento social único, sino que se dispersan entre el fondo PAMI, los fondos provinciales y las obras sociales nacionales. A diferencia de la mayoría de los sistemas de aseguramiento de otras naciones de la región, en la Argentina existe una marcada separación entre las instituciones aseguradoras –ya sean las obras sociales, prepagas o fondos especiales–, y la esfera prestadora de servicios, crecientemente privada. La red de subcontratación es amplia, así como también la variedad de instituciones intermediarias, los mecanismos de incentivos presentes en los contratos y los sistemas de transferencia de riesgo.

FIGURA 2.1.
ARGENTINA
ESQUEMA DEL FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD



2.2. DESCENTRALIZACIÓN Y EQUIDAD EN SALUD

A partir de fines de la década de 1980, el país transita un proceso de profundización en su estrategia descentralizadora de servicios de

salud. En este proceso, las provincias recuperan la soberanía sobre las decisiones de gasto, como también en el diseño de su estrategia para la prestación de servicios de salud. Al gobierno nacional sólo le cabe la intervención a través de la regulación, el desarrollo de actividades específicas y la transferencia de recursos.

La Nación define el marco regulatorio a través del cual operan las instituciones de salud. Esto comprende la habilitación y certificación de profesionales e instituciones, así como también la definición de las reglas generales sobre las cuales las provincias establecen sus propias normativas. La aplicación de programas desde el nivel central es el mecanismo por el cual se promueven políticas de Estado y la equidad en el acceso. Aquí el tema de la salud sexual y reproductiva reviste especial importancia. Las transferencias de recursos a las provincias, en tanto, permitirían contrarrestar las diferencias en los niveles de desarrollo y las capacidades financieras.

A diferencia de otros países federales, la Argentina cuenta con un sistema de salud muy descentralizado. Como puede observarse en el cuadro 2.1, el gasto provincial en salud, ya sea en valores per cápita o como porcentaje del gasto en salud del presupuesto ejecutado provincial, presenta importantes diferencias entre jurisdicciones. Asimismo, el sistema de asignación de recursos por parte del gobierno nacional es limitado y cada jurisdicción cuenta con amplia potestad para definir las líneas presupuestarias que componen sus estructuras de gasto. El sistema provincial se alimenta de fondos propios y de recursos coparticipables del gobierno federal, los cuales son incluidos en el presupuesto de la provincia. Esos fondos se destinan a las distintas áreas de acción pública en función de las prioridades establecidas por cada provincia.

En el año 1993 se observa una gran dispersión en el gasto per cápita en el área de salud. Así, las erogaciones medias correspondientes a la provincia de Tierra del Fuego ($ 400) representan más de seis veces el gasto correspondiente a la provincia de Buenos Aires ($ 63). Esta brecha se incrementa hacia el año 2000, cuando el gasto per cápita máximo correspondiente a la provincia de Santa Cruz es siete veces el de la provincia de Corrientes, que presenta la menor erogación promedio para ese período.

CUADRO 2.1.
GASTO EN SALUD PER CÁPITA Y PORCENTAJE DEL GASTO EN SALUD SOBRE EL GASTO TOTAL PROVINCIAL[1] - ARGENTINA
1993 Y 2000 (EN PESOS CONSTANTES DE 1999)

	1993		2000		Variación 1993-2000	
Jurisdicción	Gasto provincial en salud per cápita[2]	Gasto en salud sobre el gasto total provincial %	Gasto provincial en salud per cápita	Gasto en salud sobre el gasto total provincial %	Gasto provincial en salud per cápita %	Gasto en salud sobre el gasto total provincial %
Buenos Aires	63,2	11,3	76,6	9,9	21,1	-12,4
Catamarca	133,9	8,1	137,5	8,3	2,7	2,6
Córdoba	114,1	13,2	64,6	8,0	-43,3	-39,4
Corrientes	83,9	11,1	49,9	9,1	-40,5	-18,0
Chaco	83,6	9,5	108,9	9,5	30,4	-0,9
Chubut	165,7	11,5	157,1	11,8	-5,2	3,1
Entre Ríos	97,0	10,6	118,6	10,1	22,3	-5,2
Formosa	107,1	7,0	120,4	8,5	12,5	22,2
Jujuy	118,6	9,9	104,6	8,8	-11,8	-10,8
La Pampa	197,6	11,4	199,1	11,0	0,8	-3,7
La Rioja	143,0	6,9	217,6	8,7	52,1	27,1
Mendoza	82,3	9,0	89,2	9,2	8,4	2,7
Misiones	82,2	10,2	73,8	8,1	-10,2	-20,0
Neuquén	204,6	10,2	230,4	11,4	12,6	11,6
Río Negro	156,4	9,3	109,6	8,8	-29,9	-4,7
Salta	118,3	13,9	114,3	12,4	-3,4	-11,2
San Juan	133,7	10,8	128,3	11,6	-4,0	6,7
San Luis	137,1	11,3	142,3	10,5	3,8	-7,7
Santa Cruz	236,9	9,3	344,0	9,0	45,2	-2,9
Santa Fe	65,9	9,0	66,1	7,9	0,4	-12,3
Santiago del Estero	98,6	9,5	114,0	11,1	15,7	17,1
Tierra del Fuego	400,4	11,8	289,2	8,6	-27,8	-26,9
Tucumán	72,9	10,6	74,8	9,2	2,5	-13,4
G.C.B.A.	276,0	27,6	286,4	28,0	3,8	1,5
Promedio Total	140,5	11,0	142,4	10,0		

Notas: 1. Los gastos presupuestarios de los gobiernos provinciales comprenden las erogaciones que realizan estos gobiernos y son financiadas con recursos propios (entre los que se consideran la Coparticipación Federal de Impuestos), con los provenientes de Nación (aportes y asignaciones específicas) y con deuda pública. 2. El cálculo considera la población proyectada para el año 1995 por el INDEC.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, en www.mecon.gov.ar

Si se considera la evolución del gasto en salud como proporción del gasto total provincial en este período también se verifica una gran dispersión entre las jurisdicciones. Entre las provincias con variaciones negativas se encuentran las de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. En ellas, el proceso de municipalización del gasto fue más profundo que en otras jurisdicciones, restándole protagonismo al ministerio provincial. En otras provincias, como Corrientes, Misiones, Salta y Tucumán, la caída es significativa y en todos los casos superior al 12%. Se trata de jurisdicciones con menores ingresos relativos, lo que redunda en aumentos en la brecha de equidad en el acceso financiero a los servicios de salud.

La media nacional en el período se ubica en alrededor de 140 pesos constantes de 1999, sin embargo, la dispersión es extremadamente amplia. En el caso de Santa Cruz, por ejemplo, su asignación se mantiene siempre por encima del promedio nacional, con una mínima en 240 pesos constantes, incrementándose en el año 2000, cuando casi alcanza los $ 350. Otras jurisdicciones, como Corrientes y Córdoba muestran un proceso inverso, con una caída sustantiva en la asignación de recursos en términos de moneda constante. Sin embargo, si se asume un criterio alternativo de comparación como modo de establecer el nivel de prioridad de las políticas sanitarias en la estrategia de cada gobierno provincial y se considera este gasto como porcentaje del gasto total de cada una de las provincias, se observa una cierta convergencia en todas las jurisdicciones de un gasto de entre el 8 y el 9,5%.

La evolución del gasto provincial permite observar cómo su comportamiento ha fluctuado a lo largo de esta última década en forma diferenciada entre provincias. Esto se encuentra asociado con el modo en que cada una de las jurisdicciones establece su estrategia en salud pública a partir de la transferencia a los hospitales y centros de salud por parte de la Nación a fines de la década pasada. A partir de entonces, cada una de las provincias ha establecido sus propios mecanismos de reforma atendiendo a iniciativas individuales, en función de las necesidades de su población y de sus estructuras de oferta, así como también del peso relativo de los distintos actores en el financiamiento y la provisión de sus servicios de salud.

Los datos de la Superintendencia de Servicios de Salud permiten estimar que, en 2001, en diez jurisdicciones del país, las obras sociales nacionales cubrían al menos un tercio de la población, y en tres de

ellas (Ciudad de Buenos Aires, Santa Fe y La Pampa) su participación se encontraba por encima del 40%. En el extremo opuesto, provincias como Formosa, Neuquén y Santiago del Estero tenían una cobertura de obras sociales nacionales inferior al 25%. En el caso del PAMI, la cobertura en las jurisdicciones oscila entre el 5 y el 10%. La Ciudad de Buenos Aires se ubica por encima de esta banda con el 14%, mientras que las provincias de Tierra de Fuego y Formosa se ubican por debajo con un 2 y 3% respectivamente. La cobertura de las obras sociales provinciales también muestra una amplia dispersión. Generalmente, las jurisdicciones más pobres, concentradas en el norte del país, cuentan con una cobertura de las obras sociales provinciales mucho más amplia que las de la región patagónica y pampeana. Esto se relaciona con la baja capacidad productiva de esas provincias, que limita las posibilidades de generar empleo fuera del sector público. En provincias como Catamarca, Salta y La Rioja, la población con cobertura de obras sociales provinciales se encuentra por encima del 25%, mientras que en Mendoza, Chubut, Santa Fe y Córdoba están por debajo del 20%.

El cuadro 2.2 muestra la evolución de la población cubierta por algún sistema de aseguramiento formal (obras sociales nacionales, obras sociales provinciales y PAMI o seguros privados) por jurisdicción entre 1991 y 2001.

A partir de esta población con cobertura formal de la seguridad social y de los servicios privados voluntarios, se establece la cobertura del sector público. En diez de las veinticuatro jurisdicciones del país la cobertura del sector público es superior al 50%, en tanto que jurisdicciones como la Ciudad de Buenos Aires, Santa Cruz, Tierra del Fuego y Chubut muestran una cobertura del sector público inferior al 40%.

La dispersión tanto en cobertura como en financiamiento de las distintas jurisdicciones caracteriza al sistema descentralizado y fragmentado de salud en la Argentina. Es por eso que este trabajo se propuso identificar dos provincias, con distintas características, no solamente en términos de necesidades básicas insatisfechas y acceso a los servicios de salud, sino también de la estructura de la oferta de los servicios, a fin de establecer comportamientos alternativos en un país federal. Los casos seleccionados –Chaco y Mendoza– establecen comportamientos dispares en cuanto a la evolución del gasto y también en la participación de distintos mecanismos de aseguramiento social en el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

CUADRO 2.2.
PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON COBERTURA DE OBRA SOCIAL, PLAN MÉDICO O MUTUAL, POR PROVINCIA[1] - ARGENTINA
1991 Y 2001

División político territorial	Población con cobertura 1991	Población con cobertura 2001	Diferencia 1991-2001
Capital Federal	80,3	73,8	-6,5
Santa Cruz	77,0	70,8	-6,2
Tierra del Fuego	69,2	69,9	0,7
Chubut	67,4	60,5	-6,9
La Rioja	66,0	59,2	-6,8
Santa Fe	71,0	58,0	-12,9
Catamarca	63,2	55,0	-8,3
La Pampa	64,8	54,5	-10,3
Córdoba	62,2	54,2	-8,0
Tucumán	64,7	51,8	-12,9
Entre Ríos	61,5	51,3	-10,1
Neuquén	59,7	51,3	-8,5
Buenos Aires	63,3	51,2	-12,1
Río Negro	61,2	50,1	-11,1
Mendoza	57,8	49,4	-8,4
San Luis	62,4	48,4	-14,0
San Juan	59,1	47,0	-12,1
Jujuy	56,0	45,8	-10,1
Misiones	50,2	42,2	-8,0
Salta	51,3	39,6	-11,7
Corrientes	51,6	37,9	-13,7
Santiago Del Estero	44,6	36,3	-8,3
Chaco	47,8	34,5	-13,4
Formosa	42,7	34,2	-8,6
Total del país	63,1	51,9	-11,2

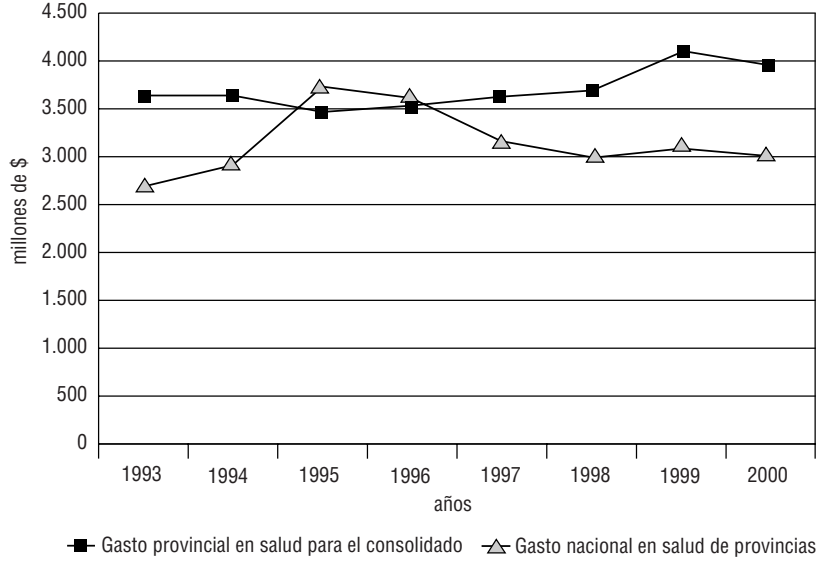
Nota: 1. Los casos en los que se ignora si poseen o no cobertura en salud fueron distribuidos proporcionalmente.
Fuente: Censos de Población 1991 y 2001.

Dentro de este marco general del sistema descentralizado argentino cabe preguntarse cuál es el papel que desempeña el sector público nacional. Como se estableció al principio de esta sección, el gasto público del gobierno nacional se focaliza en tres aspectos, entre ellos el financiero. Dado que las diferencias provinciales pueden estar asociadas a capacidades/limitaciones para generar ingresos, como a sus estrategias de salud, la función financiera del nivel central tiene como principal objetivo hacer más equitativo el desarrollo del sistema de atención.

El gráfico 2.1 muestra la evolución de gasto público en salud. Los datos indican que el gobierno nacional contribuye en aproximadamente el 40% del gasto, en tanto que las provincias aportan el 60% restante durante el período analizado.

Estos valores se destacan desde dos perspectivas. En primer lugar, resulta importante, a la luz de los mecanismos federales de interven-

GRÁFICO 2.1.
EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD



ción, poder conocer cuál es la estructura del gasto del sector público nacional en salud, dado que el manejo y gerenciamiento de los recursos en infraestructura en salud se encuentran a cargo de las provincias. Por otra parte, corresponde analizar la desagregación del gasto en salud aportado por la Nación y en qué medida se asocia con mecanismos pro equidad.

El cuadro 2.3 muestra para los años 1999 y 2000 las transferencias tanto corrientes como de capital realizadas por el gobierno nacional a cada una de las jurisdicciones y el peso relativo que tienen estas transferencias en el porcentaje del gasto provincial en salud para cada uno de los dos períodos seleccionados.

Como puede observarse, no se identifica un mismo patrón de comportamiento entre ambos períodos. Las transferencias de la Nación a las distintas jurisdicciones en el año 2000 se localizan en erogaciones para gastos corrientes más que en transferencias de capital. En todos los casos el peso relativo de estas transferencias sobre el total del gasto provincial en salud es poco significativo. A excepción del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y de la provincia de Buenos Aires en el año 2000, las transferencias no superan el 1% del gasto provincial en salud.

El análisis de la estructura de transferencias entre distintas jurisdicciones tampoco permite identificar un criterio de equidad en el manejo de recursos nacionales. Las provincias con mayor proporción de población pobre o menor producto bruto geográfico, no son necesariamente las beneficiarias del mayor porcentaje de recursos por parte del gobierno central.

El total de las erogaciones del gobierno nacional en salud se redujo en el 16% entre los años 1996 y 2000. De ese total, la línea de gasto directo en promoción, prevención y tratamiento del SIDA fue la que recibió el mayor aumento (327%), en tanto que el menor aumento se atribuye a iniciativas específicas de salud materno infantil (4,6%). Se observa que la participación de las iniciativas específicas en el gasto total del gobierno nacional en salud es muy baja, alcanzando apenas el 2,9% en 1996 y el 4% en el año 2000. En estas iniciativas focalizadas, las líneas de salud materno infantil y SIDA contribuyen con el 63% del gasto nacional total en salud en 1996 e incrementan su participación, llegando en el año 2000 al 88%. La línea asociada con el PAMI representa aproximadamente el 70% de las erogaciones para todos los períodos analizados (www.mecon.gov.ar, 2002).

CUADRO 2.3.
TRANSFERENCIAS DE LA NACIÓN A PROVINCIAS, DESTINADAS AL SECTOR SALUD Y PROPORCIÓN DEL GASTO TOTAL PROVINCIAL EN SALUD, POR PROVINCIA
ARGENTINA
1999 Y 2000
EN MILLONES DE PESOS CONSTANTES DE 1999

Jurisdicción	1999				2000			
	Transferencias corrientes	Transferencias de capital	Transferencias	Gasto provincial en salud %	Transferencias corrientes	Transferencias de capital	Transferencias	Gasto provincial en salud %
Buenos Aires	0,28	8,27	8,55	0,72	39,94	3,02	42,96	3,95
Catamarca	0,26	0,00	0,26	0,02	0,97	0,00	0,98	0,09
Córdoba	1,30	2,20	3,50	0,30	2,82	1,16	3,99	0,37
Corrientes	0,91	0,55	1,45	0,12	2,29	0,43	2,72	0,25
Chaco	1,51	1,64	3,15	0,27	3,81	1,15	4,97	0,46
Chubut	0,15	0,51	0,65	0,06	0,78	0,39	1,17	0,11
Entre Ríos	0,36	1,76	2,12	0,18	1,72	0,62	2,35	0,22
Formosa	0,91	1,71	2,61	0,22	1,60	0,29	1,89	0,17
Jujuy	0,83	1,86	2,69	0,23	2,27	1,58	3,85	0,35
La Pampa	0,18	0,00	0,18	0,02	0,34	0,05	0,40	0,04
La Rioja	0,61	0,00	0,61	0,05	0,74	0,31	1,05	0,10
Mendoza	1,37	1,58	2,95	0,25	2,15	0,53	2,68	0,25
Misiones	1,48	0,95	2,43	0,21	2,44	1,04	3,49	0,32
Neuquén	0,75	0,00	0,75	0,06	1,03	0,00	1,04	0,10

CUADRO 2.3. (cont.)
TRANSFERENCIAS DE LA NACIÓN A PROVINCIAS, DESTINADAS AL SECTOR SALUD
Y PROPORCIÓN DEL GASTO TOTAL PROVINCIAL EN SALUD, POR PROVINCIA
ARGENTINA
1999 Y 2000
EN MILLONES DE PESOS CONSTANTES DE 1999

Jurisdicción	1999				2000			
	Transferencias corrientes	Transferencias de capital	Transferencias	Gasto provincial en salud %	Transferencias corrientes	Transferencias de capital	Transferencias	Gasto provincial en salud %
Río Negro	0,00	0,99	0,99	0,08	1,16	0,85	2,01	0,18
Salta	2,33	0,00	2,33	0,20	3,34	0,00	3,35	0,31
San Juan	0,19	0,00	0,19	0,02	1,01	0,00	1,01	0,09
San Luis	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	0,00	0,68	0,06
Santa Cruz	0,05	0,00	0,05	0,04	0,34	0,00	0,34	0,03
Santa Fe	1,93	0,68	2,60	0,22	3,07	0,03	3,10	0,29
Santiago del Estero	0,81	0,00	0,81	0,07	1,79	0,08	1,87	0,17
Tierra del Fuego	0,02	0,00	0,02	0,00	0,21	0,00	0,21	0,02
Tucumán	1,69	0,63	2,32	0,20	3,20	0,17	3,38	0,31
G.C.B.A.	87,59	0,00	87,59	7,41	39,82	0,00	39,88	3,66

Fuente: Secretaría de Hacienda, Dirección de Presupuesto y Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, en www.mecon.gov.ar.

Si se considera el gasto del PAMI como indicador de gasto focalizado en un grupo poblacional específico, y se le suman las iniciativas específicas, aproximadamente entre el 75 y el 80% del gasto del gobierno nacional se encuentra orientado a sectores desprotegidos. Si se retira de estos valores la atención de la ancianidad (que incluye no sólo salud sino también recreación, servicios funerarios, etcétera), el nivel de gasto focalizado, especialmente en salud sexual y reproductiva, se reduce drásticamente y alcanza un magro 4% del gasto total.

En tanto, las transferencias de recursos de origen nacional a las provincias destinados a salud por programa en el año 2001 muestran una fuerte focalización en el financiamiento de la atención de la madre y el niño, una menor proporción de las transferencias tienen como destino la prevención y el control de enfermedades y riesgos específicos. Del total de fondos transferidos, la provincia del Chaco recibió el 1,4% y Mendoza el 1,2%. El 92% de los recursos de la primera estaban destinados al financiamiento de la actividad materno infantil, el 75% tuvo igual destino en Mendoza. Cabe destacar que las actividades de los programas de salud sexual y reproductiva se financian fundamentalmente a través de esta línea de actividades. En ninguna de las dos provincias el gobierno nacional destina fondos a otros programas alternativos, tales como la lucha contra el SIDA, la asistencia financiera a grupos sin seguro de salud o la detección y el tratamiento de enfermedades crónicas.

La descentralización ha representado una oportunidad para la promoción de la salud sexual y reproductiva en la medida que ha favorecido el debate local sobre la prioridad de la temática en la definición de políticas, a partir del cual se generaron iniciativas que precedieron a las asumidas a nivel central.

Sin embargo, dadas las limitaciones financieras que este proceso pone en evidencia, las provincias no siempre pueden incorporar de manera eficiente los consensos sociales sobre la necesidad de una intervención sistemática en esta materia. En este sentido, el nivel central, que cumple un rol fundamental en el campo normativo, financiero y en la promoción de los ejes centrales de la política sectorial, puede desempeñar un papel relevante.

3. LA EXPERIENCIA ARGENTINA EN LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SALUD REPRODUCTIVA

3.1. ORIENTACIONES Y MEDIDAS DE REFORMA SECTORIAL

Las reformas del sector salud argentino de la década de 1990 se inscribieron en la profunda crisis fiscal y en los costos sectoriales crecientes que se observaron durante los ochenta. Dentro del marco general de reforma del Estado emprendida a partir de los noventa, el Poder Ejecutivo nacional estableció cuatro políticas sustantivas de salud (decreto 1.269/92): lograr la plena vigencia del derecho a la salud para toda la población, mediante la implementación de un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad; mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica, mediante la extensión de la cobertura a toda la población; disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, mediante acciones de promoción y protección de la salud, y redefinir el rol del Estado nacional, fortaleciendo el proceso de federalización y descentralización.

Desde el Estado, las medidas de reforma diseñadas se han orientado a completar la descentralización de la atención pública, iniciada tres décadas atrás,[1] a la adecuación del hospital público como presta-

1. La ley 21.883 de 1978 había transferido hospitales públicos a las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán, y a la Ciudad de Buenos Aires.

dor dentro del sistema de salud (hospital de autogestión), a la desregulación de las condiciones de afiliación a la seguridad social, a aumentar los niveles de equidad en el acceso a través del avance hacia un sistema de aseguramiento social con transferencia de recursos entre trabajadores formales con mayores ingresos hacia los de menores ingresos (cambios en la implementación del Fondo Solidario de Redistribución) y al diseño e implementación de programas focalizados. Los avances regulatorios se concentraron en la unificación de aportes y contribuciones, la definición de una base de prestaciones para el establecimiento de un mecanismo de contención de costos y de asignación más equitativa de recursos (Programa Médico Obligatorio), y la creación de un Programa Nacional de Garantía de Calidad de la atención médica y de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Los análisis de las medidas aplicadas durante la década de 1990, sin embargo, vinculan a esta fase de reformas del sector salud argentino, más que a los objetivos planteados por las políticas, a la contención de costos, la búsqueda de eficiencia y de racionalidad del sistema, de acuerdo con una meta principalmente macroeconómica que buscaba reducir los costos de producción. El crecimiento de la oferta de servicios curativos durante la década de 1970, en un sistema basado en la incorporación de tecnología y de especialización de la atención, desembocó en la crisis financiera de los años ochenta, que afectó la sustentabilidad financiera de la seguridad social y condujo a una saturación de la oferta de la estructura prestadora del sector privado en expansión. Las medidas de reforma sectorial intentaron fundamentalmente atender estas dificultades financieras, centrándose en la promoción de la competencia entre aseguradores y prestadores de servicios de salud, con algunos avances en la regulación del sistema (OPS/OMS, 1998).

3.1.1. Reformas en el rol del Estado

A principios de la década de 1990 se completa la descentralización de los servicios públicos con la transferencia a las provincias y a la Ciudad de Buenos Aires de veinte hospitales y algunas instituciones especializadas, hasta entonces dependientes del nivel nacional (ley 24.061). Existe consenso en afirmar que en el proceso de descentralización predominó la prosecución de objetivos financieros, con poca

atención a los requerimientos de eficiencia y equidad (Cetrángolo y Devoto, 1999).

En el marco de la descentralización de los servicios públicos, los sistemas provinciales de salud se alimentan con fondos propios y con recursos coparticipables del gobierno federal, los que son incluidos en los presupuestos de cada provincia. La disparidad que se observa en la asignación de los recursos federales atenta contra la equidad de la cobertura pública entre las jurisdicciones provinciales. Como ha sido analizado, las provincias con mayores porcentajes de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) o menor producto geográfico no reciben necesariamente mayor proporción de recursos del gobierno central (Maceira, 2002).

La descentralización de los servicios públicos se combinó con la autogestión hospitalaria, pensada como estrategia de descentralización a nivel microeconómico y orientada a lograr la autonomía financiera de los hospitales. En 1993 se crea la figura del hospital público de autogestión, con el propósito de generar recursos propios adicionales a las asignaciones presupuestarias históricas y evitar la continuidad de los subsidios cruzados a la seguridad social (decreto 578/93). Se habilita a los hospitales públicos que adhieran al régimen a implementar mecanismos directos de cobro a la seguridad social por la atención de sus afiliados, celebrar contratos de prestación de servicios, adquirir insumos y manejar recursos de manera independiente.

A requerimiento de las autoridades de cada jurisdicción los hospitales pueden ser incorporados a este régimen. Como condición se establece que los hospitales deben brindar atención igualitaria e indiferenciada a toda la población, dando la atención requerida por las personas que carezcan de cobertura y de recursos económicos. Además, deben cumplir con el Programa Nacional de Calidad, recibir fondos de la jurisdicción correspondiente sobre la base de su producción, eficiencia y tipo de población atendida y complementar sus ingresos con importes aplicados a las personas que puedan pagar los servicios recibidos, así como con fondos provenientes de contratos con prepagas, mutuales y obras sociales. Asimismo, este decreto establece un Registro Nacional de Hospitales de Autogestión y como obligatorio el pago de servicios prestados por hospitales públicos a las obras sociales, mutuales y prepagas.

No se han identificado estudios recientes que permitan evaluar los avances alcanzados. Si bien todas las jurisdicciones –con la sola ex-

cepción de la provincia del Neuquén– inscribieron un número significativo de hospitales en el registro,[2] se estima que no avanzaron en un proceso de descentralización real de la gestión. La inscripción sirvió fundamentalmente a los efectos de quedar habilitados para facturar a las obras sociales y recibir los fondos debitados por la Superintendencia de Servicios de Salud directamente de los recursos de las obras sociales.

Hacia 1997 se estimaba que la mayor parte de una limitada captación de fondos adicionales de los hospitales de autogestión se restringía al recupero por servicios prestados a obras sociales y no alcanzaba a capas de población de mayores recursos.[3] Por otra parte, no se registraba ninguna ampliación del tiempo de atención al público, ni se había relacionado el pago sobre salarios a mejoras en la productividad de los agentes (Cetrángolo y Devoto, 1999).

El programa de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, por su parte, se inscribe en el objetivo de fortalecer el papel regulador del Estado para alcanzar el mejor nivel de calidad posible al menor costo económico y social, así como en el de actualizar las normas vigentes en esta materia.

Con el objetivo de ampliar la cobertura y mejorar la accesibilidad, y acorde con las estrategias que fueron ganando consenso en el campo de las políticas sociales, desde el Estado se propuso atender de manera prioritaria la problemática de los sectores más postergados de la sociedad y de ciertos grupos de población de particular riesgo. La estrategia de focalización parece haberse desarrollado en el marco de la perspectiva que intentaba incluir criterios de equidad en la agenda de las reformas sectoriales en América latina, mediante la determinación de prioridades en salud pública y la focalización de beneficios y servicios para los sectores más necesitados (Almeida, 2002).

El diseño e implementación de programas focalizados en la mayor parte de los casos combinó financiamiento internacional con fondos nacionales y fue pensado como alternativa para fortalecer tanto el Estado nacional como los estados provinciales o municipales. Estos programas tuvieron en común esquemas organizativos relativamente complejos, en algunos casos dotados de mayor autonomía que los programas regulares, lo que llevó en la práctica a que se sumaran a las unidades administrativas que ya venían trabajando, y coexistieron, sin demasiada articulación, con otras iniciativas de diferentes áreas del gobierno nacional. Otro de los rasgos destacables de este modelo de gestión fue la promoción de la participación de la sociedad civil.

2. Según información de la Dirección Nacional de Normatización de Servicios del Ministerio de Salud, hasta el mes de diciembre de 2002 se habían inscripto en el Registro 1.375 hospitales.

3. Según estimaciones del gasto público social, los pagos de las obras sociales sólo representaban el 3% del financiamiento de los establecimientos públicos, porcentaje apenas superior al financiamiento de las familias (2,7%).

En esta generación de programas nacionales se inscriben algunos que incluyeron la atención de algunas de las dimensiones de la salud reproductiva. En la órbita del Ministerio de Salud, con destacada actuación, el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) iniciado en 1994, y el Programa Nacional contra los Retrovirus del Humano VIH/SIDA y ETS - Proyecto de Control del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual - LUSIDA, creado en 1997. Más recientemente, el Programa de Apoyo Nacional a Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHI), implementado desde 2000. Otra experiencia en el Ministerio de Salud, de carácter piloto, que se ejecutó con fondos no reembolsables del Banco Interamericano de Desarrollo, fue el Programa Regional contra la Violencia Intrafamiliar. En otras áreas del gobierno nacional se destacan las acciones del Programa de Atención a Grupos Vulnerables del Ministerio de Desarrollo Social, que cuenta con un Componente de Atención a Poblaciones Indígenas (CAPI), y del Consejo Nacional de la Mujer.

Hacia fines de la década de 1990 la focalización, como eje orientador de la política en el campo social, es revisada y los programas se replantean, definiendo objetivos que tienden a incorporar al conjunto de la población, a la vez que compensar las iniquidades geográficas y sociales.

3.1.2. Las reformas en la seguridad social

Las reformas en el subsector de la seguridad social fueron lideradas inicialmente por el Ministerio de Economía. El decreto de desregulación económica de 1991 crea el Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) y establece la Contribución Única de la Seguridad Social (CUSS) (decreto 2.284/91), centralizando la recaudación de aportes. En 1993 comienza el proceso de desregulación de la afiliación a la se-

guridad social, fundamentado en la búsqueda de competencia en la captación de beneficiarios entre las obras sociales nacionales (comprendidas en la ley 23.660 de 1989), con el propósito de estimular una mayor eficiencia en la gestión de la cobertura y producir una concentración de beneficiarios en grandes instituciones capaces de generar un adecuado reparto de riesgos (decreto 9/93).[4] El referido decreto 9/93 establece que para el cumplimiento de este objetivo las obras sociales podrán fusionarse, federarse o utilizar otros mecanismos de unificación total o parcial. Esta medida ha estado apoyada por la posibilidad de acceder a recursos técnicos y financieros para implementar los cambios requeridos.[5]

Por primera vez se abre la posibilidad de que los beneficiarios de una obra social se afilien a otra para recibir cuidados de salud, eliminando la obligatoriedad de aportar y recibir atención en la organización de salud correspondiente a la rama de actividad laboral en la que se desempeñan. Los límites de la libre elección refieren tanto a requisitos administrativos que deben cumplimentarse, como al universo donde esta elección puede ejercerse. La libre elección de obra social recién se concretó en 1997 (Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, 2000).

En una primera instancia, la elección quedó restringida a las instituciones comprendidas en la ley de obras sociales (ley 23.660/89). Normas posteriores abrieron la posibilidad de incorporar dentro del espectro de las opciones a otras entidades cuyo objetivo fuese brindar

4. También se introdujeron modificaciones en el Fondo Solidario de Redistribución, cuyo funcionamiento había sido estipulado en 1989 por la ley 23.661 de incorporación de las obras sociales nacionales a un Sistema Nacional de Seguro de Salud, con el propósito principal de asistir financieramente a las entidades que recibieran ingresos promedio por beneficiarios menores a un monto determinado. El decreto 576/93 establece un mecanismo de distribución automática entre las obras sociales.

5. El Programa de Reconversión Técnica y Financiera de las Obras Sociales (PROS), financiado por el BIRF, que se encuentra en su etapa final de monitoreo, ha dado apoyo técnico y financiero a treinta y una obras sociales que calificaron para la reconversión en aspectos institucionales, financieros y asistenciales. En conjunto, estas instituciones cubren alrededor del 50% de los beneficiarios del sistema. El monto máximo por entidad es el equivalente a tres meses de recaudación sobre el promedio del último año. El préstamo tiene un plazo de devolución de hasta quince años, con un período de gracia de tres. El PROS ha ejecutado en estos préstamos un total de US$ 262,9 millones. En el marco del PROS, se aprobó un préstamo de US$ 8,2 millones para apoyo técnico, económico, financiero y legal para el INSSJP-PAMI (Información estadística del PROS).

servicios de atención de la salud. En el marco de este proceso de desregulación de las obras sociales y de control de la medicina prepaga se permite que éstas funcionen como obras sociales, lo cual supone la aceptación del mismo tipo de control y la adhesión a sus normas (decreto 446/00).[6] Un escaso número de entidades se incorporó al sistema.

Otro de los límites planteados obedeció a la necesidad de eliminar la doble cobertura y obligó a concentrar los aportes del grupo familiar en una sola entidad, tanto de los beneficiarios titulares individuales, como en el caso de los cónyuges cuando ambos sean titulares.[7]

Si bien la norma establece que la elección debe darse dentro de los límites del sistema de obras sociales, los acuerdos de gerenciamiento de cápitas establecidos por algunas obras sociales con empresas de medicina prepaga dan lugar a que el aporte al sistema de seguridad social sea derivado a la contratación de seguros privados. Se evalúa que la migración hacia sistemas privados de cobertura por esta vía no ha tenido un impacto significativo en términos de población cubierta, sin embargo resulta relevante desde la perspectiva de la organización sectorial.[8] Al respecto, es destacable que una de las banderas del sector de la medicina prepaga en los inicios del proceso de desregulación de participar como alternativa de cobertura, en igualdad de con-

6. La aplicación de esta norma queda suspendida por el decreto 377/2001, como medida cautelar ante las acciones judiciales encaradas por diversas obras sociales en razón de que la medida, junto con otras incorporadas en los decretos que dieron lugar al ejercicio más amplio del derecho a optar entre distintos agentes del seguro, "produjeron un desequilibrio financiero en la disponibilidad de recursos, atentando contra el principio de solidaridad que debe regir en el mismo (sistema de obras sociales) alterando su funcionamiento administrativo y su régimen de control y supervisión" (considerandos del decreto 377/01).

7. Los decretos 1.141, 1.142 y 1.560 de 1996, y 84 y 206 de 1997, así como las resoluciones 633 y 656 de 1996 del MSyAS establecen que, en el caso de los cónyuges que aportan a distintas obras sociales (comprendidas en la ley 23.660), se unifiquen los aportes en una sola obra social evitando así la doble cobertura.

8. Hasta el año 1999, trece obras sociales, de diverso tamaño poblacional (Bancarios, Telefónicos, OSSINRA, OSPADEP, ASE, WITCEL, OSSEG, OSPOCE, OSDO, OSEIV, OSDIC y UPCN) habían establecido convenios con doce empresas de medicina prepaga (SPM, Swiss Medical, Medicus, OMINT, Docthos, AMSA, DIAGNOS, CEPRIMED-MEDIPLAN, Qualitas, CEMIC, MEDICIEN, SANITAS-NUBIAL). En la mayor parte de los casos, cada una de estas empresas tiene convenios con diferentes obras sociales y los afiliados a las distintas obras sociales tienen más de una opción dentro del universo de estas empresas.

diciones con las obras sociales dentro del esquema de seguridad social, haya sido abandonada. La hipótesis es que la normativa vigente les permite captar la porción de mercado que se corresponde con su población objetivo, manteniendo sus normas y lógica de funcionamiento.

Hacia mediados de la década de 1990 se observan esfuerzos por reglamentar y otorgar coherencia al sistema de salud de la seguridad social, y avanzar sobre la regulación de un sector privado históricamente desregulado. En 1995 se define un paquete básico de prestaciones, adecuado al perfil epidemiológico de la población y a las prestaciones existentes, en la forma de un Programa Médico Obligatorio (PMO). El PMO garantiza una uniformidad mínima en la cobertura de las obras sociales nacionales y frena la continuidad de la reducción de los aportes patronales que se había iniciado en 1994 (decreto 492/95). En 1997 se extiende la obligatoriedad del PMO a las empresas privadas de seguro médico (ley 24.754).

A partir de la libre elección, las obras sociales receptoras de nuevos afiliados no pueden establecer carencias, preexistencias, ni condicionamientos para la admisión. Las normas establecen que sólo tendrán obligación de brindar la cobertura establecida en el Programa Médico Obligatorio (PMO), aun cuando la de sus afiliados originales fuese mayor, lo cual da lugar al pago de suplementos para equiparar coberturas.

Las limitaciones a la plena vigencia de la aplicación del PMO se relacionan con la disponibilidad de recursos tanto financieros como físicos, en el caso de las obras sociales, y con los márgenes de rentabilidad de las unidades aseguradoras, en el caso de los seguros privados.

Un aspecto importante del proceso de desregulación de las obras sociales se relaciona con los proveedores de servicios. El decreto 9/93 establece la libertad de contrato entre las obras sociales y los proveedores, excluyendo del mercado a aquellos agentes que tradicionalmente controlaron la oferta bajo condiciones oligopólicas (esto es, las asociaciones profesionales, de clínicas), dando paso de esta forma a la competencia de precios entre los proveedores (Belmartino, 1999).

Más allá de la aparición de nuevas formas de intermediación, tales como las compañías gerenciadoras de cápitas y las uniones transitorias de empresas, estas instituciones siguen monopolizando los contratos entre los financiadores (PAMI, obras sociales provinciales y nacionales) y los proveedores de servicios.

En este marco, se crea en 1996 la Superintendencia de Servicios de Salud en el ámbito del Ministerio de Salud, a través de la fusión de tres organismos.[9] La Superintendencia, con autarquía administrativa y financiera, es el organismo responsable de la supervisión, el monitoreo y control de la integración de los agentes del Sistema Nacional de Seguro de Salud. Además verifica el cumplimento del PMO, de las reglamentaciones del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, la normativa referente al hospital público de autogestión y la libre elección de obra social.

3.1.3. Rasgos destacados de la reforma

A manera de síntesis puede destacarse que, desde el punto de vista de la organización del sistema de atención, los cambios más importantes en la última década se han dado en el sistema de obras sociales, ya que pueden identificarse modificaciones en su organización, financiamiento y en aspectos de la provisión de servicios. Entre estos cambios, los que han tenido mayor impacto son los referidos a la libertad de contratación entre las entidades financiadoras y los proveedores de servicios.

Asimismo, es posible afirmar que se ha operado un cambio desde una débil regulación estatal hacia una regulación por los mecanismos de mercado. El núcleo más importante de regulación está dado en el nivel de intermediación y se expresa en las orientaciones que regulan los contratos entre pagadores, intermediarios y proveedores directos (Belmartino, 1999).

La reforma a nivel macroeconómico se ha orientado a reducir los costos de producción. Como resultado de las reformas se han incorporado nuevos actores (aseguradores), nuevos intermediarios y formas de contratación que han modificado las relaciones de poder en el sistema. El centro de la reforma se ha dado en un sector con una limi-

9. En la Superintendencia de Servicios de Salud se fusionan la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS). A la Superintendencia se le asigna la responsabilidad de la administración del Fondo Solidario de Redistribución, antes en el ámbito de la ANSSAL, con la excepción de los fondos destinados a la Administración de Programas Especiales, encargada de la cobertura de medicamentos oncológicos, antirretrovirales e insulinas (decreto 1.615/96).

tada proyección de crecimiento, dado el comportamiento del mercado laboral. Más allá de los esfuerzos desplegados por el Estado nacional por adecuar sus estructuras y formas de gestión, la década de 1990 se caracterizó por una débil capacidad reguladora del sistema.

Si bien se han introducido medidas tendientes a operar una mayor regulación del sector de seguros privados y se ha intentado la adecuación de la estructura de los servicios públicos en función de los lineamientos de la reforma sectorial, tanto el subsistema público, como el de aseguramiento privado han sido menos modificados en sus aspectos esenciales por los proyectos de reforma.

Las nuevas orientaciones asumidas en la presente década ubican al Estado Nacional en un rol de mayor protagonismo (medicamentos genéricos, seguro materno infantil, impulso a la investigación como base de la acción), en el cual la política asumida en el campo de la salud sexual y reproductiva es un ejemplo paradigmático.

3.2. REFORMA Y ESTRATEGIAS EN SALUD REPRODUCTIVA

Las medidas de reforma del sector salud argentino coexistieron durante la década de 1990 con una serie de estrategias tendientes a la institucionalización de la salud sexual y reproductiva. Estas estrategias fueron básicamente promovidas por la participación de los movimientos sociales preocupados por la problemática de la mujer en la conformación de las agendas públicas. Las acciones en este campo se expresaron en la creación de programas integrales en salud reproductiva en los niveles provinciales y, más recientemente, en la sanción de una ley nacional de salud sexual y procreación responsable.

En este proceso, parecen haberse combinado la actividad de las organizaciones no gubernamentales en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos con la decisión de sectores de las administraciones públicas provinciales y nacional para la sanción y promulgación de legislaciones específicas. Si bien estas leyes no han avanzado en problemáticas como la despenalización del aborto inducido, han instituido la preocupación por la salud reproductiva como una de las áreas prioritarias del sistema de salud.

Varias organizaciones de la sociedad civil llevan a cabo acciones en el campo de la salud sexual y reproductiva en la Argentina. En este proceso se han distinguido dos tipos de entidades: las prestadoras de

servicios y las de *advocacy*. Las entidades prestadoras se orientan a la comunidad en general o a los grupos más desfavorecidos; realizan actividades de promoción de la salud, de apoyo a instituciones de salud, de contención de grupos afectados por diversas patologías (por ejemplo, cáncer de mama, SIDA, o violencia familiar) y, en menor medida, de atención primaria. Las organizaciones de *advocacy* tienen por objetivo ejercer influencia en las decisiones institucionales a favor de los derechos sexuales y reproductivos; en su mayoría han tenido origen en el campo de los derechos humanos y en el movimiento feminista.

A diferencia de otros países de América latina, la incursión de las organizaciones de la sociedad civil en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva ha sido muy limitada. Sin embargo, durante la última década los organismos multilaterales que financiaron varios programas de salud y de desarrollo social promovieron la inclusión del tercer sector en la ejecución de las políticas sociales. Tales han sido los casos del programa LUSIDA y del CAPI, ya mencionados. Entre las organizaciones prestadoras se destaca la Asociación Argentina de Protección Familiar, la que, con una larga trayectoria en planificación familiar, brinda servicios de consultoría y provisión de métodos anticonceptivos, atención psicológica, asesoramiento en sexología y consulta jurídica para la mujer frente a situaciones de violencia.

Muchas de las organizaciones de *advocacy* participan en redes institucionales más amplias y se han vinculado al sector público a través del asesoramiento a programas y capacitación al personal de los servicios. Su participación en los debates internacionales se ha reflejado en la promoción de las discusiones en el nivel nacional. Han ocupado un rol relevante en la incorporación de la salud sexual y reproductiva en la agenda social, reconociéndose su aporte en las legislaciones nacional y provinciales. El Foro por los Derechos Reproductivos y las redes del Comité Latinoamericano y del Caribe por los Derechos de la Mujer (CLADEM), junto con organizaciones como la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), el Centro de Encuentro Cultura y Mujer (CECyM) y el Instituto Social y Político de la Mujer (ISPM), son representativos de esta labor.

En el marco de las estructuras descentralizadas, muchas provincias emprendieron procesos de institucionalización de la salud sexual y reproductiva a través de la producción de legislación específica para la creación de programas integrales. Estas legislaciones provincia-

les han tenido la particularidad de haberse sancionado con anticipación a la vigencia de una ley nacional. Por lo tanto, los programas integrales en salud reproductiva han preexistido en varios años al programa nacional, y han articulado sus acciones con los programas verticales nacionales en prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA y de cáncer genitomamario, creados durante la misma década, y con unidades administrativas de larga trayectoria en las administraciones públicas, como las direcciones de maternidad e infancia. En un proceso iniciado a principios de la década de los noventa, la mayor parte de las jurisdicciones cuenta hoy con programas integrales de salud reproductiva en sus estructuras, creados en su mayoría por leyes provinciales, y en algún caso por decreto o resolución (CEDES, 2003).

El programa nacional, destinado a la población en general, tiene por objetivo alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, a fin de que la población pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia en relación con la sexualidad y la procreación, disminuir la morbimortalidad materno infantil, prevenir embarazos no deseados, promover la salud sexual de los adolescentes, contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y patologías genital y mamaria, garantizar el acceso universal a la información, la orientación, los métodos y las prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y a la procreación responsable (ley 25.673, artículo 2º).

La ley prevé la transformación del sistema de atención, reforzando tanto la calidad como la cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. Establece un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y cáncer genitomamario. Entre las medidas, considera realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, prescribir y suministrar a demanda de los beneficiarios, sobre la base de estudios previos, métodos anticonceptivos de carácter reversible, no abortivos y transitorios, y efectuar controles periódicos posteriores a la utilización. Asimismo, prevé la incorporación de estas prestaciones en el PMO, en igualdad de condiciones con las otras cubiertas por los servicios del sistema público, de la seguridad social y de los sistemas privados (ley 25.673, artículos 6º y 7º).

En síntesis, el análisis de la experiencia argentina de reforma del sector salud y de atención de la salud reproductiva, durante la última década muestra la coexistencia de los dos procesos simultáneos señalados para la mayoría de los países de la región (Almeida, 2002; Fleury, 2000). Las estrategias de reforma del sector salud argentino durante los noventa parecen haber respondido principalmente a objetivos administrativos y financieros, lo cual plantea importantes desafíos para su articulación con las preocupaciones sociales que guían los esfuerzos para el mejoramiento de la atención de la salud reproductiva.

La articulación de estas estrategias con los procesos de reforma del sector salud parece inscribirse en la necesidad de ampliar el marco legal en salud sexual y reproductiva y de garantizar el acceso de la población a servicios integrados, de manera de asegurar que los cambios generados por la reforma "no desvíen ni retrasen los logros alcanzados como resultado de los compromisos internacionales y la larga lucha de diferentes grupos de la sociedad" (Langer y Nigenda, 2000). La complejidad de este escenario plantea numerosos desafíos para la integración de la agenda de la salud reproductiva en los procesos de transformación del sistema argentino de salud, que son retomados a la luz de los resultados de los estudios de caso.

3.3. ACCESO A SERVICIOS DE ATENCIÓN

La cobertura de salud es uno de los principales determinantes del acceso a los servicios de atención. Por su parte, el análisis de la cobertura de salud de las mujeres en edad reproductiva otorga indicios acerca de la composición del financiamiento de los servicios de salud específicos a este grupo social y permite interpretar las variaciones en la demanda de atención según una aproximación a su distribución social. La descripción del comportamiento de la cobertura durante la implementación de las reformas en el sector salud argentino contribuye a esbozar el escenario social en el que se inscriben estos procesos y, a su vez, a evaluar las modificaciones en la demanda de atención en el marco de las transformaciones del sistema.

Según datos censales, en la década de los noventa se redujo sensiblemente la proporción de población cubierta por los sistemas de seguro, que pasó de representar el 63,1% en 1991 al 51,9% en 2001. Entre las mujeres se observa una reducción similar: del 64,8% al 53,9%

en el mismo período. Según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida, para un período más reciente la cobertura de la población de las áreas urbanas del país se redujo del 63,7% en 1997 al 57,2% en 2001. Entre las mujeres el descenso fue del 65,4% al 58,9% en el mismo período. Se registran importantes brechas de cobertura según nivel de ingreso: mientras el 87% de la población del quintil de más altos ingresos cuenta con cobertura social o privada, la proporción se reduce al 18% entre la población del quintil de más bajos ingresos (SIEMPRO, 2001).

La cobertura de las mujeres en edades reproductivas, que es levemente inferior al promedio de las mujeres de todas las edades, también disminuye sistemáticamente. Mientras el 61,3% de las mujeres de quince a cuarenta y nueve años del total del país contaba con algún tipo de cobertura en 1991, la proporción se redujo al 50,2% en 2001. Según información de la Encuesta de Condiciones de Vida, en 2001, el 54,3% de las mujeres de quince a cuarenta y nueve años de las áreas urbanas del país estaba cubierta por sistemas de seguro, observándose significativas diferencias según nivel socioeconómico: sólo el 15,7 de las mujeres del 20% de ingresos más bajos frente al 85,8% de las pertenecientes al 20% de hogares de más altos ingresos contaba con cobertura social o privada en 2001 (SIEMPRO, 2001).

La tendencia descendente observada reorienta la atención hacia la capacidad de los efectores públicos para responder a una demanda creciente, que temporalmente coincide con los procesos de reforma del sector. El papel de la cobertura en el acceso a los servicios se evidencia en las tasas diferenciales de acceso a la consulta ginecológica. Según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de 1997 y de 2001, las tasas más elevadas corresponden a las mujeres que cuentan con cobertura de mutuales o prepagas, seguidas por las beneficiarias de obras sociales. Las mujeres que sólo cuentan con los servicios del hospital público acceden en menor proporción a la consulta ginecológica (CEDES, 2003).

Atención del embarazo y del parto

En la Argentina se registran altos niveles de institucionalización del parto. Según el registro de Estadísticas Vitales, en 1991 el 95,1% de los partos del país ocurrió en un establecimiento de salud, en 2001 esa proporción era del 98,5%.

El inicio temprano del control prenatal es una de las preocupaciones significativas de los servicios de atención de la salud en el marco de las acciones preventivas. La captación del embarazo durante el primer trimestre de gestación resulta un objetivo primordial de las estrategias orientadas a reducir los riesgos asociados a la maternidad y a la supervivencia infantil. En el conjunto urbano, cerca del 80% de los embarazos son captados durante el primer trimestre. La evolución reciente destaca que la captación temprana aumentó del 79,1 al 84,8% entre los embarazos del período 1994-1997[10] y los comprendidos en el período 1999-2001 (SIEMPRO, 1997; SIEMPRO, 2001). Sin embargo, se ha observado una leve reducción en la proporción de mujeres que acceden al número recomendado de controles, mientras el 86,8% de los embarazos del período 1994-1997 contó con cinco o más controles, la proporción desciende al 84,9% en los correspondientes al período 1999-2001 (SIEMPRO, 1997; SIEMPRO, 2001).

Se identifican importantes diferencias en la atención del embarazo según tipo de cobertura de la salud, siendo significativamente menor el cumplimiento de la norma de control temprano en el caso de las mujeres sólo cubiertas por el hospital público.

El comportamiento diferencial según el tipo de cobertura se expresa, asimismo, en el cumplimiento de normas referidas al número de controles que se realizan durante el embarazo. Datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2001 muestran que una proporción mayor de mujeres con cobertura de seguros realiza cinco o más controles durante el embarazo. Mientras en el 84,9% de los embarazos se cumple con esta norma, la proporción asciende al 92,5% en el caso de las mujeres que cuentan con cobertura.

Anticoncepción

La información disponible[11] muestra una alta propensión de las mujeres de todas las edades a utilizar algún método anticonceptivo para regular su fecundidad. Según datos de la encuesta de Monitoreo

10. La encuesta indaga sobre los embarazos de nacidos en los últimos tres años.

11. La información disponible referida a la anticoncepción es escasa, dado que la Argentina no ha participado de ninguno de los operativos internacionales de medición de la prevalencia de uso (Encuesta Mundial de Fecundidad, Encuestas de Demografía y Salud, entre otros).

de Metas Sociales, incluida en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) de 1994, la población de nuestro país mostraba una prevalencia de uso de anticonceptivos en áreas urbanas de entre el 44 y el 60%, contabilizando todos los métodos (modernos y tradicionales) (López, 1993; López y Tamargo, 1996; Valdez y Gomariz, 1993). En el año 2001, la prevalencia de uso en las mujeres sexualmente activas de las áreas urbanas era del 61,1% (Ariño, 2003).[12]

Otro rasgo distintivo de la Argentina es la marcada iniquidad social en el acceso a los métodos anticonceptivos, que se asocia a la edad y a la condición social y educativa de las mujeres. Las adolescentes y las mujeres pobres de nuestra sociedad son las más afectadas por la falta de oportunidades para acceder a métodos seguros y efectivos (una de cada cuatro mujeres tiene cuatro hijos o más) (López y Tamargo, 1996), identificándose fuertes diferencias por regiones: en 2001 el 71% de las mujeres del Área Metropolitana de Buenos Aires usaban métodos anticonceptivos, en tanto en la región Noroeste sólo lo hacía algo menos de la mitad de las mujeres de entre quince y cuarenta y nueve años (CEDES, 2003). Asimismo, se registra un comportamiento diferencial en función del tipo de cobertura: en 2001, el 61,9% de las mujeres sólo cubiertas por el hospital público utilizaba algún método anticonceptivo, frente al 67,5% de las beneficiarias de obras sociales y el 71,7% en el caso de las afiliadas a los sistemas privados.

Diversos estudios cualitativos han mostrado la existencia de dificultades para acceder a información apropiada y al asesoramiento y seguimiento médico en materia anticonceptiva entre las mujeres pobres. Estas dificultades afectan su comportamiento anticonceptivo, aumentando la ineficacia e inseguridad de los métodos (discontinuidad, efectos secundarios adversos, prescripción inapropiada, etcétera). Los resultados habituales de esta situación son embarazos no deseados, los que a menudo conducen a las mujeres a utilizar el aborto inducido (Balán y Ramos, 1989; López, 1993).

Respecto del tipo de método utilizado, existe información sobre

12. Como referencia, la prevalencia de uso de anticonceptivos (métodos modernos y tradicionales) es del 70% en las regiones desarrolladas (América del Norte, Japón, Europa, Australia y Nueva Zelanda); 57% en América latina y el Caribe; 71% en Brasil, y 59% en Colombia (UNFPA, 1999).

las mujeres adolescentes: píldora (52%), preservativo (34%), ritmo (20%), dispositivo intrauterino (3%) y otros métodos (6%) (Díaz Muñoz *et al*., 1996). En otro estudio basado en una encuesta poblacional aplicada a mujeres en edad fértil residentes en el área metropolitana del Gran Buenos Aires, se observó el siguiente patrón de uso según método: píldora (33%), preservativo (17%), DIU (15%), *coitus interruptus* (12%), inyecciones (8,5%), ritmo (7%), esterilización femenina (4,3%) y otros métodos no tradicionales (3,9%) (López, 1993). Según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2001, entre las mujeres en edad fértil de las áreas urbanas del país, el método más usado era la píldora (43%) y en segundo lugar el preservativo (38%). Un porcentaje similar de mujeres (15%) utilizaba el DIU y el ritmo, en tanto el 5% de las mujeres encuestadas informó el uso de otros métodos. La encuesta registró una mayor prevalencia de uso de la píldora entre las mujeres pobres (49%), en tanto, el método más usado por las mujeres no pobres fue el preservativo (41%) (Ariño, 2003).

4. LA EXPERIENCIA PROVINCIAL. LOS CASOS DE MENDOZA Y CHACO

En el marco del sistema federal de gobierno del país, las provincias constituyen unidades político administrativas autónomas, con constituciones propias pero sujetas a la Constitución Nacional, que reproducen la división de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial vigente en el nivel central. La diversidad regional del país se ha constituido a partir de los diferentes procesos históricos de constitución y de incorporación a la vida nacional, de los distintos regímenes de desarrollo de infraestructura y de promoción industrial, de los resultados de las políticas de población y del grado de inserción de sus recursos naturales en la economía nacional que, entre otros factores, explican importantes diferencias económicas y sociales.

Las provincias del Chaco y Mendoza presentan distintos perfiles demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos. La provincia del Chaco pertenece a la región nordeste del país; con una población cercana al millón de habitantes, representa el 2,7% del total nacional. El Chaco se caracteriza por un índice relativamente alto de urbanización (79%) y un bajo nivel de concentración de su población; Gran Resistencia, su principal aglomerado urbano, reúne sólo el 37% de la población provincial (INDEC, 2003).

Con una población joven (cerca del 40% de la población tiene menos de quince años de edad), la provincia presenta una situación social crítica, con un nivel de ingresos sensiblemente inferior a la media nacional, y cuenta con población aborigen (se estima que aproxima-

damente 30 mil chaqueños pertenecen a las etnias Toba, Wichí, Mocoví y Pilagá).

La provincia de Mendoza forma parte de la región de Cuyo, ubicada en el centro oeste del país. Su población representa el 4,4% del total nacional, sumando cerca de 1,6 millones de personas. El 80% de la población provincial reside en áreas urbanas, concentrándose en Gran Mendoza, el principal aglomerado urbano de la provincia (INDEC, 2003). Si bien su tasa de desocupación se ha duplicado durante la década de 1990, al igual que la del resto del país, su nivel en el año 2000 se mantenía sensiblemente por debajo de la media nacional (INDEC, 2003a).

Según estimaciones de mayo de 2003, Gran Mendoza tenía el 57% de su población ubicada bajo la línea de pobreza, mientras que en Gran Resistencia esta proporción llegaba al 71% (INDEC, 2003b). Mendoza presenta valores más cercanos a la media nacional en indicadores clave de salud reproductiva, tales como tasa de fecundidad adolescente y de mortalidad materna y perinatal, mientras que el Chaco ha mostrado históricamente una situación más crítica.

Ambas provincias cuentan actualmente con programas de salud reproductiva. En 1994, con anterioridad a la puesta en marcha de los programas, la captación temprana del embarazo alcanzaba el 88% en Gran Mendoza y el 75% en Gran Resistencia, y la prevalencia de utilización de métodos anticonceptivos era del 61% y el 40% respectivamente (INDEC, 1994).

En términos de la oferta de servicios de salud, las respectivas obras sociales provinciales presentan diferencias que son de interés para este análisis. Mendoza tiene efectores propios y ha incorporado las prestaciones de salud reproductiva como parte de la atención que brinda a sus afiliados.

Los estudios de caso dan cuenta de las distintas respuestas elaboradas por el sistema de atención tanto público como el de la seguridad social de cada provincia, incorporando la visión que sobre su propia práctica y de las acciones tomadas por otros participantes del sistema tienen los distintos actores, entre los que se incorpora a las organizaciones de la sociedad civil. El análisis incluye, asimismo, la evaluación que distintas organizaciones intermedias del sistema de salud de cada provincia hacen sobre los efectos de las reformas del sector en la atención de la salud sexual y reproductiva.

4.1. LA PROVINCIA DE MENDOZA

4.1.1. El contexto de la salud sexual y reproductiva[1]

La institucionalización de las actividades de promoción y de atención de la salud sexual y reproductiva en la provincia reconoce como hito fundacional la sanción de la Ley de Salud Reproductiva Provincial (6.433/96), en el marco de la cual se creó el Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR). Si bien se contaba con un marco legal a nivel nacional desde 1985 (ley 23.179, sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer, incorporada a la Constitución Nacional en 1994), con anterioridad a la sanción de la ley provincial eran limitadas las acciones en este campo.

Entre los primeros antecedentes están las actividades de planificación familiar desarrolladas tempranamente en la década de 1960 en hospitales de la ciudad de Mendoza. Fueron experiencias impulsadas por directores de servicios o pequeños grupos de profesionales, apoyadas tanto por la Asociación Argentina de Protección Familiar (AAPF) –organización no gubernamental que proveía de insumos anticonceptivos–, como por docentes de las cátedras de Ginecología y Obstetricia. También Mendoza se vio afectada por la prohibición del gobierno nacional en 1974 de realizar actividades destinadas directa o indirectamente al control de la natalidad, medida que durante mucho tiempo inhibió iniciativas y desarrollos de este tipo.

Resulta importante la experiencia del municipio de la ciudad de Mendoza, donde las iniciativas personales pudieron sortear algunas de las barreras que imponía el clima restrictivo antes señalado. En 1983 se inicia la actividad de un servicio de anticoncepción en los tres centros de salud del municipio, ubicados en el cordón urbano marginal. Como en las experiencias pioneras, contó con el apoyo de la AAFP a través de la provisión de insumos. Con este antecedente, en 1988 se inició desde la Municipalidad de la Ciudad de Mendoza el primer Programa de Planificación Familiar en la provincia, iniciativa

1. El análisis del contexto se basa en los trabajos de Ana María Andía "Salud Reproductiva en Mendoza", 1998 y "El programa de salud reproductiva en Mendoza. Una política de Estado. Una herramienta para la disminución de la mortalidad materna", 2001.

que ha tenido continuidad en el tiempo. Si bien acotado en sus alcances, se le reconoce valor como referencia de un modelo que pudo dar adecuada respuesta a las usuarias. Contó desde sus inicios con un fuerte respaldo político, aunque no se plasmó en un instrumento legal. Algunos rasgos que se destacan en este modelo son la posibilidad de acceder desde múltiples vías de entrada, la integración con otros programas y actividades, la articulación con organizaciones de la sociedad civil, la educación permanente, la continuidad e incremento de la oferta y la gratuidad de la atención, así como de los insumos anticonceptivos que provee.

La promulgación de la ley puso en funcionamiento el PPSR y ha sido la base para numerosos avances en este campo. Al respecto, puede citarse la resolución ministerial (1.733/99) que con posterioridad aprobó las normas para la implementación del Proyecto de Anticoncepción de Emergencia y, posteriormente, la Resolución 2.492, del año 2002, que habilita a los hospitales públicos y a los profesionales que allí se desempeñan a realizar el procedimiento quirúrgico de ligadura de trompas de Falopio.[2]

Diagnóstico de situación

Según las estimaciones de la tasa global de fecundidad para el período 2000-2005, la provincia de Mendoza exhibe un valor de 2,6 hijos por mujer, levemente superior a la media nacional, proyectada en 2,4 para el mismo período (INDEC, 2003c).

Los cambios en la fecundidad de la provincia, acompañaron el fenómeno de transición demográfica del país, con una reducción lenta y persistente, que comprendió en mayor medida al grupo de mujeres adultas. Entre 1991 y 2001 aumentan los nacimientos de madres adolescentes y casi se duplican en términos absolutos los nacimientos de madres menores de quince años. La proporción de nacimientos de madres menores de veinte era en 2001 superior al promedio nacional (15,1% y 14,6%, respectivamente), lo cual marca un desafío para las

2. La resolución habilita este procedimiento "para todos los casos donde no sean aplicables otros métodos anticonceptivos (fundado en causas de orden físico clínico y/o psicosociales) y cuenten con indicación terapéutica precisa, previo haberse otorgado consentimiento escrito de la paciente".

acciones en este campo en la provincia.

La tasa de mortalidad materna correspondiente al año 2001 (39 muertes por 100.000 nacidos vivos) fue menor que la del nivel nacional (43 por 100.000 nacidos vivos). Las causas más relevantes de muerte materna siguen siendo el aborto, la hipertensión durante el embarazo y las hemorragias (Ministerio de Salud, 2002). Mendoza incorporó desde hace varios años la pregunta sobre antecedente de embarazo en los certificados de defunción de las mujeres en edad fértil, por lo que se puede inferir que los datos sobre mortalidad materna son representativos del número real de eventos ocurridos.

La mortalidad perinatal, que refleja en cierta medida los aspectos vinculados a la calidad de la atención del embarazo y el parto, muestra una tendencia decreciente: en 1994 fue del 23,5 por 1.000 nacidos vivos y descendió a 14,5 por 1.000 nacidos vivos, en el año 2001. Sin embargo, al analizar en forma comparativa la evolución de diferentes indicadores de mortalidad en la provincia, se observa que esta tendencia decreciente es homogénea.

Entre 1984 y 2003 en la provincia se notificaron 362 casos de SIDA, hasta 1999 veinticuatro de estos casos correspondieron a menores de trece años, registrándose sólo un caso de niños menores de esta edad en el período posterior. Hubo un pico de treinta y ocho casos notificados de SIDA en el año 2000, seguido de un significativo descenso a partir de 2001, de manera coincidente con la tendencia nacional, situación que refleja el impacto de los programas provinciales de prevención en la reducción de la incidencia de factores riesgo. Hasta el año 2001 se acumularon 190 muertes por SIDA en la provincia (Ministerio de Salud, 2003).

4.1.2. Reforma y salud sexual y reproductiva en la provincia de Mendoza

La provincia de Mendoza adhirió al régimen de autogestión hospitalaria a través de una ley provincial. La modalidad de gestión descentralizada de los hospitales públicos dio lugar a desarrollos desiguales, asociados al tipo de paciente atendido (con o sin cobertura en la seguridad social), a la capacidad de gestión de cada unidad, y a su nivel de complejidad (a mayor tamaño o complejidad del centro de atención, mayor capacidad para facturar).

Esta disparidad observada y la consideración de la región como

una entidad capaz de contemplar de modo integral las características sanitarias de su población impulsó en la provincia un proceso que tiende a cambiar el foco de la descentralización hacia la región. El proyecto de ley, presentado a fines de 2001, contempla la asignación de recursos ya no a los hospitales sino a la región, procurando el financiamiento de la demanda en lugar de la oferta. De este modo pretende concentrar los recursos en los servicios más requeridos y hacia los centros de salud que atienden mayor cantidad de población, siguiendo criterios de producción y calidad. A tal fin, se busca facilitar las relaciones de referencia y contrarreferencia.

La regionalización se basa en una estrategia que refuerza la atención primaria de la salud, tendiendo a un modelo de "población a cargo", experiencia actualmente en curso: en el año 2000 existían sólo cuatro médicos de cabecera con población asignada, en diciembre de 2002 sumaban 90. Los médicos de cabecera son médicos de familia y su trabajo se financia con recursos tanto nacionales como provinciales. Cada uno de ellos brinda atención al grupo familiar, y tienen asignadas 1.000 personas para su atención.

En el proceso hacia la regionalización del sector público, en el año 2000 la provincia implementó una estrategia novedosa para la distribución del recupero de gastos a través de la facturación a la seguridad social, que consistió en la inscripción en la Superintendencia de Servicios de Salud de "redes" de salud, ampliando la capacidad de facturación del sector público más allá de los efectores individuales. Las redes incluyen hospitales y centros de salud provinciales y municipales; el producto de la facturación ingresa al área departamental para ser reasignada en función de una estrategia global.

Si bien el objetivo es la organización de un sistema coordinado en el cual la totalidad del presupuesto sea gestionado por las regiones, el presupuesto 2003 no se orientó aún en esa dirección, sino que asignó recursos a cada área departamental y a cada hospital. Para concretar la propuesta de regionalización desde el punto de vista financiero es necesario modificar la legislación existente, de modo de permitir la descentralización de recursos a nivel regional.

Actualmente, y de acuerdo con los funcionarios del área, la regionalización del sector salud goza de consenso, y la gestión regional, aprobada por el decreto 1.448, define las regiones y establece los cargos de directores regionales. La ley propuesta es considerada un instrumento de fortalecimiento del nivel municipal, ya que reuniría en el consejo consultivo de cada región a los representantes municipales que actualmente no intervienen en las decisiones políticas en el campo de la salud. Asimismo, constituye un traspaso de poder a la región, en la medida que ésta es autónoma en el uso de sus recursos.

En relación con las compras de insumos, a partir del año 2000 –y con el objetivo de obtener mejores precios– se ensayan formas de adquisición mixta, con algún nivel de integración, consistente en la formación de un fondo de compra, en el que cada uno de los hospitales transmite sus necesidades al ministerio y éste gestiona las operaciones de acuerdo con la sumatoria de esas necesidades. La adquisición de insumos genéricos –usados por todos los hospitales– se realiza en forma centralizada.

Si bien las obras sociales provinciales no participan del PMO diseñado por el Ministerio de Salud de la Nación, cada una de ellas tiene reglamentaciones específicas sobre las prestaciones cubiertas. Desde el año 2001, la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) –que cubre aproximadamente al 20% de la población de la provincia– se rige con el mismo nomenclador para efectores públicos y privados. Sin embargo, se evidencia un aumento de prestaciones en las instituciones públicas debido principalmente a que los usuarios optan por evitar el coseguro requerido en las instituciones privadas. Así, por efecto de la crisis económica, aumenta la afluencia de sus afiliados al área estatal. Una experiencia en principio piloto, y que luego se instaló en forma permanente, suprimió el coseguro para la toma del Papanicolau, mostrando un alza en la cantidad de mujeres que accedían a su realización.

En un movimiento coincidente con los procesos de regionalización del sector público, la OSEP otorgó mayor autonomía a sus delegaciones, especialmente en el manejo de recursos financieros. A partir de la sanción de una ley provincial de salud reproductiva en 1996, la OSEP incorporó un programa específico en esta área, asegurando a sus beneficiarios la prestación de servicios y cobertura en anticonceptivos.

El programa provincial de salud reproductiva cuenta con efectores en todos los hospitales y centros de salud de la provincia. Financia anticonceptivos, descartables, y algunos medicamentos. En regiones de escasa población, o donde los médicos cuentan con población asignada, se observa un ajuste entre los insumos ofrecidos y las necesidades de los usuarios. De este modo, por ejemplo, el consumo de inyectables es marcadamente variable de un centro a otro, dependiendo del perfil de la población y de las modalidades de prestación.

Si bien actualmente el programa constituye una unidad de trabajo muy pequeña, cuenta con efectores a través de todos los hospitales y centros de salud de la provincia. Se estima que en el mediano plazo dejará de ser un programa y se incorporará a la actividad de rutina de cada jurisdicción, planificando tareas a través de los efectores de salud. En ese momento, la compra de insumos –que hoy realiza el programa y luego distribuye a los efectores sobre la base de una reposición– tendría que realizarse en los mismos términos que la compra de medicamentos y otros insumos.

Entre sus estrategias se prevé la generación de mecanismos de monitoreo y evaluación de sus actividades y la generación de mecanismos de control. Para ello se elaborarán indicadores de impacto del programa y se unificarán los sistemas tanto de información como de evaluación que tenía cada uno de los programas vinculados a la salud sexual y reproductiva. A fines del año 2000 se ha impulsado la creación de las pasantías en medicina familiar. Adicionalmente, se asiste a la lenta incorporación de obstétricas en el nivel de atención primaria de la salud. El financiamiento del programa proviene de una participación porcentual en la recaudación de juegos y casinos de la provincia.

En general, la adhesión al programa es significativa en los profesionales de atención primaria no habilitados en la práctica para brindar servicios que excedan la consejería, como los médicos de familia o los trabajadores sociales. Las pasantías en salud reproductiva, promovidas desde el PPSR, que se han orientado a legitimar a los médicos de familia frente a los ginecólogos en la atención de la salud sexual y reproductiva, se encuentran aún en el camino de lograr este objetivo.

Las usuarias de los servicios tienen una imagen positiva del programa. Valoran la gratuidad que facilita el acceso, que los profesionales atiendan y contengan sus inquietudes, la atención personalizada y la posibilidad de contar con la información y los recursos requeridos para decidir el método anticonceptivo (MDSyS de Mendoza, 2001).

Los esfuerzos de distintas áreas de gobierno y de la sociedad confluyen potenciando la actividad del programa, como por ejemplo el proyecto UNICEF - Ministerio de Desarrollo Social y Salud de Mendoza relativo a la formación de multiplicadores en salud reproductiva. El proyecto se implementó entre los años 2001 y 2002, en el marco del programa provincial, con el objetivo de reforzar las acciones destinadas a disminuir la morbimortalidad materna en la provincia. Incluyó actividades de capacitación a promotores de salud, agentes sanitarios y jefas de hogar.

En el área del Ministerio de Desarrollo Social y Salud de la provincia funcionan otros programas vinculados a la salud sexual y reproductiva, que han desarrollado importantes articulaciones entre sí y con el Programa de Salud Reproductiva: el Programa Provincial de Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama, el Programa Provincial de Prevención y Asistencia del SIDA,[3] y el Instituto de Políticas Públicas para la Equidad entre Hombres y Mujeres (IPPEHM). Como ejemplo de estas articulaciones, el PPSR colabora con el programa de prevención del cáncer genitomamario a través de la compra de insumos e instrumental, y recibe preservativos desde el programa de SIDA. En tanto, el Centro Emilio Coni[4] apoyó actividades de capacitación que se desarrollaron en el marco del Plan Jefas de Hogar. Las beneficiarias del Plan accedieron a talleres en los que se las capacitó sobre la realización del Papanicolau y se proveyó elementos de difusión.

Desde la sociedad civil, distintas organizaciones trabajan en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, y asumieron un rol activo en la elaboración de la ley provincial. El Grupo Ecuménico de Mujeres, proveniente del campo de los derechos humanos, formado en la década de 1970 como Instituto para la Liberación y Promoción Humana, apoyó la sanción de la ley provincial de salud reproductiva a través de actividades de divulgación y capacitación. "Los niños crecen", organización de creación más reciente, orientada a la prevención y atención del SIDA entre la población infantil. Trabaja en el marco de un convenio con el Programa de Atención a Niños y Adolescentes (PROAME) del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación.

Distintos actores acuerdan acerca de la importancia que ha cobrado la salud sexual y reproductiva, en gran medida de manera independiente de la reforma del sector salud, y directamente asociada con el éxito del programa específico.

3. Creado por ley provincial 6.438 de 1996, para la prevención y la asistencia integral del paciente infectado por el virus del VIH. Se ha financiado con el 20% de los fondos recaudados por el Instituto Provincial de Juegos y Casinos y por utilidades líquidas de determinados juegos.

4. La ley 5.773 de 1991, que creó el Programa Provincial de Detección Precoz de Cáncer de Útero y Mama, contempló el equipamiento de este centro de referencia para el diagnóstico y tratamiento de las patologías genitomamarias.

Por su parte, las actividades del Programa de Salud Reproductiva han tenido un importante impulso a partir de la sanción de la ley nacional, en el año 2002. Si bien el programa cuenta con el mismo presupuesto desde el año 1998, a partir de estas normas los profesionales identifican una mayor afluencia de pacientes para consultas informativas en los servicios donde funciona.

La inclusión de la obra social provincial en la ley de salud sexual y reproductiva, ha tenido gran impacto por el volumen de población al que brinda cobertura, dado su liderazgo sobre el resto de la seguridad social. Sin embargo, entre las dificultades de aplicación del programa, se identifica la actitud de algunos médicos que limitan el acceso a ciertas prestaciones de salud sexual y reproductiva, tales como la colocación de DIU en los hospitales y centros de salud de la provincia, promoviendo un doble estándar según sean sus pacientes del sector público o del sector privado, vinculado con motivaciones de lucro.

En este nuevo contexto, una apropiada articulación entre el sector público y las instituciones de la seguridad social permite el desarrollo de actividades conjuntas. La autogestión hospitalaria es un marco propicio para esa articulación.

4.1.3. Acceso a servicios de atención

Según datos censales, en el año 2001, el 48% de la población de la provincia contaba con algún tipo de cobertura, lo cual implica una reducción del 14% en el período intercensal 1991-2001, inferior a la observada en el conjunto del país (-18%). La cobertura de las mujeres en edad fértil era algo menor a ese promedio (47,3%) en 2001.

En Gran Mendoza se observa una caída significativa de los niveles de cobertura social o privada de salud, la población cubierta pasa de representar el 65,5% al 56,8% del total de población del aglomerado entre 1997 y 2001. El descenso de la cobertura se concentra en los sectores de ambos sexos ubicados por debajo de la mediana de ingresos, mientras que los sectores de población mejor posicionados en la distribución del ingreso tienden a mantener sus niveles de cobertura entre ambos años. En el caso de las mujeres en edad reproductiva la cobertura social o privada de salud descendió del 61,5% al 52,5% en el mismo período (SIEMPRO, 1997; SIEMPRO, 2001).

Al igual que en el conjunto del país, el parto institucional tiene una cobertura prácticamente universal: en Mendoza el 99% de los nacimientos ocurren en establecimientos asistenciales, tendencia sostenida en la última década. Se debe destacar el aumento de la proporción de partos atendidos en hospitales públicos, que en el Gran Mendoza pasaron de representar el 42,5% al 47,4% del total de partos institucionalizados entre 1994 y 1997 (INDEC, 1996; SIEMPRO, 1997). En el año 2001, el 54% de los partos (nacidos vivos) ocurridos en el país fueron atendidos en el sector público (Ministerio de Salud, 2002).

La captación temprana del embarazo en Gran Mendoza aumentó sensiblemente entre 1997 y 2001: mientras el 77,6% de los embarazos del período 1994-1997[5] recibió control temprano, en el período 1999-2001 la proporción aumentó al 90,4%, nivel superior al correspondiente al total urbano (84,8%) (SIEMPRO, 1997; 2001). Se verifican importantes brechas según tipo de cobertura: en 1997, mientras el 83% de las mujeres afiliadas a obras sociales o seguros privados inició el control del embarazo en el primer trimestre, esta proporción se redujo al 69% entre las que contaban con cobertura del hospital público. Esta brecha (12%), que se mantuvo en el período 1994-1997, equivalía a la mitad de la observada a nivel del conjunto urbano (24%) (INDEC, 1994; SIEMPRO, 1997).

El acceso a la consulta ginecológica también aumentó en las mujeres en edad reproductiva del Gran Mendoza entre 1997 y 2001. El aumento del indicador entre ambos años (de 43,8 a 53,8%) resultó más pronunciado en el sector con cobertura social o privada de salud (de 46,4 a 61,1%) que en el de las mujeres con cobertura pública (de 39,5% a 45,7%), las primeras siguieron manteniendo mejores niveles de acceso (SIEMPRO, 1997; 2001).

Los niveles de acceso a la realización del Papanicolaou en Gran Mendoza en 2001 eran inferiores a los del conjunto urbano. En 2001 el 44,1% de las mujeres en edad reproductiva realizó este control, y en áreas urbanas este porcentaje ascendió al 50,5%. En tanto, el 28,1% realizó mamografía, proporción algo superior a la registrada entre las mujeres de esas edades en las áreas urbanas del país (26,1%) (SIEMPRO, 2001).

Según la Encuesta Especial para el Diagnóstico y la Evaluación de las Metas Sociales relevada en 1994, la utilización de métodos anticonceptivos en Gran Mendoza era del 61%. Se observaba en este as-

5. La encuesta indaga sobre los embarazos de nacidos en los últimos tres años.

pecto una importante brecha según pobreza y según tipo de cobertura de salud: mientras el 65% de las mujeres que contaban con cobertura de obras sociales o prepagos utilizaba algún método anticonceptivo, la proporción se reducía al 53% en el caso de las mujeres cubiertas por el sistema público. Similares brechas se observaron entre mujeres pobres y no pobres según necesidades básicas insatisfechas (50,6% y 62,9%, respectivamente) (INDEC, 1996). En 2001, la brecha observada en función de la cobertura se mantenía: el 66,8% de las mujeres que contaba con cobertura social o privada utilizaba métodos anticonceptivos, la proporción descendía al 56,3% en las mujeres que sólo contaban con la cobertura del hospital público.

4.2. LA PROVINCIA DEL CHACO

4.2.1. El contexto de la salud sexual y reproductiva

La provincia cuenta con una ley de salud reproductiva (4.276), sancionada en 1996. La promulgación de la ley estuvo precedida por un amplio debate público. Las audiencias públicas, convocadas por los legisladores que la impulsaban, se desarrollaron en toda la provincia con el fin de construir un consenso acerca de sus alcances. Fueron veinticinco reuniones en las que las organizaciones representativas y la comunidad en general tuvieron la oportunidad de plantear su opinión respecto de la legislación propuesta. Tanto la Iglesia Católica, como numerosas organizaciones afines, ejercieron fuerte presión en contra de su sanción. Si bien la iniciativa contó con el respaldo de los grupos médicos, hubo sectores disidentes que consideraban que la ley favorecía una posición antinatalista.

Luego, a través de un decreto del Poder Ejecutivo provincial, se facultó al Ministerio de Salud Pública provincial para reglamentar el Programa de Salud Reproductiva, que comenzó a ser implementado en marzo de 1998. Actualmente, existen cuatro proyectos de ley para reglamentar la ligadura de trompas y la vasectomía que, como en el caso de la ley de salud reproductiva, enfrentan la oposición de sectores de la Iglesia Católica y de una corriente de opinión que sostiene que el proyecto encubre el propósito de esterilización masiva de las mujeres.

La cooperación técnica desarrollada por UNICEF tuvo un rol muy importante en la incorporación de la temática de la salud sexual y reproductiva en la provincia. El gobierno provincial, con la asesoría de UNICEF, trabajó a partir de 1996 en la programación de metas para la reducción de la mortalidad materna e infantil y en la implementación de un plan para alcanzar las metas consensuadas. Como correlato lógico de estas actividades, se planteó la necesidad de contar con un programa que atendiera las necesidades que en materia de procreación se planteaban.

Los resultados de estas actividades se cuentan entre las bases del programa. Entre ellos, se pueden mencionar los referidos a la aprobación de normas de atención del embarazo y parto de bajo riesgo y de atención del recién nacido, la elaboración del *Manual de programación*, las actividades de Fortalecimiento Institucional y la creación de los Comités Zonales de Monitoreo y Evaluación de muertes maternas, perinatales y pediátricas.

Diagnóstico de situación

Según las estimaciones, la tasa global de fecundidad para el período 2000-2005 es 3,1 hijos por mujer en la provincia del Chaco. Representa la segunda tasa más alta del país, lo cual es un indicador de la desventaja histórica para las mujeres de la provincia en el acceso a los beneficios de las acciones llevadas a cabo en relación con la salud sexual y reproductiva.

La mortalidad materna es un indicador que expresó en forma permanente la gravedad de la situación de la atención de la salud de las mujeres en el Chaco. La provincia ha tenido indicadores muy superiores a la media nacional a lo largo de su historia, situación que se magnifica si se realiza una estratificación por áreas geográficas dentro de la misma provincia. Tiene una larga historia de sensibilidad frente a esta temática ya que durante más de treinta años ha intentando dilucidar las situaciones asociadas a las muertes maternas a través de la investigación de casos, involucrando a diferentes actores sociales vinculados a la temática. La tasa de mortalidad materna de la provincia (159 por 100 mil nacidos vivos) es casi cuatro veces superior a la media nacional y afecta con mayor severidad a ambos extremos de la vida reproductiva (menores de quince años y mayores de treinta y cinco). La mayor parte de las muertes se debe a causas obstétricas directas. Los factores de mayor peso son el aborto, las hemorragias y la hipertensión inducida por el embarazo. En tanto, el 25% de las

muertes maternas se produce por causas obstétricas indirectas.

Entre 1986 y 2003 en la provincia se notificaron 150 casos de SIDA, sólo tres de estos casos –registrados en el año 2001– correspondieron a menores de trece años. El Chaco registró un pico de treinta casos notificados de SIDA en el año 1997, a partir de ese momento se observa un significativo descenso, de manera coincidente con la tendencia nacional, que reflejaría el impacto de los programas provinciales de prevención. Hasta el año 2001 se acumularon cincuenta y cuatro muertes por SIDA en la provincia (Ministerio de Salud, 2003). Si bien a la fecha, los indicadores son sensiblemente inferiores a los de las provincias del centro del país, es importante el seguimiento de las actuales tendencias para evaluar el comportamiento de esta problemática y del esfuerzo preventivo desarrollado desde los programas.

4.2.2. Reforma y salud sexual y reproductiva en la provincia del Chaco

El sector salud en la provincia se organiza en una estructura regional que reconoce siete zonas sanitarias, que incluyen más de un municipio. Cada una de ellas tiene asignado, desde el ministerio, un presupuesto propio que tiende a cubrir las necesidades indicadas por el informe anual que presenta la dirección de zona, aunque finalmente el monto erogado se ajusta al presupuesto disponible. Cada dirección de zona cuenta asimismo con una "caja chica" propia, para el funcionamiento de los centros de salud de su área. Los centros de salud, por su parte, cuentan con fondos propios, obtenidos por recupero de gastos.

En la provincia, los hospitales suelen recurrir al cobro de un bono contribución a los pacientes no afiliados a la seguridad social, cuya gestión la realizan cooperadoras, organizaciones vecinales o religiosas. En el caso de Cáritas, el total recaudado es destinado a la compra de métodos anticonceptivos. Otras cooperadoras, en cambio, destinan los fondos obtenidos a diversos fines, de acuerdo con las necesidades de insumos del hospital, sin injerencia de la dirección de zona ni del ministerio.

Entre los hospitales con capacidad de facturar a las instituciones de seguridad social, el mayor recupero se realiza a través del INSEP, la obra social provincial. Actualmente existen en la provincia diversos grados de autogestión hospitalaria, que han permitido la firma de

contratos con la mayoría de las obras sociales. Sin embargo, la facturación es limitada por problemas administrativos. El financiamiento de los hospitales públicos sigue dependiendo en gran medida del Ministerio de Salud Pública, responsable del pago de salarios del personal médico, así como de su contratación y despido. El ministerio centraliza la compra de medicamentos y gran parte de los insumos hospitalarios, salvo algunas excepciones (los hospitales Perrando y Pediátrico de Resistencia, y el 4 de Junio), que por su nivel de facturación se encuentran en condiciones de autoabastecerse en medicamentos. La contratación de prestadores privados o subcontratación de otros servicios sigue las pautas de un proceso todavía centralizado: los hospitales cuentan con la capacidad de gestionarlos, previa autorización del director de zona y con el acuerdo del ministerio.

La obra social provincial brinda cobertura en salud al 30% de la población del Chaco. Su cartera de beneficiarios no ha variado en la última década debido a la obligatoriedad del aporte de los empleados provinciales y a la falta de una estrategia para competir en el mercado de aseguramiento.

Aunque no cuenta con efectores propios, esta obra social posee un fondo de alta complejidad –creado en 1990– que cubre enfermedades catastróficas. Asimismo, posee una farmacia propia con catorce delegaciones en la provincia. Los contratos con los prestadores de servicios de salud son realizados a través de instituciones intermedias: la Federación Médica, el Colegio Médico Gremial, y la Asociación de Clínicas. El mismo mecanismo sigue la contratación de especialistas en odontología, oncología, kinesiología, etcétera. En todos los casos, el modo de pago es por prestación, incluyendo en los contratos un "techo" de prestaciones, que desde el año 2000 es inflexible (anteriormente, el excedente facturado generaba una deuda en el INSEP). La cobertura se basa fundamentalmente en la demanda espontánea y no en programas preventivos.

El INSEP acompañó el proceso de descentralización provincial, brindando a sus catorce delegaciones poder relativo de acuerdo con el tamaño y la cantidad de afiliados a su cargo. Las delegaciones son responsables de la compra de chequeras y solicitudes de prácticas. Sin embargo, los especialistas consideran que el sistema no es totalmente eficiente en el manejo de la información, que al no estar centralizada, impide el cruce de datos y dificulta el sistema de auditorías.

Si bien la matriculación de los profesionales se encuentra a cargo

de la Dirección de Fiscalización Sanitaria del Ministerio de Salud Pública de la Nación, existen dos entidades –ambas de jurisdicción provincial y con idénticas funciones– a las cuales los médicos pueden afiliarse en forma excluyente: la Federación Médica, que agrupa a la mayoría de los médicos provinciales, y el Colegio Médico Gremial, desprendimiento de la primera. Los modos de contratación son variados. En tanto algunas obras sociales estructuran convenios con ambas instituciones –el INSEP, por ejemplo– otras, en general las obras sociales sindicales, se inclinan por una, excluyendo la otra.

La Federación Médica es una entidad que reúne seis asociaciones médicas de la provincia y nuclea aproximadamente a 1.000 médicos. Sus funciones exceden la representación profesional y, como en la provincia de Mendoza, actúa no sólo como intermediaria entre financiadores y prestadores, sino como institución de aseguramiento. Sus contratos con la seguridad social incorporan principalmente servicios médicos, y en algunos casos prácticas bioquímicas u otras especialidades a través de los respectivos colegios profesionales asociados. Siguiendo el cambio iniciado en el modo de contratación por PAMI, las obras sociales fueron modificando su sistema de pago por prestación al sistema capitado.

La Federación posee una alianza estratégica con la Asociación de Clínicas, que incluye convenios gerenciados por ambas partes, a través de los cuales la Federación gira fondos que corresponden a prácticas sanatoriales, mientras que la Asociación es responsable del pago de los honorarios médicos. Según sus directivos, la crisis macroeconómica ha afectado seriamente a la entidad, fundamentalmente debido a las dificultades de cobro a las obras sociales nacionales, al PAMI y a la obra social provincial. Asimismo, consideran que la implementación del PMO a nivel de sistemas de aseguramiento social afecta la actividad de su aseguradora –FEMECHACO–, dado que debe competir con otras instituciones de seguro (prepagas) que no son regidas por iguales normas.

El Colegio Médico Gremial, por su parte, cuenta con 450 afiliados, con delegaciones en Villa Angela y Gral. San Martín y una red prestacional propia. Es una entidad sin fines de lucro que funciona como intermediaria en la contratación de obras sociales, prepagas y mutuales, y brinda a los socios otros beneficios, como seguro de mala praxis, respaldo gremial por reclamos y asesoría legal.

A pesar de los mecanismos de coordinación entre el INSEP y el

Ministerio de Salud Pública, es escasa la vinculación de la obra social provincial a temas de salud sexual y reproductiva. La obra social no cuenta, a diferencia de su par mendocina, con un programa articulado, con definición de objetivos y metas. Tampoco existe un módulo con actividades específicas sobre este tema, y actualmente el DIU no está incluido entre las prestaciones cubiertas por la obra social. De acuerdo con funcionarios de la institución, los anticonceptivos orales tienen el 50% de descuento.

Tanto los representantes del Colegio Médico Gremial como de la Federación Médica coinciden en que carecen de incentivos para implementar programas o planes de salud reproductiva y destacan la dificultad financiera que significaría afrontar la prestación de ciertas prácticas de salud sexual y reproductiva, resaltando el Colegio Médico la posibilidad de demandas judiciales asociadas.

A mediados del año 1997, con anterioridad a la puesta en marcha del programa, se realizó una encuesta que incluyó 2.000 casos de usuarias de centros de salud públicos, a fin de establecer las necesidades de la población potencial. En la encuesta se incorporaron preguntas sobre conocimiento y uso de anticonceptivos. Un estudio de características similares en cuanto a la población que conforma el universo y al instrumento, se realizó a los dos años de vigencia del programa, a fin de establecer su impacto. Sin embargo, esta información aún no ha sido procesada.

La difusión del programa consistió, en primer lugar, en la convocatoria de actores potencialmente involucrados, tales como efectores, autoridades provinciales, etcétera. Luego se llevó a cabo una campaña de difusión a través de los medios radiales y por televisión.

La incorporación de mujeres al programa se dio en formal gradual, sin producirse una explosión de demanda. Sin embargo, para los laboratorios significó un sensible incremento en la prestación de análisis clínicos, ya que juntamente con el lanzamiento del programa se promovía la realización de múltiples estudios, previa prescripción del método anticonceptivo.

El programa contempla una evaluación periódica de la cobertura, tanto de estudios preventivos vinculados al diagnóstico pre-

6. En algunos centros de salud, la realización del Papanicolau alcanza al 80% de las mujeres en edad fértil.

coz del cáncer genitomamario[6] como de asistencia en anticoncepción.[7] En este sentido, se percibe una creciente aceptabilidad del programa entre las comunidades aborígenes (toba, wichí), aunque asociada a las características del efector local del programa. Para facilitar el acceso entre estas poblaciones, en la provincia se trabaja con agentes sanitarios elegidos a partir de los líderes comunitarios, habitualmente aborígenes.

El centro de salud del Barrio Toba es un ejemplo de la labor desarrollada en las comunidades aborígenes, que se realiza aprovechando todos los contactos que las mujeres del barrio hacen con el centro de salud. Las mujeres del barrio que han estado expuestas a los mensajes sobre las ventajas del uso de métodos modernos en el hospital, pueden confiar dudas y temores a la médica a cargo del Centro, quien conociendo los usos y prácticas tradicionales de esta población les brinda información sobre las ventajas y desventajas de los distintos métodos. Como resultado, se obtiene un elevado índice de utilización de métodos anticonceptivos, en particular el DIU y de prácticas de control. En la opinión de la profesional resulta clave la existencia del Programa de Salud Reproductiva y poder hablar el idioma de la paciente, que contribuye a la comprensión de mundo que las rodea, las preocupaciones, las creencias y el sentir de esta comunidad.

Simultáneamente al desarrollo del Programa de Salud Reproductiva, existen otros programas vinculados a este campo particular de la salud, con mayor o menor integración a nivel provincial. Uno de ellos es el Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, que cuenta con presupuesto propio y depende de la Dirección de Epidemiología de la Nación. Este programa distribuye preservativos al programa de salud sexual y reproductiva, aunque su población objetivo la constituyen determinados grupos, como por ejemplo, el de las trabajadoras sexuales.

Paralelamente, funciona la Dirección Materno-Infantil, financiada por la provincia y con fondos de la contraparte nacional. El PROMIN ha apoyado activamente las actividades del Programa de Salud Reproductiva provincial impulsando su fortalecimiento a través de cuatro equipos de "supervisores capacitantes" constituidos cada uno de ellos por un tocoginecólogo, un pediatra y un enfermero, cuya actividad cubre el 80% de los centros de salud del Gran Resistencia. Asimismo, su Área de Comunicación Social ha promovido la temática a través de afiches, cartillas, trípticos y micros radiales. En igual sentido trabaja juntamente con la Comisión Interministerial de Derechos Humanos para la Prevención del Maltrato y la Violencia en niños y mujeres, a través de la realización de talleres en los centros de salud. En el marco de la Emergencia Sanitaria, el programa de salud sexual y reproductiva obtuvo en el año 2002 fondos del programa PROMIN para la compra de leche, medicamentos de emergencia y anticonceptivos.

Desvinculado de las otras iniciativas, en cada zona sanitaria funciona un Comité de Muerte Materna que reporta a un comité central. Allí se evalúan los orígenes de las muertes maternas e infantiles producidas en cada una de las áreas. Las reuniones periódicas incluyen ateneos con participación de diferentes sectores: centros de salud, servicios de maternidad, servicios de pediatría, entre otros.

El Instituto Provincial de la Mujer, por su parte, realiza tareas conjuntas con organismos de salud y de educación provincial, en el marco del Programa de Procreación Responsable de ejecución comunitaria. Los profesionales de este instituto reconocen la demanda espontánea de la población, de distribución de anticonceptivos orales y DIU, y de servicios de esterilización. A partir de ello, y en colaboración con la Dirección de Educación para la Salud, el ministerio, la Escuela de Salud Pública y las autoridades del Programa de Salud Sexual y Reproductiva elaboraron un manual de capacitación docente en educación sexual que incluye el tratamiento de cuestiones de género, para llevar la salud sexual y reproductiva a las escuelas. Los contenidos del manual fueron puestos en práctica como parte de la currícula de formación de las mujeres que participaron en el Plan Jefas de Hogar del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación en el año 2001, para lo cual el Instituto capacitó a 150 docentes.

El aporte de las organizaciones de la sociedad civil local se ha relacionado con la promoción de la temática, a través de su participación en el debate de la ley y en pequeños proyectos de atención, que se desarrollan en algunos casos con el auspicio de proyectos de desarrollo local más amplios y para los que cuentan con el apoyo de la Universidad u otras entidades privadas donantes, que con poca frecuencia se

7. El objetivo en política de anticoncepción fue alcanzar una cobertura de aproximadamente el 62% de la población de mujeres en edad fértil o el 12,4% de la población general. Estas metas fueron establecidas a partir de los indicadores de incidencia propuestos por el Population Council.

han articulado con áreas del Ministerio de Salud provincial.

Organizaciones como la Fundación Pluralista realizaron seminarios y talleres para la discusión de los contenidos de la ley, y posteriormente para su reglamentación. Estas organizaciones han sostenido una tarea de promoción a través de la capacitación en talleres educativos en las escuelas y con líderes barriales, abordaje orientado a la sensibilización de docentes sobre la necesidad de actividades preventivas. La actividad de la organización declinó y dio paso a la formación de otra organización no gubernamental que mantuvo acciones en este campo, orientando su tarea a la atención de la problemática de la violencia contra la mujer y a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Asimismo, organizaciones como el Centro Comunitario Revivir y la Asociación de Amigos del Barrio Mujeres Argentinas son ejemplos del tipo de organizaciones que incorporan la salud sexual y reproductiva como una de las áreas de acción a nivel barrial, a través de la ejecución de proyectos en el marco de programas nacionales. Se sostienen por el vínculo que mantienen con distintas áreas estatales, de las cuales obtienen variados recursos, como personal médico, medicamentos, aportes de infraestructura, subsidios económicos para las familias y para la organización, e insumos como anticonceptivos. Su accionar se ve favorecido por el conocimiento que tienen de la comunidad y la proximidad a las necesidades de la gente. Su tarea, sin embargo, se ve dificultada por la discontinuidad de estas ayudas.

Cabe destacar el relativamente bajo nivel organizativo del tercer sector en la provincia, en particular de organizaciones que compartan el interés por los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

4.2.3. Acceso a servicios de atención

Según datos censales, en 2001, el 35,5% de la población de la provincia contaba con algún tipo de cobertura, lo cual implica una reducción del orden del 28% en el período intercensal 1991-2001, muy superior a la registrada para el total del país. En el año 2001, la cobertura de las mujeres en edad fértil (35,2%) era similar al promedio nacional.

En el período reciente se aprecia una caída significativa de los niveles de cobertura social o privada de salud entre la población del

aglomerado de Gran Resistencia, la población cubierta pasa de representar el 54,2% en 1997 al 45,7% en 2001. Entre las mujeres en edad fértil el descenso de los niveles de cobertura en este período fue levemente menor: en 2001 el 48,1% de las mujeres de quince a cuarenta y nueve años contaba con cobertura social o privada. El descenso de los niveles de cobertura se concentró en la población de los hogares ubicados por debajo de la mediana de ingresos, con una caída del 40,8% en 1997 al 21,8% en 2001. El sector posicionado por encima de la mediana aumentó levemente el nivel de cobertura (68,0% en 1997 a 69,6% en 2001). La tendencia descendente observada reorienta la atención hacia la capacidad de los efectores públicos para responder a una demanda creciente, temporalmente coincidente con los procesos de reforma del sector.

La captación temprana del embarazo en Gran Resistencia, que había aumentado más de diez puntos porcentuales entre los registros de 1994 y 1997, se reduce levemente en 2001. El 83% de los embarazos del período 1998-2001[8] recibió atención durante el primer trimestre de gestación. La importante brecha observada en el acceso oportuno al control de embarazo entre la población de mujeres con cobertura social o privada y las con cobertura pública se reduce significativamente en los registros del período 1994-1997: mientras que en 1994, sólo el 69,5% de las mujeres atendidas en el sector público cumplía con esta norma de atención, el porcentaje era del 79,6% entre las con cobertura social o privada; en 1997 los porcentajes alcanzaron al 84,7% y al 85,5%, respectivamente (INDEC, 1994; SIEMPRO, 1997). Este mejoramiento de la situación de la atención del embarazo en Gran Resistencia, sin duda, indica el fortalecimiento de estrategias preventivas en salud reproductiva en su sistema de salud, especialmente en el subsector público.

También se registra un importante avance en la cobertura del parto institucional en la última década. En 1991 el 84,4% de los nacimientos ocurrió en establecimientos asistenciales, en tanto que en el conjunto del país se registraba el 95,1% en tal condición. Diez años más tarde, el 95,5% de los nacidos vivos registrados en la provincia había nacido en establecimientos asistenciales (el 98,5% en el total del país) (MSAS, 1992; Ministerio de Salud, 2002). En el período 1991-1997 au-

8. La encuesta indaga sobre los embarazos de nacidos en los últimos tres años.

menta el caudal de partos en el hospital público en Gran Resistencia. Partiendo de una paridad en las mediciones de 1994, en las que los partos eran atendidos al 50% por cada subsistema (público y social o privado), la atención del parto en el hospital público crece hasta alcanzar el 66% en 1997 (INDEC, *op. cit*.; SIEMPRO, *op. cit*.). La medición disponible para la provincia en 2001 indica que es una tendencia que se ha sostenido, en ese año el 71,3% de los partos fueron atendidos en establecimientos públicos (Ministerio de Salud, 2002).

La atención obstétrica en comunidades indígenas se hace con el apoyo de trabajadoras empíricas (comadronas) que cubren las deficiencias que el sistema formal de salud no atiende por la existencia de barreras geográficas y culturales en el acceso.

Las cifras del Programa de Salud Reproductiva estiman que un 62% de las mujeres en edad fértil (236.882) tendrían interés en anticoncepción. De esta cifra, se calcula que un 30% tiene cobertura social (por lo que se deduce tienen posibilidades económicas de adquirir métodos anticonceptivos), el resto, casi 103 mil, serían potenciales demandantes en el sector público. Al mes de febrero de 2001 se registraban 45 mil beneficiarias en el programa.

Según la encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales relevada en 1994, en ese año la utilización de métodos anticonceptivos en Gran Resistencia apenas superaba el 40% entre las mujeres de quince a cuarenta y nueve años, esa proporción ascendía al 65% en 2001. El análisis de la distribución de la utilización de métodos anticonceptivos según el tipo de cobertura de salud muestra menores niveles de acceso entre la población cubierta por el sistema público. El 61,4% de las mujeres que se atendían en el hospital público eran usuarias de algún método, frente al 69,8% de las que contaban con cobertura social o privada (SIEMPRO, 2001).

Los niveles de acceso a la realización de Papanicolaou y mamografía en Gran Resistencia en 2001 eran relativamente bajos: el 37,8% y el 15,8% cumplieron con la realización de estos estudios en el Gran Resistencia, en tanto, en el conjunto urbano lo hacía el 50,5% y el 18,65 de las mujeres, respectivamente.

El acceso a la consulta ginecológica de las mujeres en edad reproductiva en Gran Resistencia aumenta en el período comprendido entre 1997 y 2001 (de 39,1% a 47,1%). Este aumento en el acceso –que puede ser asociado al dinamismo de las actividades del Programa de Salud Reproductiva en la provincia– pudo revertir la brecha que afectaba a las mujeres que sólo contaban con el hospital público. En el último año accedió a la consulta ginecológica el 47,3% de las mujeres cubiertas por el hospital público, frente al 46,8% de las mujeres que contaban con cobertura social o privada (SIEMPRO, 1997 y 2001).

En el año 2000 la planificación familiar ha sido el principal motivo de consulta dentro del programa de salud sexual y reproductiva. A partir del año 1998, se observa el aumento del ingreso a la consulta de mujeres menores de diecinueve años que ya tienen un hijo, registrándose simultáneamente una caída en el ingreso de las mujeres multíparas (con cuatro o más hijos). Este cambio en el perfil de las usuarias, sin embargo, no significa mayor prevención del embarazo adolescente.

4.3. IMPACTO DE LA REFORMA EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. LA VISIÓN DE LOS PRESTADORES

El análisis de los resultados de la encuesta elaborada para este estudio[9] muestra que la reforma del sector salud experimentada desde mediados de la década de 1990 en la Argentina no ha sido implementada de manera homogénea y que los niveles de conocimiento de las medidas de reforma son diferentes entre los profesionales de las instituciones asistenciales encuestados. Mientras en la ciudad de Resistencia sólo el 30% de los profesionales de efectores encuestados tienen conocimiento del proceso de reforma del sistema de salud, en la ciudad de Mendoza la proporción asciende al 86%. En ambas ciudades, la comparación según sector de dependencia muestra que una menor proporción de los trabajadores del sector público que del privado cuenta con conocimientos sobre los contenidos de la reforma

9. El análisis se realizó a partir del diseño y la aplicación de una encuesta elaborada en cuarenta y cuatro establecimientos públicos y privados, con y sin internación, de las ciudades capitales de las provincias de Mendoza y del Chaco. El criterio muestral consideró la propiedad del establecimiento (público, privado, de seguridad social) y el tipo de establecimiento (centro de salud, hospitales con y sin terapia intensiva). La Guía de establecimientos de salud de la Dirección de Estadísticas Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación (2002), corregida y validada por informantes clave de cada provincia, sirvió de base para la selección de las unidades.

sectorial.

En relación con los impactos de la reforma, es diverso tanto el registro de posibles impactos, como los elementos de la reforma que se asocian a modificaciones de algunas de las dimensiones del sistema. En el caso de Resistencia, el total de encuestados coinciden en que el Programa de Salud Reproductiva ha producido modificaciones en el modelo de atención y pocos identifican los efectos de medidas de reforma en su provincia. En la ciudad de Mendoza, una parte de los entrevistados coincide en que la reforma ha traído aparejado planes de acción orientados a mejorar la coordinación entre los tres subsectores (público, privado y de la seguridad social), en tanto que otros destacan como logros el proceso de regionalización, la reestructuración del Ministerio de Salud Provincial y la propuesta de un seguro para la mujer en edad reproductiva. En ambas ciudades la mayoría de los entrevistados del sector privado opina que la reforma en el sector salud no ha alterado el nivel de prestaciones de servicios.

4.3.1. Percepción de los impactos en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva

La reforma sectorial ha intentado provocar impactos en distintas áreas de atención. De acuerdo con lo expresado por representantes de las distintas dependencias del gobierno y de la seguridad social entrevistados, la salud sexual y reproductiva es reconocida como un área prioritaria.

En ambas ciudades, se ha reportado un aumento en el período 1990-2002 del número de consultas asociadas con controles prenatales, anticoncepción y Papanicolau. Asimismo, las consultas referidas a detección de individuos portadores de VIH/SIDA y sífilis han experimentado un incremento, aunque de menor magnitud. En el caso de Resistencia se supone que contribuyen de igual modo en este resultado el sector público y el sector privado. En Mendoza, en cambio, se observa una marcada divergencia en el registro de ambos subsectores. El sector público de Mendoza ha evidenciado un aumento significativo en el número de este tipo de prestaciones que explicaría el incremento en el promedio de la ciudad. En cambio, el sector privado muestra una disminución en el número de prestaciones asociadas tanto con controles prenatales como con Papanicolau y partos vaginales, y aumentos de menor magnitud en las prestaciones asociadas con la detección de VIH/SIDA y anticoncepción entre 1990 y 2002.

Este hecho encuentra relación con la variación en la composición de la demanda estudiada en la sección anterior. Tanto la crisis de empleo como el desfinanciamiento del sistema de seguridad social han influido en el incremento de la demanda dirigida al sector público y en la disminución proporcional de la dirigida al sector privado.

La mayor parte de los encuestados asocia este incremento en la demanda de prestaciones de salud sexual y reproductiva con el aumento de la demanda espontánea, sin una vinculación a aspectos de reforma sectorial. En el caso de tres de los ocho tipos de prestaciones identificadas (anticoncepción, Papanicolau, controles prenatales), el 76% de los encuestados consideró la demanda espontánea como un factor determinante. Algunos encuestados asocian el incremento en la demanda a cambios en la estructura del sistema de salud y su reforma reciente, entre los que se destacan la puesta en marcha del programa nacional de SIDA y la aplicación de programas oncológicos y de planificación familiar, modificaciones tanto en la disponibilidad de recursos humanos como en el tipo de servicios ofrecidos, y la consolidación de los sistemas de referencia y contrarreferencia. En resumen, el incremento en el número de consultas asociadas con la salud sexual y reproductiva ha sido percibido por los prestadores como producto no sólo de la reforma en el sistema de salud, sino también como consecuencia de una mayor demanda espontánea.

Junto con el incremento en el número de prestaciones demandadas, las instituciones encuestadas reportan un mejoramiento en la calidad de los servicios ofrecidos. Un alto porcentaje de los profesionales entrevistados (79%) reporta mejoras en la calidad de las prestaciones, el 19% no registra variación alguna y sólo el 2% manifestó haber sufrido una reducción en este aspecto. Los determinantes de esta mejora se asocian con la difusión y el mejor acceso a información (principalmente relacionada con la planificación familiar) durante los últimos años. Paralelamente se identifican mejoras en la detección precoz del cáncer de cuello y de mama. Asimismo, la mayor oferta gratuita de métodos anticonceptivos ha sido reportada como una mejoría en términos de acceso a la salud de la población que no cuenta con cobertura o recursos para financiar ese gasto.

Juntamente con la reforma en el sistema de salud público (descentralización, regionalización y autogestión hospitalaria), el sector ha experimentado otras modificaciones en la relación entre financiador y

proveedor. En este sentido, se ha observado en el transcurso de los últimos años un cambio en la estructura de pago por prestación hacia una mayor financiación por medio de cápitas o módulos. Considerando este segundo mecanismo de reforma en la seguridad social, el 20% de los profesionales de las instituciones encuestadas ha admitido que los cambios contractuales con el PAMI han implicado cambios internos de prestación de servicios. Por otra parte, el 34% de los profesionales encuestados considera que las modificaciones contractuales llevadas adelante por las obras sociales nacionales y actualmente por las obras sociales provinciales tienen efectos directos sobre sus finanzas y por ende sobre su capacidad prestadora.

Los principales cambios observados son de dos tipos. En primer lugar, una reducción en la remuneración por igual trabajo, o cápitas insuficientes, junto con una mayor demora en los pagos efectivos. Paralelamente, se han observado disminuciones en las prestaciones demandadas como consecuencia de dos factores: el primero está asociado al establecimiento de coseguros que imponen una restricción presupuestaria adicional al paciente. El segundo obedece a una restricción establecida por la propia institución financiadora en lo atinente a las autorizaciones médicas. Sin embargo, y en lo que respecta a servicios de salud sexual y reproductiva, las instituciones encuestadas reportan que el proceso de reforma no ha tenido un impacto significativo sobre este grupo de prestaciones específicas, debido a que las medidas activas en este campo han neutralizado los impactos de esos cambios.

La encuesta también exploró la percepción de los entrevistados acerca de los efectos que algunas medidas de reforma en el sistema de atención tuvieron sobre prestaciones específicas de salud reproductiva: controles prenatales, Papanicolau y provisión de métodos anticonceptivos. Se preguntó a los encuestados acerca del impacto percibido por la aplicación de la autogestión hospitalaria, los cambios de mecanismos de pagos en los contratos de la seguridad social, la implementación del paquete médico obligatorio por parte de las obras sociales nacionales, y dos de los programas implementados en estas provincias (PROMIN y el Programa de Salud Sexual y Reproductiva).

De los resultados obtenidos se desprende que algunas reformas introducidas en el sistema de salud no han tenido un impacto significativo sobre la cantidad y calidad de las prestaciones de servicios de salud sexual y reproductiva. La implementación del hospital de autogestión ha tenido un impacto muy pequeño en los controles prenatales, el Papanicolau y la provisión de métodos anticonceptivos. Del mismo modo, la implementación del Plan Médico Obligatorio tampoco fue considerada causante de variación en las mismas prestaciones. Por otra parte, la implementación del Programa Materno Infantil (PROMIN) fue percibida como una influencia moderada en el incremento de las mencionadas prestaciones.

Sin embargo, la instauración de Programas Provinciales de Salud Reproductiva constituyó un importante factor de cambio. El tipo de prestación sobre el que se refiere el mayor impacto es el Papanicolau, de acuerdo con más de la mitad de los encuestados. En orden de importancia le siguen las consultas de planificación familiar y los controles prenatales.

Los resultados no son homogéneos entre ambas ciudades. Respecto de la influencia de la autogestión hospitalaria en la ciudad de Mendoza se registra similar impacto (13% en promedio) que en Resistencia, cuya importancia alcanza el 12% promedio. No ocurre lo mismo respecto de la visión de los efectos que han tenido los cambios contractuales del sistema de seguridad social: en el Chaco, entre el 35 y 40% de los encuestados expresan que los cambios contractuales han incidido en el número de controles prenatales y Papanicolau, respectivamente, mientras que en la ciudad de Mendoza esto es sostenido por sólo el 5% de las opiniones.

Complementariamente, la ejecución del Programa Médico Obligatorio no habría tenido mayor impacto en las modalidades de prestación de salud sexual y reproductiva. De acuerdo con las respuestas obtenidas de los profesionales de los distintos centros e instituciones de salud, la falta de información sobre las características del paquete, como las reformas posteriores, neutralizaron el impacto potencial de este cambio en la estructura de provisión de servicios de salud.

Respecto de la influencia del PROMIN, se registra una opinión más favorable en Mendoza. Por último, a juicio de los encuestados la implementación de programas provinciales es decididamente el factor que más ha influido sobre las prestaciones. Cabe destacar que existen claras diferencias entre jurisdicciones: mientras que en Mendoza el 32% de lo encuestados ha mencionado la existencia de un aumento en las prestaciones como consecuencia de la implementación del programa, en Resistencia –consistente con la evolución de otros indicadores– ese promedio alcanza el 60% de las respuestas.

5. NUEVOS DESAFÍOS EN SALUD REPRODUCTIVA Y REFORMA EN LA ARGENTINA: LAS POTENCIALIDADES DE UN DIÁLOGO NACIONAL

5.1. LAS LECCIONES APRENDIDAS DEL CASO ARGENTINO

Los casos provinciales reseñados parecen reproducir la coexistencia de los dos procesos señalados para la experiencia nacional, en consonancia, a su vez, con el contexto regional. La incorporación provincial de los dispositivos de reforma del sector salud, concentrados principalmente en el sector público a través de la adhesión a la autogestión hospitalaria y la reproducción de la descentralización de los servicios hacia regiones, áreas departamentales o municipios, en algunos casos acompañados por la seguridad social local, aparece impulsada principalmente por objetivos organizativos y financieros coincidentes con las preocupaciones observadas en el nivel nacional.

En cambio, las estrategias provinciales en salud reproductiva respondieron, como las nacionales, a preocupaciones sociales orientadas a la generación de dispositivos desde el sistema de salud que atiendan el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas. La implementación de programas provinciales en salud reproductiva parece haberse enmarcado en largos debates públicos, y desarrollado finalmente por el éxito de las acciones de sectores pertenecientes a las administraciones de los estados provinciales y a las organizaciones de la sociedad civil, comprometidos en ambos casos con la defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

No obstante la distinción señalada entre ambos procesos, es preci-

so reconocer la complejidad de las políticas sociales, tanto en sus formulaciones y orientaciones, como en sus implementaciones y, finalmente, en sus efectos y resultados. Aun cuando puedan identificarse tendencias y orientaciones que han particularizado los procesos de reforma del sector salud, resulta importante reconocer que no se trata de procesos homogéneos. Las reformas, así como las políticas sociales, no constituyen procesos lineales, puesto que sus instrumentaciones producen tensión y contradicciones, y por lo tanto distan de poseer un curso único e inexorable. Asimismo, las políticas sociales no constituyen simplemente arreglos técnicos y administrativos, sino que también son resultado de opciones y confrontaciones políticas (Fleury, 2000).

Son precisamente estas particularidades de las políticas sociales las que abren las posibilidades para la definición de diferentes rumbos sin limitarse necesariamente a un único sentido o dirección. Las reformas del sector salud y las estrategias en salud reproductiva coinciden en estas potencialidades; ambas forman parte de las políticas sociales. En esta coincidencia se afirma la posibilidad del diálogo, a partir del análisis de las experiencias de implementación, y del reconocimiento de los distintos sectores del Estado y de la sociedad involucrados en estos desarrollos.

Las experiencias de las reformas del sector salud y de la implementación de estrategias en salud reproductiva en la Argentina han mostrado que el Estado continúa siendo el principal interlocutor de las demandas sociales y el responsable privilegiado de la atención de la salud pública. En el terreno de la salud, se reconoce en el Estado la capacidad de intervención en la seguridad social, y se sostiene colectivamente la vigencia de su responsabilidad en la prestación de servicios de salud pública, especialmente en un momento en el que se observan graves procesos de deterioro social, producto de sucesivas y continuadas crisis económicas. Mayores incertidumbres existen respecto de su capacidad de regulación del sector privado.

A diferencia de otros países de la región, las organizaciones de la sociedad civil que operan en el campo relacionado con la salud sexual y reproductiva parecen tener en la Argentina un mayor desarrollo en actividades de *advocacy* que en la prestación directa de servicios de salud. También en las provincias, las organizaciones identificadas que prestan servicios de salud pública, lo hacen en articulación con o a través de convenios con instituciones pertenecientes al Estado nacional o a las administraciones provinciales o municipales, muchas veces dependiendo en gran medida de la provisión de recursos públicos.

La precedencia de legislaciones provinciales en esta materia plantea interrogantes acerca de los factores que han incidido en el curso seguido por el proceso de institucionalización del campo de la salud sexual y reproductiva como preocupación del Estado, en particular, si la descentralización pudo haber facilitado la emergencia de la preocupación por definir un espacio institucional a la temática a nivel local.

Estos interrogantes abren posibilidades para pensar una nueva articulación de las agendas de reforma del sector salud y de la salud reproductiva en la Argentina, en el marco de la complejidad señalada en los procesos de definición e implementación de las políticas sociales. Si la transferencia de los hospitales nacionales a las jurisdicciones provinciales respondió principalmente a la búsqueda de mayor eficiencia en la utilización de los recursos presupuestarios con la modalidad de una "racionalización" administrativo-financiera, la concomitante transferencia a las provincias de responsabilidades en la definición de prioridades de salud pública pudo haber contribuido a la aceleración de la institucionalización de la agenda de la salud reproductiva, respecto de los tiempos de la Nación, a través de la creación de programas integrales en las estructuras locales.

A su vez, las medidas administrativas y financieras de reforma sectorial aplicadas durante la década de 1990 se combinaron en la Argentina con la creación de programas verticales nacionales fundamentados en la determinación de prioridades en salud pública. Muchos de estos programas incluyeron dimensiones de la salud reproductiva, especialmente la prestación de servicios de atención materno infantil, y de prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA y del cáncer genitomamario, aunque no incorporaron estrategias de acceso a los métodos anticonceptivos de acuerdo con una perspectiva centrada en el derecho a la regulación de la fecundidad. Los programas integrales provinciales de salud reproductiva articularon sus acciones con estas iniciativas nacionales, con otras similares en los niveles jurisdiccionales, y con dependencias administrativas de larga trayectoria en las áreas de salud pública, como las Direcciones de Maternidad e Infancia.

Frente a la complejidad de este escenario en la atención de la salud sexual y reproductiva, y en el marco de las estrategias integrales com-

prometidas por los países en las conferencias de El Cairo y de Beijing, pueden plantearse otros interrogantes interrelacionados. Por un lado, parece importante discutir, a la luz de la experiencia argentina, las modalidades de organización más adecuadas para la prestación de servicios integrales en el marco de los programas verticales. Y por otro, si en la búsqueda de esta integración, los programas provinciales de salud reproductiva y el programa nacional de reciente creación asumirán una función central en la coordinación de la diversidad de estrategias coexistentes en el campo de la salud sexual y reproductiva.

5.2. DESAFÍOS PARA LA INTEGRACIÓN DE LA AGENDA DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD ARGENTINO

Los desafíos actuales para la integración de la agenda de la salud sexual y reproductiva en los procesos de reforma del sector salud argentino se inscriben, sin duda, en las posibilidades de incorporar de manera sustantiva en estos procesos las preocupaciones por la equidad en salud y el acceso a servicios de calidad, entre las que las metas de la salud reproductiva (disminución de la mortalidad materna e infantil, acceso a métodos anticonceptivos y a servicios de diagnóstico y tratamiento, etcétera) ocupan un lugar fundamental. Más precisamente entonces, el principal desafío actual parece consistir en la búsqueda de los mecanismos que permitan transformar la reflexión acerca del desarrollo y del impacto de las reformas del sector salud argentino en una oportunidad para fortalecer y profundizar las estrategias integrales en salud reproductiva puestas en marcha tanto en los niveles provinciales como en el nacional.

En este marco general, y teniendo en cuenta la trascendencia social de la institucionalización de la salud reproductiva como área prioritaria del sistema de salud, una de las tareas principales en la integración de ambas agendas apela a la responsabilidad y a la capacidad de los distintos sectores del Estado y de la sociedad civil, comprometidos con la defensa y el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población para el sostenimiento de la vigencia de las legislaciones sancionadas y las acciones emprendidas en la mayor parte de las provincias y en el nivel nacional, así como para su ampliación a la totalidad de las jurisdicciones.

A su vez, resulta fundamental asegurar la efectiva implementación práctica de los programas de salud reproductiva creados por esas legislaciones, promoviendo la movilización de los recursos de los servicios de salud en los ámbitos provinciales y de las capacidades financieras y técnicas del ministerio nacional, así como monitoreando sus grados de integración en las estructuras descentralizadas y su impacto en el mejoramiento de la atención de la salud reproductiva de la población.

La participación activa de las organizaciones de la sociedad civil preocupadas por la defensa y el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos en los debates públicos que precedieron a la sanción de la ley nacional y de las leyes provinciales podrá encontrar continuidad en actividades de control social del funcionamiento de los programas. La generación de dispositivos de control social, apoyados en la participación ciudadana o comunitaria, orientados a evaluar y resguardar la calidad de las prestaciones en salud sexual y reproductiva constituye una herramienta valiosa de las organizaciones de la sociedad civil para asegurar la implementación efectiva de las prescripciones normativas.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable parece constituir una herramienta capaz de contribuir a la nivelación de las desigualdades regionales, constatadas en los principales indicadores de salud reproductiva y en los niveles de acceso a los servicios básicos de atención.

En el sector público, la implementación del programa nacional puede contribuir al fortalecimiento institucional de las estrategias provinciales, en el marco de las estructuras descentralizadas, a través de la transferencia de recursos, pero también mediante la reglamentación de los paquetes de prestaciones básicas, tanto en número como en sus estándares de calidad, cuyo acceso debe estar garantizado a la totalidad de la población. Las obras sociales provinciales pueden acompañar estos procesos, asegurando la cobertura de las prestaciones incluidas en sus nomencladores por las legislaciones de salud reproductiva.

La incorporación de las reglamentaciones de la nueva legislación nacional al PMO es una herramienta clave para la incorporación de la agenda de la salud sexual y reproductiva en la seguridad social y en el sector de aseguradoras privadas. El cumplimiento del PMO en las prestaciones de las obras sociales y de los seguros privados estaría

contribuyendo, en principio, a la homogeneidad en la atención de la salud sexual y reproductiva de la población afiliada.

Estas nuevas posibilidades de integración de la agenda de la salud sexual y reproductiva en las reformas del sector salud en la Argentina se inscriben en una trama sectorial compleja en la que intervienen los funcionarios públicos de los tres niveles jurisdiccionales –nacional, provincial y municipal–, los sindicatos a cargo de la gestión de las obras sociales nacionales, el sector privado con fines de lucro –asegurador y prestador, así como la industria farmacéutica y la de tecnología médica–, los trabajadores del sector salud –agrupados en las asociaciones gremiales y profesionales–, las organizaciones de la sociedad civil, y la comunidad en general.

La propuesta de realización de un diálogo nacional se fundamentó en la consideración de que estos actores pueden contribuir a la incorporación efectiva de las preocupaciones de la salud reproductiva en la agenda de las reformas del sector en la Argentina, lo cual requiere compartir un diagnóstico de situación que identifique alternativas de acción, privilegiar una lógica social que atienda el bienestar de la población y superar las restricciones administrativas y financieras. Los resultados de la implementación del Diálogo Nacional aportan nuevos elementos para la reorientación de las acciones.

6. EL DIÁLOGO NACIONAL. APORTES Y RECOMENDACIONES

En el marco del proyecto se realizó en la Ciudad de Buenos Aires el Diálogo Nacional Promoción de la Salud Reproductiva en las Reformas del Sector Salud, el 28 y 29 de agosto de 2003, cuya organización estuvo a cargo del CEDES. Participaron autoridades sanitarias nacionales y provinciales, representantes de las organizaciones de la sociedad civil abocadas a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, y especialistas nacionales y extranjeros en salud reproductiva y reforma del sector salud.

La metodología de trabajo combinó exposiciones en reuniones plenarias y talleres grupales. La primera de las exposiciones presentó un diagnóstico de la situación de la salud reproductiva en la Argentina, basado en un grupo de indicadores seleccionados, que dan cuenta de distintas dimensiones de la salud sexual y reproductiva y consideran su comportamiento según edad, sexo, evolución temporal y áreas geográficas, así como de medidas para evaluar desigualdades en este campo. A partir de este cuadro de situación, se identificaron los principales desafíos y cursos de acción posibles.

Seguidamente se presentó una revisión de los avances en la implementación de una política de Estado en el campo de la salud sexual y reproductiva, en el marco de los acuerdos de cumplimiento de la agenda El Cairo en el país. La exposición sobre descentralización y equidad en el sistema federal de salud aportó elementos para el análisis de la falta de equidad en el acceso a servicios y medicamentos

según niveles de ingreso, así como del gasto en salud de las jurisdicciones. Asimismo, se sintetizaron los resultados que sobre las vinculaciones entre la salud reproductiva y las reformas del sector salud aportó el estudio de la Argentina. Este estudio incorporó la revisión de los antecedentes de las reformas, las principales medidas adoptadas, las lecciones aprendidas y los elementos facilitadores y obstaculizadores para la promoción de la salud sexual y reproductiva en la agenda.

El panel en el que participaron expositores extranjeros –Lecciones aprendidas de las reformas del sector salud y salud reproductiva en otros países de la región–[1] aportó un marco de análisis de los procesos de reforma y un panorama de los avances en reforma sectorial en la región. Asimismo, proporcionó una caracterización del proceso de reforma del sistema de salud en Chile y presentó la experiencia del proyecto "Iniciativa para estrechar los vínculos entre la reforma del sector salud y los programas de salud reproductiva" (VINREPLAC), que se llevó a cabo en el contexto de la investigación promovida por la Fundación Rockefeller y la Organización Mundial de la Salud (OMS) y operado por el consorcio Funsalud y el Population Council.

La presentación de las experiencias nacional y provinciales en reforma del sector salud y la salud reproductiva brindaron un panorama general de los avances en este campo en el país, así como las particularidades de su desarrollo a nivel local.

Las recomendaciones elaboradas por los grupos de trabajo y la discusión plenaria siguieron los ejes propuestos: el análisis de las dimensiones relativas al impacto de los procesos de reforma, la institucionalización de la salud sexual y reproductiva, y la disponibilidad de la información necesaria para su promoción. Se formularon recomendaciones para la promoción de la salud sexual y reproductiva en el país, siguiendo criterios de extensión de la cobertura y la equidad, el mejoramiento del financiamiento y de la legislación, y del fortalecimiento de la coordinación interjurisdiccional e intersectorial.

La profundidad de las discusiones y la elaboración de las recomendaciones reflejan el nivel de involucramiento de los participantes en la promoción de la salud sexual y reproductiva, y superan en múltiples sentidos las restricciones que históricamente han obstaculizado el pleno desarrollo de este campo en la Argentina.

1. Gustavo Nigenda (Population Council, México), Celia Almeida (Fiocruz, Brasil) y Lorenzo Agar (Instituto de Asuntos Públicos, Universidad de Chile).

6.1. IMPACTO DE LOS PROCESOS DE REFORMA

Complejidad de la implementación de las reformas

Diversos aspectos y dimensiones de las reformas han sido debatidos largamente durante los últimos años y fueron retomados a lo largo del diálogo nacional: la cuestión centralización-descentralización, las formas en las que se implementa la descentralización, la priorización de la atención básica, el grado y el tipo de injerencia del Estado, los niveles de autonomía jurisdiccionales y la focalización de las políticas sociales.

Para el caso argentino, una de las medidas de reforma más discutida ha sido la autogestión de los hospitales públicos, especialmente respecto de su impacto en la atención primaria de salud. En esta discusión, se destacó que la autogestión de los hospitales públicos es un sistema que recupera un tercer pagador y que no debería limitar necesariamente la estrategia de atención primaria. Si existe una política sanitaria definida en la que el hospital es parte de una red, de la que también es parte el centro de atención primaria, la atención primaria se convierte en una estrategia global en la que no importa de qué nivel de atención se está hablando. Esto hace necesario que en la Argentina se desplace la discusión desde los sistemas de financiamiento hacia los modelos de atención.

Se postuló la necesidad de superar el debate de las políticas universales frente a las políticas focales. Tal como es establecido por la Constitución Nacional, las políticas deben ser universales, aun cuando puedan diseñarse estrategias específicas para poblaciones definidas.

Se planteó la necesidad de discutir el fracaso de algunas estrategias que se intentaron implementar durante la década de 1990. Entre éstas se cuentan el Programa de Atención Primaria de Salud (PROAPS) y el Plan de Atención Primaria por áreas tipo para los hospitales públicos de autogestión. Ambos proyectos incluían servicios de salud reproductiva, pero fueron de muy limitado alcance. Hoy el PROAPS adquiere nuevo dinamismo gracias a la incorporación del

programa REMEDIAR, de distribución de medicamentos para los centros de atención primaria en todo el país.

Compatibilidad del lenguaje de los derechos y de la eficiencia y la equidad

Se analizaron las posibilidades de integración de los criterios de defensa de los derechos sexuales y reproductivos en la lógica de la eficiencia y la equidad. Se recomendó retomar la discusión acerca de la definición de paquetes de prestaciones básicas según criterios de costo efectividad o la inclusión de otros indicadores como los de necesidad, de acuerdo con la evaluación de la situación de salud de las poblaciones y de sus niveles de acceso a los servicios de atención. La discusión incluyó también el análisis del impacto financiero de la cobertura de prácticas de alta complejidad en los paquetes de prestaciones obligatorias.

Frente al planteo de la necesidad de vincular objetivos sanitarios, como por ejemplo el aumento de la cobertura, de la calidad y la oportunidad de la atención, a los criterios de eficiencia, eficacia y efectividad, se enfatizó como orientación que tales criterios deben ser aplicados en función del alcance de logros sanitarios. Esto implica que el énfasis debe ser puesto no en producir con menos costos sino en producir más y atender mejor las necesidades. Para atender los objetivos sanitarios es necesario establecer metas y medios para que esos objetivos sean logrados, en tanto su evaluación requiere contar con líneas de base.

La política social como proceso

Hubo consenso en que conocer cómo se opera en la implementación de las políticas sociales permitiría profundizar la promoción de la salud reproductiva en los sistemas reformados. Se apreció la escasez de evidencia o de reflexión acerca de cómo impactan las normativas o las regulaciones sobre las prácticas institucionales. A pesar de que la agenda y la tendencia de las reformas resultan homogéneas, puesto que han sido difundidas globalmente, los procesos de implementación han sido muy heterogéneos.

Además de las particularidades de los contextos nacionales, en tanto proceso social la formulación de políticas de reforma conlleva una dinámica en la que se enfrentan distintos proyectos en pugna, y como resultado se observa una brecha entre el modelo propuesto y la política que finalmente se implementa. Existen muy pocas investigaciones en el área de salud dedicadas a la discusión de estos procesos de decisión (*policy decision making)*, en particular de estudios de caso. En general, se presentan estos procesos como meramente técnicos y se dice muy poco de los contextos en los que se desarrollan.

6.1.1. Institucionalización de la salud reproductiva y extensión de la cobertura

Implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

La implementación del programa nacional fue previa a la sanción de la legislación. Se inició en enero de 2002 con la distribución de insumos mediante una reasignación de fondos provenientes de fuentes de financiamiento externo. También se reformuló parte del financiamiento del Banco Mundial en el área materno infantil con tres premisas: provisión de leche fortificada, medicamentos para maternidad e infancia, e insumos para salud reproductiva. La definición de prioridades también fue previa a la sanción de la ley y se basó en el marco regulatorio existente: la Constitución Nacional, dado que la reforma de 1994 otorgó rango constitucional a todos los tratados internacionales relativos a derechos humanos.

Al inicio de la implementación del programa nacional había provincias que tenían ley y programa, otras que tenían programa y algunas que no tenían ni ley ni programa; entonces la Nación se propuso dar un marco legal por medio de una ley nacional y proveer los insumos necesarios para acompañar y fortalecer los programas provinciales que ya estaban funcionando y poner recursos a disposición de las provincias que no tenían experiencia en este sentido.

El espíritu de la ley nacional 25.673

La ley nacional vincula la salud sexual y la procreación responsable al derecho a la adopción de decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia en el área de la sexualidad y la reproducción. Ésta es la premisa para trabajar la salud reproductiva como un derecho humano.

La estrategia privilegiada es la atención primaria. La ley se orienta

a desarrollar un modelo de salud integral con una búsqueda activa de la población, perfeccionar la red asistencial, mejorar la calidad de las prestaciones, promover la participación comunitaria, la coordinación intersectorial y la incorporación de otros actores sociales, y promocionar el trabajo con perspectiva de género, favoreciendo la inclusión de los varones.

La ley crea un programa nacional para reforzar, fortalecer y ayudar a las provincias a ampliar la cobertura de las prestaciones en esta área. El programa propone asistencia técnica a los equipos provinciales, la capacitación de los efectores en logística y consejería, transferencia de insumos a los programas provinciales, monitoreo y evaluación del proceso.

Existen algunos temas importantes de salud pública que aún no se han podido incorporar en la ley nacional. El aborto, la atención del aborto y la anticoncepción de emergencia son temas pendientes en la agenda de la salud sexual y reproductiva.

La diversidad jurisdiccional en la implementación de los programas de salud reproductiva

En enero de 2002, el país vivía una circunstancia política muy compleja. La Nación estaba desdibujada, con un Estado muy débil, en una situación de disgregación en el marco de una profunda crisis sociopolítica y económica. La tarea consistió en reconstruir la relación Nación-provincias en el Consejo Federal de Salud.[2] Con la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, se discutió la situación crítica y se definieron las prioridades en política sanitaria y su refinanciamiento.

Se partió de la base de que las políticas de Estado deben ayudar a equilibrar las diferencias entre las jurisdicciones en lo político y lo programático. La diversidad jurisdiccional en este ámbito se manifiesta en los diferentes grados de implementación de los programas de salud reproductiva en las provincias. Existen provincias que, aun

2. El Consejo Federal de Salud Argentino (CO.FE.SA.) fue creado mediante el decreto 22.373/81. El CO.FE.SA. es un órgano federal que reúne a los ministros provinciales de salud con la convocatoria y la rectoría del Ministro de Salud de la Nación, para la discusión y el consenso de las políticas sanitarias (Rodrigáñez Riccheri y Tobar, 2003).

no contando con ley ni con programa institucionalizado, han emprendido la implementación de acciones en salud reproductiva, especialmente la distribución de insumos. Estas acciones se han desarrollado en forma silenciosa, sin estar precedidas de un debate social, de modo de eludir los obstáculos impuestos por los sectores más conservadores, muchas veces vinculados a la Iglesia Católica. Otras provincias, cuyos programas de salud reproductiva están trabajando en un marco legal definido, también han utilizado esta estrategia, evitando la promoción y publicidad de sus acciones.

En cambio, otras jurisdicciones gestionan sus programas de manera abierta y dialogada, luego de haber saldado los debates. La experiencia de estas provincias señala la importancia de favorecer acercamientos entre los cuadros políticos y los sectores vinculados a la Iglesia para incorporarlos al compromiso con la salud sexual y reproductiva, en consonancia con el contexto sociopolítico que vive actualmente el país.

Estrategias adicionales para esta integración han apelado al argumento de la negligencia preventiva. Si existe una intervención científicamente validada que, implementada oportunamente, significa un ahorro en vidas o en condiciones de salud, como en el caso de las vacunas, debería replantearse desde la lógica de la salud reproductiva cuáles serían los costos sociales de no utilizarla.

La sustentabilidad y el seguimiento de los programas

Se constató la existencia de una preocupación generalizada a nivel provincial por la sustentabilidad de los programas y de las acciones en salud reproductiva, que excede la cuestión de la transferencia de insumos desde el nivel central. Asimismo, se señaló que el programa nacional hoy enfrenta el doble desafío de implementar acciones en aquellas provincias que tienen esta deuda social impaga y de asegurar la consolidación de los programas preexistentes. Este doble desafío señala la conveniencia de incorporar en el presupuesto nacional las previsiones para la atención de la salud sexual y reproductiva, hoy financiadas con recursos externos.

En este mismo sentido, es importante lograr que también las provincias incorporen en sus presupuestos el financiamiento de estas acciones. El compromiso con la política en salud sexual y reproductiva se manifiesta en la disposición de recursos para el sostenimiento y la

continuidad de las acciones.

Por otra parte, la sociedad civil va ocupando su lugar en el monitoreo y el sostenimiento de los programas. A partir de la creación del programa nacional, cuatro organizaciones de la sociedad civil, que desde hace muchos años vienen abogando en el país por los derechos sexuales y reproductivos, han constituido un consorcio para el control social de los programas. Estas organizaciones son CLADEM, FEIM, el Foro por los Derechos Reproductivos y la Red de Adolescentes por la Salud Sexual y Reproductiva.

En una primera etapa, el consorcio está constituyendo grupos de monitoreo y control social en todas las provincias. Los grupos se configuran con personas pertenecientes a movimientos de mujeres, organizaciones sociales, de las comunidades y universidades. El trabajo se realiza en comunicación permanente con el Ministerio de Salud, pero desde un lugar diferenciado, como una manera de potenciar distintos roles en relación con un tema común, puesto que la salud sexual y reproductiva es un problema de toda la sociedad.

6.1.2. Información

Producción de indicadores de cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos

Los indicadores existentes se concentran en las condiciones y necesidades de salud. Se destacó la debilidad de los indicadores para monitorear el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Su factibilidad depende de la información hoy disponible y de las posibilidades de producir nueva información. En las encuestas de condiciones de vida que se están aplicando en el país se incorporan algunas dimensiones que pueden ser consideradas como indicadores de acceso a derechos, tales como la utilización de métodos anticonceptivos, la atención prenatal, del parto y del puerperio, y la atención ginecológica. Sin embargo, el desarrollo de indicadores para diagnosticar el grado de cumplimiento de los derechos resulta todavía un desafío teórico y metodológico, puesto que es muy complicado evaluar el ejercicio de derechos, porque depende de las expectativas que la población tiene.

Producción de indicadores de desigualdad en salud reproductiva

La salud reproductiva crea muchas víctimas en la Argentina y eso no es "transparente" para la sociedad. Se sugirió utilizar la información disponible para demostrar y hacer público cuántas personas mueren, cuántas personas ven afectada su salud y cuántas están perdiendo derechos, como estrategia para contrarrestar las críticas a las acciones de salud sexual y reproductiva planteadas por los sectores conservadores.

Se acordó sobre la necesidad de contar con información respecto de los niveles de desigualdad en salud reproductiva, tanto a nivel regional como entre provincias y entre grupos sociales. En este sentido, resulta importante mejorar la calidad de la información acerca de la mortalidad materna, aborto, espaciamiento entre embarazos, etcétera, por grupo de ingreso.

Se propuso invertir en indicadores de evaluación de los programas. Entre éstos se incluyen indicadores de proceso (por ejemplo, cantidad de mujeres atendidas por el programa, cantidad de agentes capacitados, cantidad de insumos distribuidos) y de resultado (por ejemplo, egresos por complicaciones de aborto o prevalencia de utilización de anticonceptivos). Se consideró que la selección de los indicadores dependerá de los objetivos y las metas definidos por los programas, de acuerdo con la evaluación de las necesidades de la población y de sus capacidades técnicas.

6.2. RECOMENDACIONES

Como resultado de las discusiones desarrolladas en el diálogo nacional se sintetizó una serie de recomendaciones que refieren a algunos principios rectores como a aspectos de la organización sectorial y de las características requeridas de las acciones que se deben considerar para promover la salud sexual y reproductiva en el marco de los procesos de reforma en salud.

6.2.1. Cobertura y equidad

Asegurar la integración de los servicios cubiertos por el programa nacional de salud sexual y procreación responsable en los hospitales públicos de autogestión.

La integración de los servicios preventivos garantizados por el programa nacional en los hospitales públicos de autogestión, que funcionen en las estructuras descentralizadas, depende del sostenimiento de una política sanitaria consistente en la que el hospital y los centros de atención primaria formen parte de una red de atención. Es necesario reconsiderar el hospital público de autogestión desde un modelo de atención primaria de funcionamiento en red, de acuerdo con un sistema regionalizado en el marco de la organización federal.

Superar la estrategia de focalización de los programas verticales a través de la implementación de políticas universales de salud.

La Constitución Nacional establece que el carácter de las políticas debe ser universal. Pueden implementarse políticas universales que diseñen estrategias diferenciadas para distintas poblaciones. Los análisis de la experiencia de la implementación del PROMIN que han mostrado que el financiamiento se ha destinado más a la inversión en infraestructura que a la reformulación de un modelo de atención, con impacto discutido en los niveles de equidad en salud de la población materno infantil, han servido para la redefinición del programa que, en su actual formulación, se propone llegar a todas las jurisdicciones y atender a la población de todo el país.

Asegurar la sustentabilidad de los programas de salud reproductiva a través de la asignación presupuestaria en los niveles provinciales.

La asignación presupuestaria para los programas de salud reproductiva debe ser prevista por las legislaciones provinciales. Esta cláusula es importante para asegurar la sustentabilidad y continuidad de los programas de manera independiente de los insumos recibidos como asistencia del programa nacional. Muchas provincias cuentan con leyes de creación de programas de salud reproductiva pero no prevén asignaciones presupuestarias específicas, de manera que los programas funcionan con fondos de las partidas generales de los ministerios

de salud y con el apoyo de los insumos provistos por la Nación.

Priorizar la estrategia de atención primaria de la salud y de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en la distribución de los recursos en el sector salud.

Resulta necesario trabajar en el sector salud negociando espacios en términos financieros, para asegurar el flujo de recursos hacia las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de acuerdo con la estrategia de atención primaria de salud. La negociación puede estar acompañada de información acerca del impacto en la salud pública de la falta de implementación de acciones preventivas y la falta de garantía de los derechos sociales. Este trabajo requiere la revisión de los paradigmas de atención médica desde una concepción más amplia, vinculada a las estrategias preventivas y sus potencialidades positivas, con el involucramiento de la comunidad médica.

Generar canales de diálogo entre la sociedad civil y el sector salud destinados a asegurar la continuidad de los programas de salud reproductiva.

La creación de canales de diálogo permanente entre la sociedad civil y el sector salud contribuiría a la incorporación de nuevas perspectivas y al intercambio de indicadores para el monitoreo de la integración de los programas de salud reproductiva. El diálogo y la participación redundarían en la capacidad de dar continuidad a los programas y mejorar el acceso de la población a los servicios.

6.2.2. Financiamiento

Adecuar la transferencia de insumos nacionales a las necesidades provinciales.

Es importante aprovechar la experiencia de los programas provinciales en la atención de la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva para definir los tipos de insumos necesarios según un perfil regional. Adicionalmente, se propone fortalecer el seguimiento epidemiológico de la población en referencia a la utilización de métodos anticonceptivos.

Fortalecer los dispositivos de monitoreo en la distribución de insumos contemplados en la ley nacional 25.673.

La ley nacional 25.673 establece que el Ministerio de Salud de la Nación, autoridad de aplicación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, realizará acciones de seguimiento y evaluación de las actividades del programa. En el marco de las estructuras descentralizadas, estas acciones suponen el diseño de dispositivos de monitoreo de la ejecución de las jurisdicciones en la distribución de los insumos transferidos. Los programas provinciales deberán facilitar las condiciones para la auditoría nacional.

Introducir criterios de necesidad para la asignación de recursos financieros de la Nación a las provincias

Incorporar criterios de carga de enfermedad y condiciones de salud regionales para la transferencia de recursos desde la Nación hacia las estructuras descentralizadas, de manera de contribuir con la búsqueda de equidad en la atención de la salud.

6.2.3. Legislación

Modificar los articulados de algunas leyes provinciales de salud reproductiva de modo de incluir de manera vinculante a la seguridad social.

Al incorporar las prestaciones de salud reproductiva al PMO, la ley 25.673 establece que las obras sociales nacionales le darán cobertura. Sin embargo, muchas legislaciones provinciales no lograron incorporar las prestaciones previstas para el sector público en los nomencladores de las obras sociales provinciales. Esta disparidad genera desigualdad en las condiciones de acceso a los servicios de salud reproductiva según subsector de cobertura y puede motivar la existencia de subsidios cruzados entre la seguridad social provincial y el sector público. En consecuencia, se recomienda la revisión de las legislaciones provinciales a fin de incorporar de manera vinculante a la seguridad social provincial en la cobertura de las prestaciones de salud sexual y reproductiva.

Incluir en las legislaciones la formación en salud sexual y reproductiva en la currícula de formación de grado y posgrado de los profesionales del equipo de salud.

La inclusión obligatoria de contenidos de salud sexual y reproductiva en la formación universitaria de los profesionales de la salud contribuiría a la integración de los servicios mediante la reformulación del modelo de atención, con énfasis en la implementación de estrategias preventivas. Esta inclusión debería ser considerada de manera explícita por las legislaciones en la materia, de acuerdo con una política de formación permanente de recursos humanos en derechos sexuales y reproductivos.

Estimular la participación de las organizaciones de la sociedad civil en el monitoreo y control de los programas.

Las organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la defensa de los derechos sexuales y reproductivos han tenido un rol importante en el impulso de la sanción de las legislaciones en este ámbito. A partir de la creación del Programa Nacional, se hace necesario estimular su participación en el monitoreo y control de las acciones como parte de un proceso de evaluación permanente. Para la consecución de estos objetivos, las organizaciones deberán fortalecer sus estrategias de generación de recursos.

6.2.4. Coordinación interjurisdiccional e intersectorial

Fortalecer la relación Nación-provincias a partir de una coordinación consensuada de las actividades.

La crisis político institucional y económica que vivió el país en los últimos años afectó la integridad de la Nación. La reconstrucción de la relación entre las provincias y la Nación en el campo sanitario se lleva a cabo en el marco del CO.FE.SA. En ese ámbito se discuten las prioridades sanitarias, se reformulan las estrategias de financiamiento y se proponen los programas de salud con la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación. Las provincias participan en esta construcción de consenso a través de sus ministros de salud. Es necesario profundizar

la coordinación de las actividades en salud reproductiva a fin de fortalecer la relación entre las provincias y la Nación en este campo.

Fortalecer la función regulatoria del nivel nacional.

El nivel nacional es el único con capacidad de regulación de la seguridad social nacional y del subsector privado. Es importante fortalecer el seguimiento y el control del cumplimiento de la cobertura de las prestaciones prescriptas por la ley nacional 25.673 por parte de las obras sociales nacionales y los seguros privados. A su vez, la Constitución Nacional es el marco para el ordenamiento institucional entre la Nación y las provincias. El fortalecimiento de la función regulatoria en el nivel nacional contribuirá a la nivelación de las desigualdades regionales, mediante la definición de las prestaciones básicas y de sus estándares de calidad.

Monitorear la articulación intersectorial entre salud, educación y desarrollo social.

La ley nacional 25.673 vincula a los ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente para la capacitación de educadores, trabajadores sociales y agentes comunitarios en contenidos de salud sexual y reproductiva. A fin de asegurar el cumplimiento de estas prescripciones se requiere generar dispositivos intersectoriales de seguimiento de la implementación de estas actividades.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA CITADA

Aller Atucha, L. y Pailles, J.: "La práctica del aborto en la Argentina. Actualización de los estudios realizados. Estimación de la magnitud del problema", Buenos Aires, Marketing Social, 1996.

Almeida, C.: "Eqüidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário", en *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (Suplemento), 2002.

Alonso, V.: "La demanda de atención de salud sexual y reproductiva en los procesos de reforma del sector", mimeo, Buenos Aires, CEDES, 2002.

Andía, A. M.: "El programa de salud reproductiva en Mendoza. Una política de Estado. Una herramienta para la disminución de la mortalidad materna", mimeo, agosto de 2001.

Andía, A. M.: "Salud reproductiva en Mendoza", mimeo, junio de 1998.

Ariño, M.: "Mujeres en edad fértil en áreas urbanas: algunas características socioeconómicas. Área Encuesta de Calidad de Vida", versión preliminar, SIEMPRO, marzo de 2003.

Balán, J. y Ramos, S.: *La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares*, Buenos Aires, Documento CEDES Nº 29, 1989.

Belmartino, S.: "The Context and the Process of Health Care Reform in Argentina", en S. Fleury (comp.) *Reshaping Health Care in Latin America. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico*, caps. 2-3, 1999.

CEDES: "La salud reproductiva en Argentina. Selección de indicadores", mimeo, Diálogo Nacional-Argentina, Promoción de la salud reproductiva en las reformas del sector salud, Buenos Aires, CEDES, 28 y 29 de agosto de 2003.

Cetrángolo, O. y Devoto, F.: "La salud argentina. Un sistema ineficiente e injusto. Diagnóstico, últimas reformas y propuesta", mimeo, Buenos Aires, FADE, 1999.

Checa, S. y Rosenberg, M.: *Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública*, Buenos Aires, Ediciones El Cielo por Asalto, 1996.

Chitarroni, H. *et al*.: *Vínculos violentos. Un estudio sobre la violencia en la pareja*, Buenos Aires, edición del autor, 2002.

Código Penal y leyes complementarias: Buenos Aires, Editorial Estudio, 1995.

Díaz-Muñoz, A. R., *et al*.: "La salud de los niños menores de 6 años", en *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*, Buenos Aires, INDEC, 1996.

Fleury, S.: "Modelos de reforma de la salud en América Latina", Río de Janeiro, Escola Brasileira de Administração Pública-Fundação Getúlio Vargas, mimeo, 2000.

Garrido, S.: "Estudio de prevalencia de violencia. Programa piloto de prevención y atención de la violencia intrafamiliar", mimeo, Buenos Aires, Cooperación Técnico Financiera BID, ATN/SF 5422-RG, 2001.

Gogna, M.; Llovet, J. J.; Ramos, S. y Romero, M.: "Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social", en A. Isuani y D. Filmus (comps.) *La Argentina que viene*, Buenos Aires, FLACSO-UNICEF, Grupo Editorial Norma, 1998.

Gogna, M.; Pantelides, E. A. y Ramos, S.: "Sexualidad, género y prevención de las enfermedades de transmisión sexual", en *Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, Buenos Aires, AEPA/CEDES/CENEP, 1996.

INDEC: Censo Nacional de Población. Resultados nacionales, en www. indec-.gov.ar, 2003.

INDEC: Mercado de trabajo: principales indicadores de los aglomerados urbanos. Información de prensa, en www.indec.gov.ar, 2003a.

INDEC: Incidencia de la pobreza y de la indigencia en los aglomerados urbanos. Información de prensa, en www.indec.gov.ar, 2003b.

INDEC: Proyecciones de población, en www.indec.gov.ar, 2003c.

INDEC: *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales,* Buenos Aires, 1996.

INDEC: Módulo para el monitoreo de metas sociales, Encuesta Permanente de Hogares (base de datos), Buenos Aires, 1994.

Langer, A. y Nigenda, G.: *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América latina y el Caribe: desafíos y oportunidades*, Ciudad de México, Population Council/Instituto Nacional de Salud Pública-BID, 2000.

López, E.: "Mujeres y vida reproductiva: indicios para la búsqueda de sentido", en *Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, Buenos Aires, CEDES/CENEP, 1993.

López, E. y Tamargo, M. C.: "La salud de la mujer", en *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*, Buenos Aires, INDEC, 1996.

Llovet, J. J. y Ramos, S.: "La planificación familiar en la Argentina: salud pública y derechos humanos", en *Cuadernos Médico Sociales,* Nº 38, diciembre de 1986.

Maceira, D.: *Financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino*, Serie Seminarios Salud y Política Pública, WP7, Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2002.

Maceira, D.: *Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América latina y el Caribe*, Ediciones Especiales Nº 3, Washington, DC., OPS-PHR-HSPH, 2001.

Mercer, R. y Zamberlin, N.: "Salud reproductiva y reforma del sector salud en Argentina", mimeo, Buenos Aires, CEDES, 2003.

Ministerio de Desarrollo Social y Salud de Mendoza: "Evaluación y monitoreo de las acciones asistenciales, desarrollo institucional y satisfacción de las usuarias del Programa Provincial de Salud Reproductiva", Mendoza, 2001.

Ministerio de Salud: *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*, Año X, Nº 22, Buenos Aires, Programa Nacional de Lucha contra el retrovirus del humano, SIDA y ETS, octubre de 2003.

Ministerio de Salud: *Estadísticas vitales. Información básica*, Buenos Aires, Dirección de Estadística e Información de Salud, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 5, N° 45, 2002.

Ministerio de Salud: *Estadísticas vitales. Información básica 2000*, Buenos Aires, Dirección de Estadística e Información de Salud, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 5, N° 44, 2001.

Ministerio de Salud/OPS/OMS: *Situación de salud en Argentina 2003*, Buenos Aires, OPS/OMS, 2003.

MSAS: *Estadísticas vitales, Información básica 1998*, serie 5, Nº 43, Buenos Aires, 1999.

MSAS: *Estadísticas vitales. Información básica 1991*, Buenos Aires, Dirección de Estadísticas de Salud, Serie 5, N° 35, 1993.

MSAS: *Mortalidad por tumores malignos, 1980-1986*, serie 8, Nº 12, Buenos Aires, 1992.

MSAS: *La mortalidad materna en la Argentina*, Buenos Aires, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 8, Nº 4, 1987.

OPS/OMS: *La salud en las Américas*, vol. I, Publicación Científica y Técnica N° 587, Washington, OPS/OMS, 2002.

OPS/OMS: *Transformaciones del sector salud en la Argentina; estructura, proceso y tendencias de la reforma del sector entre 1990 y 1997*, Publicación Nº 48, Buenos Aires, OPS/OMS, 1998.

Pantelides, E.; Geldstein, R. e Infesta Domínguez, G.: *Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia*, Buenos Aires, Cuadernos CENEP Nº 51, Buenos Aires, 1995.

Ramos, S.; Pantelides, E.; Mormandi, J. y Osores, O.: "La deserción de mujeres con Papanicolaou positivo en hospitales públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires", en *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*, vol. 75, N° 919, junio de 1996.
Ramos, S. y Viladrich, A.: *Abortos hospitalizados. Entrada y salida de emergencia*, Documento CEDES/88, Buenos Aires, 1993.
Rodrigáñez Riccheri, P. y Tobar, F.: "El Consejo Federal de Salud Argentino (CO.FE.SA.). Actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo", Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2003.
Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario: "La reforma de las obras sociales en la Argentina", en *Revista Panamericana de Salud Pública 8(1/2)*, Washington, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2000.
SIEMPRO: Día Internacional de la Mujer. Situación de la mujer en Argentina, en www.siempro.gov.ar, 2003.
SIEMPRO: Encuesta de Condiciones de Vida, en www.siempro.,gov. ar, 2001.
SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social (base de datos), Buenos Aires, 1997.
UNFPA: *Indicators for monitoring the performance of reproductive health programmes: a discussion paper*, Nueva York, UNFPA, diciembre de 1999.
Valdés, T. y Gomariz, E.: *Mujeres latinoamericanas en cifras: Argentina*, Santiago de Chile, Instituto de la Mujer-Flacso, 1993.
Zamberlin, N.: "La otra mitad: un estudio sobre la participación masculina en el control de la fecundidad", en M. Gogna (comp.) *Feminidades y masculinidades*, Buenos Aires, CEDES, 2000.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Aitken, I.: "Implications of Decentralization as a Reform Strategy for the Implementation of Reproductive Health Programs", en *The Implications of Health Sector Reform for Reproductive Health and Rights*, Population Council-/CHANGE, 2001.
Belmartino, S.; Bloch, C. y Báscolo, E.: *La reforma de la atención médica en la Argentina. Escenarios provinciales,* Serie de Seminarios Salud y Política Pública, Buenos Aires, CEDES, 2002.
Cetrángolo, O.: Conferencia en Katz *et al*., *El sistema de salud en la Argentina,* Buenos Aires, Fundación Omega Seguros, 1997.
Consejo Nacional de la Mujer: "Nota Técnica N° 1" y "Nota Técnica N° 2", Buenos Aires, 2000.
De los Ríos, R.: "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción", en Gómez Gómez (ed.) *Género, mujer y salud en las Américas*, Washington, OPS/OMS, 1993.
Family Care International: "Fichas informativas sobre salud sexual y reproductiva", Nueva York, 2000.
Gómez, E.: Equity, Gender and Health Policy Reform in Latin America and the Caribbean, Washington D.C., CEPAL/OPS, 2000.
López-Acuña, D.; Brito, P.; Crocco, P.; Infante, A.; Marín, J. M. y Zeballos, J. L.: "Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones", en *Revista Panamericana de Salud Pública* 8(1/2), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), 2000.
MsyAS: *Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico: total país 1995*, Serie 4, Nº 16, Buenos Aires, 1998.
Ministerio de Salud y Acción Social (Argentina) - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (MSAS-INDEC): *Módulo de utilización y gasto en servicios de salud,* Buenos Aires, 1989.
ONU: *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, 1995.
ONU: *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 1994.
Pantelides, E.*: La maternidad precoz. La fecundidad adolescente en la Argentina*, Buenos Aires, UNICEF, 1995.
Poder Legislativo Nacional (Argentina), ley 21.883, ley 23.660, ley 23.661, ley 24.061, ley 24.754, y ley 25.673.
Poder Legislativo Provincial (Chaco), ley 4.276.
Poder Legislativo Provincial (Mendoza), ley 5.773, ley 6.433, y ley 6.438.
Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO): *Encuesta de Condiciones de Vida*, Buenos Aires, 2001.
Standing, H.: "Gender and Equity in Health Sector Reform", en *Health Policy and Planning*, Oxford, Oxford University Press, 1997.
WHO: *Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health*, 2000.

ANEXO ARGENTINA

ANEXO I. INFORMANTES CLAVE ENTREVISTADOS

Programas Nacionales

Diana Galimberti. Dirección Nacional de Maternidad Infantil
Inés Martínez, Dirección Nacional de Maternidad Infantil
Fernanda Montecchia – Profesional técnico, Programa Prevención de Cáncer
Estela Garrido, Coordinadora del Programa de Violencia Intrafamiliar
Agustín Rojo, ex Consultor Área Comunicación, Proyecto LUSIDA
Carmen Storani, ex Presidenta del Consejo Nacional de la Mujer
Silvia Finnochio – ex Coordinadora General de Currícula y Capacitación Docente, Ministerio de Educación

Ciudad de Buenos Aires

Diana Maffía, Defensora Adjunta del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

ONG Nivel Nacional

Cristina Zurutuza, CLADEM
María Alicia Gutiérrez, Foro por los Derechos Reproductivos
Olga Vigliola, Asociación Argentina de Protección Familiar (AAPF)

Mendoza

Ana María Andía, Directora Programa de Salud Reproductiva-Mendoza
Zulema Diblassi, IPPHEM
Yolanda Chicela, Programa de Prevención de Cáncer, Mendoza
Gabriela Betancourt, Médica. Programa Provincial de Sida
Víctor Vittar, Jefe del Programa de Sida
Liliana Mariconda, “Vida Infantil”
Alieda Verhoeven, Comité Euménico de Acción Social (CEAS)

Chaco

Dr. Jorge Romero, ministro de Salud de la provincia del Chaco
Gustavo Agolti, Director Programa de Procreación Humana Responsable del Chaco
Marcelo Vázquez, Obra Social Provincial del Chaco
Sonia de la Riega, Programa de Procreación Humana Responsable del Chaco
Dr. Rodolfo Efraín Claudiani, Jefe del Servicio de Tocoginecología del Hospital Ferrando
María Julia Simoni, Instituto Provincial de la Mujer
Mariana Ples, Centro de salud Barrio Toba (entrevista telefónica)
Cristina Aboitiz, Fundación Espacio Pluralista
Nestor Fantin, Fundación Moisés Lebensohn
Karina Ryan, Centro Comunitario Revivir
Orlando Vera, Asociación del Barrio Mujeres Argentinas
Dra. Graciela Gianechini, Colegio Médico Gremial
Dra. Juana Ramírez de Picasso, Directora del Centro de Salud de Villa Libertad

ANEXO II. ARGENTINA: PAUTAS TALLER DIÁLOGO

Diálogo Nacional - Argentina
Promoción de la Salud Reproductiva en las reformas del sector
CEDES - Buenos Aires, 28 y 29 de agosto de 2003

TALLER (1º PARTE)

Discusión de intervenciones posibles para la promoción de la salud reproductiva en las reformas del sector salud

Propuesta para la discusión[1]

1. Cobertura y equidad
   - Evaluación del impacto de los cambios promovidos por la reforma sobre la atención de la salud sexual y reproductiva: descentralización, hospital público de autogestión, programa médico obligatorio (PMO), programas verticales nacionales.
   - Cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva según jurisdicción y según subsector: sector público, seguridad social, sector privado.
   - Definición de prioridades en los paquetes básicos de prestaciones: métodos anticonceptivos; servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y cáncer genitomamario; atención del embarazo, parto y puerperio, etcétera.

2. Financiamiento
   - Nivel necesario de desagregación de la información del gasto público en salud.

1. Esta propuesta de trabajo constituye una adaptación de la "Guía para la discusión en las consultas regionales", publicada en Langer, A. y Nigenda, G.: *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y oportunidades*, Ciudad de México, Population Council – Instituto Nacional de Salud Pública – Banco Interamericano de Desarrollo, 2000.

- Financiamiento de los programas de salud reproductiva en un sistema descentralizado: recursos provinciales, transferencias nacionales.
- Suficiencia de insumos: estrategias de abastecimiento y distribución.
- Incremento del financiamiento público e internacional de actividades de mejora de la salud sexual y reproductiva.

3. Legislación relativa a salud reproductiva
   - Ampliación/modificación del marco legislativo en salud sexual y reproductiva: ley nacional, leyes provinciales. Alcances y limitaciones en la consideración de los derechos sexuales y reproductivos. Incorporación de la seguridad social.
   - Cumplimiento de las prescripciones normativas: los grados de implementación de los programas.
   - Las organizaciones de la sociedad civil en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

4. Definición de funciones de los niveles nacional y provinciales
   - Funciones del nivel nacional en la definición de normas y el control de calidad de las prestaciones. El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y la Superintendencia de Servicios de Salud.
   - Coordinación interjurisdiccional: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable – programas provinciales de salud reproductiva – direcciones nacional y provinciales de maternidad e infancia – programas verticales nacionales – Seguro Nacional de Maternidad e Infancia.

TALLER (2º PARTE)

Elaboración de una propuesta de recomendaciones de política y de intervenciones destinadas a promover la salud reproductiva en los procesos de transformación del sector salud en la Argentina

Se sugiere la definición de recomendaciones para:

1. Ampliar la cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva, promover la equidad de acceso a los servicios de atención, y asegurar la prestación de servicios integrados.
2. Sostener la inversión en salud sexual y reproductiva, asegurar una distribución equitativa de los recursos financieros nacionales, y garantizar la disponibilidad de insumos para la prestación de los servicios.
3. Incorporar en las legislaciones la consideración plena de los derechos sexuales y reproductivos acordados en los compromisos internacionales, garantizar el cumplimiento de las prescripciones normativas, y promover la participación de las organizaciones de la sociedad civil.
4. Coordinar las acciones de los programas nacional y provinciales de salud reproductiva, las direcciones nacional y provinciales de maternidad e infancia, los programas verticales nacionales, y el Seguro Nacional de Maternidad e Infancia.

ANEXO III. ARGENTINA

LISTADO DE ASISTENTES AL DIÁLOGO NACIONAL-ARGENTINA
28 Y 29 DE AGOSTO DE 2003

Invitados internacionales

Apellido y nombre	Cargo	Institución	Jurisdicción	Dirección electrónica
Agar, Lorenzo	Secretario ejecutivo	Instituto de Asuntos Públicos, Universidad de Chile	Chile	agar@uchile.cl
Almeida, Celia	Investigadora senior	Escuela Nacional de Salud Pública, Fiocruz	Brasil	calmeida@ensp.fiocruz.br
Medici, André	Senior Health Sepcialist	Banco Interamericano de Desarrollo	Estados Unidos	andrem@iadb.org
Nigenda, Gustavo	Director CASEsalud	FUNSALUD	México	gnigenda@funsalud.org.mx

Autoridades sanitarias nacional y provinciales

Apellido y nombre	Cargo	Institución	Jurisdicción	Dirección electrónica
Agolti, Gustavo	Jefe del Programa Salud Reproductiva	Ministerio de Salud Pública	Provincia del Chaco	msp_procrea@ecomchaco.com.ar
Andía, Ana María	Programa Provincial de Salud Reproductiva	Ministerio de Desarrollo Just. Social y Salud	Provincia de Mendoza	saludreproductiva@dynastar.com.ar
Arletti, Olga	Directora de Medicina Social	Subsecretaría de Salud, Ministerio de Bienestar Social	Provincia de La Pampa	oarletti@lapampa.gov.ar
Casares, María Antonia	Jefa del Programa Materno Infantil	Ministerio de Salud Pública	Provincia de Salta	maternoinfancia-msp@gobiernosalta.gov.ar
Cerrizuela, Beatriz Helena	Coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Programa Materno Infantil y PROMIN	Ministerio de Bienestar Social	Provincia de Jujuy	uepjujuy@promin.org.ar
Chapman, Evelina	Directora General de Medicina Social	Sistema Provincial de Salud SIPROSA	Provincia de Tucumán	cevelina@sinectis.com.ar
Cotti, Cora	Coordinadora del Programa Materno Infantil	Ministerio de Salud Pública	Provincia de Misiones	uepmisiones@promin.org.ar, msp_aps@misiones.gov.ar
De La Torre, Horacio	Jefe del Programa Salud Reproductiva	Ministerio de Salud	Provincia de Santa Fe	subsaludstafe@arnet.com.ar, rvesf_vacunas@gigared.com
Fernández, Jorgelina Beatriz	Directora General de Planeamiento	Secretaría de Salud	Provincia de Tierra del Fuego	huergoh@uolsinectis.com.ar
Iglesias, Marcelino Oscar	Director general	Obra Social de Empleados Públicos (OSEP)	Provincia de Mendoza	directorgeneral@osep.mendoza.gov.ar
Mazal, Jaime Eduardo	Director del Programa Materno Infantil	Ministerio de Salud	Provincia de Córdoba	uepcordoba@promin.org.ar

Autoridades sanitarias nacional y provinciales (cont.)

Apellido y nombre	Cargo	Institución	Jurisdicción	Dirección electrónica
Oppezzi, Mónica	Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva	Subsecretaría de Salud, Ministerio de Desarrollo Social	Provincia del Neuquén	moppezz@yahoo.com
Picasso, Pedro Eduardo	Director del Programa Materno Infantil	Ministerio de Salud	Provincia del Chaco	msp_materno@ecomchaco.com.ar, promin.coordinacion@ecomchaco.com.ar
Rébora, Nora	Directora Nacional de Salud Materno Infantil	Ministerio de Salud de la Nación	Nación	info@ucmisalud.gov.ar
Rosso, Graciela	Secretaria de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias	Ministerio de Salud de la Nación	Nación	consultas@msal.gov.ar
Toscano, Myriam	Responsable del Programa de Salud Reproductiva, Programa Materno Infantil	Ministerio de Salud y Desarrollo Social	Provincia de La Rioja	prominlr@larioja.gov.ar
Zonco, Lucila	Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva	Subsecretaría de Salud, Ministerio de Desarrollo Social	Provincia del Neuquén	czonco@yahoo.com

Representantes de organizaciones de la sociedad civil

Apellido y nombre	Cargo	Institución	Localidad	Dirección electrónica
Bianco, Mabel	Directora	FEIM (Fundación para el Estudio y la Investigación de la Mujer)	Ciudad de Buenos Aires	feim@ciudad.com.ar
Checa, Susana		Foro por los Derechos Reproductivos	Ciudad de Buenos Aires	foroddrr@abaconet.com.ar
Domínguez, Alejandra	Coordinadora Adjunta	Servicio a la Acción Popular (SEAP)	Ciudad de Córdoba	Adominguez@ets.unc.edu.ar, Seap@infovia.com.ar
Lubertino, María José	Directora	Instituto Social y Político de la Mujer ISPM	Ciudad de Buenos Aires	Ispm@netizen.com.ar
Rosenberg, Martha	Directora	Foro por los Derechos Reproductivos	Ciudad de Buenos Aires	foroddrr@abaconet.com.ar
Zurutuza, Cristina	Directora	CLADEM –Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer- Argentina	Ciudad de Buenos Aires	czurutuza@ciudad.com.ar

Investigadores

Apellido y nombre	Cargo	Institución	Dirección electrónica
Alonso, Valeria	Consultora		vale_alonso_3@hotmail.com
Díaz-Muñoz, Ana Rita	Investigadora	SIEMPRO	anarita@siempro.com.ar
Findling, Liliana	Investigadora	Instituto Gino Germani	findling@mail.retina.ar
Gogna, Mónica	Investigadora titular	CEDES - CONICET	monicag@cedes.org
Maceira, Daniel	Investigador asociado	CEDES	danielmaceira@cedes.org
Mercer, Raúl	Consultor		mercer@netverk.com.ar
Portnoy, Fabián	Consultor		fportnoy@intramed.net.ar
Ramos, Silvina	Directora	CEDES	arcoiris@cedes.org
Romero, Mariana	Investigadora asociada	CEDES	mromero@cedes.org
Weller, Silvana	Investigadora visitante	CEDES	silvanaw@cedes.org
Zamberlin, Nina	Consultora		ni31@hotmail.com

ANEXO IV. ARGENTINA: DATOS ESTADÍSTICOS

Población

CUADRO 1
POBLACIÓN TOTAL, POR PROVINCIA
ARGENTINA. AÑO 2001

Provincia	Población total
Total	36.260.130
Ciudad de Buenos Aires	2.776.138
Buenos Aires	13.827.203
24 Partidos del Gran Buenos Aires	8.684.437
Resto de la provincia de Buenos Aires	5.142.766
Catamarca	334.568
Chaco	984.446
Chubut	413.237
Córdoba	3.066.801
Corrientes	930.991
Entre Ríos	1.158.147
Formosa	486.559
Jujuy	611.888
La Pampa	299.294
La Rioja	289.983
Mendoza	1.579.651
Misiones	965.522
Neuquén	474.155
Río Negro	552.822
Salta	1.079.051
San Juan	620.023
San Luis	367.933
Santa Cruz	196.958
Santa Fe	3.000.701
Santiago del Estero	804.457
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	101.079
Tucumán	1.338.523

Fuente: INDEC: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001, Buenos Aires, 2003.

CUADRO 2
EVOLUCIÓN DE LA POBREZA Y LA INDIGENCIA
ARGENTINA. 1997- 2003

Año	Pobres no indigentes %	Indigentes %
1997	31,5	7,9
1998	30,0	7,7
1999	32,7	9,5
2000	34,5	9,7
2001	37,4	12,2
2002	54,3	25,9
2003	55,9	27,0

Fuente: SIEMPRO, en www.siempro.gov.ar.

Perfil epidemiológico

CUADRO 3
ESTIMACIÓN DE INDICADORES DE FECUNDIDAD
TOTAL DEL PAÍS
ARGENTINA. 1980-2005

Periodo	Tasa global de fecundidad	Edad media de la fecundidad en años
1980-1985	3,15	27,8
1985-1990	3,00	27,7
1990-1995	2,82	27,6
1995-2000	2,61	27,5
2000-2005	2,44	27,4

Fuente: INDEC-CELADE: Serie Análisis Demográfico 5, en www.indec.gov.ar, 1995.

CUADRO 4[1]
TASA DE FECUNDIDAD DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS,
SEGÚN JURISDICCIONES
ARGENTINA. 1990 Y 2001

Provincia	1990	2001
Total país	67,3	61,6
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	22,2	23,6
Buenos Aires	57,3	50,1
Catamarca	92,3	94,5
Córdoba	61,0	52,3
Corrientes	90,8	70,8
Chaco	105,5	99,8
Chubut	101,5	82,2
Entre Ríos	82,5	78,7
Formosa	111,0	91,1
Jujuy	79,9	78,9
La Pampa	89,7	71,0
La Rioja	97,2	67,8
Mendoza	61,2	64,1
Misiones	113,9	99,1
Neuquén	114,6	73,9
Río Negro	100,6	77,3
Salta	97,1	74,3
San Juan	66,4	66,0
San Luis	92,1	85,4
Santa Cruz	106,2	81,3
Santa Fe	64,6	67,2
Santiago del Estero	81,8	69,5
Tucumán	66,7	65,9
Tierra del Fuego	-	68,5

Nota: 1. Número de nacidos vivos de madres de 15 a 19 años, por cada mil mujeres de ese grupo de edad.
Fuente: Estimación propia sobre la base de información de *Estadísticas vitales. Información básica 2001*, del Ministerio de Salud y datos de población según sexo y edad del Censo 2001.

CUADRO 5
TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR 10.000 NACIDOS VIVOS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD
ARGENTINA. 1995-1999

Grupos de edad de las fallecidas	Tasa de mortalidad materna				
	1995	1996	1997	1998	1999
Total	4,4	4,7	3,8	3,8	4,1
Menores de 15 años	3,0	3,1	12,2	10,5	3,2
15 a 19 años	2,4	3,2	3,5	2,3	3,6
20 a 24 años	2,7	2,9	1,9	2,5	2,5
25 a 29 años	3,8	3,9	3,2	3,4	3,3
30 a 34 años	6,0	6,0	3,9	4,4	4,3
35 a 39 años	7,2	8,9	6,5	7,2	9,2
40 a 44 años	13,7	11,8	13,9	10,7	9,5
45 años y más	23,3	22,6	11,2	28,0	17,0

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Estadística e Información de Salud, en www.indec.gov.ar.

CUADRO 6
TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR 10.000 NACIDOS VIVOS, POR PROVINCIA
ARGENTINA. 1991 Y 2001

Jurisdicción de residencia	Tasa de mortalidad materna	
	1991	2001
Total país	4,8	4,3
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1,0	0,9
Buenos Aires	2,2	2,1
Catamarca	7,9	3,7
Córdoba	2,4	2,4
Corrientes	8,9	5,4
Chaco	11,8	15,9
Chubut	2,3	2,4
Entre Ríos	4,2	5,2
Formosa	21,8	13,9
Jujuy	10,4	19,7
La Pampa	3,4	7,5
La Rioja	10,8	3,4
Mendoza	6,0	3,9
Misiones	9,3	5,3
Neuquén	6,2	1,0
Río Negro	3,3	3,6
Salta	12,4	6,5
San Juan	5,8	8,7
San Luis	6,6	6,0
Santa Cruz	7,0	7,1
Santa Fe	3,1	4,7
Santiago del Estero	8,2	7,1
Tucumán	3,6	5,8
Tierra del Fuego	-	0,0

Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud, en www.msal.gov.ar.

CUADRO 7
MORTALIDAD MATERNA SEGÚN CAUSAS DE MUERTE Y
TASA DE MORTALIDAD MATERNA POR 10.000 NACIDOS VIVOS
ARGENTINA. 2001

Grupos de causas	Total	Tasa mortalidad materna
Todas las causas	297	4,3
Embarazo terminado en aborto	92	1,3
Causas obstétricas directas	157	2,3
Trastornos hipertensivos, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio	34	0,5
Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia anteparto	19	0,3
Hemorragia posparto	25	0,4
Sepsis y otras complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	35	0,5
Otras causas directas	44	0,6
Causas obstétricas indirectas	48	0,7

Fuente: Ministerio de Salud: *Estadísticas vitales. Información básica año 2001*, Buenos Aires, 2002.

CUADRO 8
TENDENCIA ANUAL DE LOS ENFERMOS DE SIDA Y DE LOS VIH POSITIVOS
NOTIFICADOS SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO
ARGENTINA. 1988-2003

Año	Total por año		Tasa de incidencia[1]	
	SIDA	VIH	SIDA	VIH
1988	204	6	6,37	0,20
1989	300	13	9,36	0,48
1990	504	16	15,46	0,52
1991	748	39	22,60	1,18
1992	1.138	80	34,49	2,43
1993	1.501	122	44,85	3,55
1994	2.235	185	66,11	5,38
1995	2.277	154	66,50	4,06
1996	2.770	81	79,27	1,99
1997	2.561	111	72,03	2,64
1998	2.256	140	62,18	3,35
1999	2.010	182	54,09	4,54
2000	2.019	660	53,67	17,34
2001[2]	1.703	2.632	44,29	66,46
2002[2]	1.339	1.845	29,13	
2003[2]	378	1.219		
Total	23.943	7.485	660,4	121,85

Notas: 1. Por millón de habitantes.
2. Datos provisorios al 15 de septiembre de 2003.
Fuente: Ministerio de Salud: *Boletín sobre el SIDA en la República Argentina*, Año X, Nº 22, octubre de 2003.

CUADRO 9
DEFUNCIONES Y TASA DE MORTALIDAD POR VIH/SIDA, SEGÚN AÑO DE OCURRENCIA
ARGENTINA. 1990-2001[1]

Año	Número de defunciones	Tasa de mortalidad[1]
1990	282	0,009
1991	465	0,014
1992	725	0,022
1993	788	0,024
1994	1.176	0,035
1995	1.741	0,051
1996	2.055	0,059
1997	1.829	0,052
1998	1.673	0,047
1999	1.469	0,041
2000	1.472	0,040
2001	1.474	0,040
TOTAL	14.402	

Nota: 1. Por mil habitantes.
Fuente: Ministerio de Salud: *Boletín sobre el SIDA en la República Argentina*, Año X, Nº 22, octubre de 2003.

CUADRO 10
RAZÓN HOMBRE/MUJER DE ENFERMOS DE SIDA NOTIFICADOS
ARGENTINA. 1988-2002

Año	Razón hombre/mujer
1988	20,67
1989	11,67
1990	8,98
1991	9,36
1992	5,03
1993	4,21
1994	4,15
1995	4,51
1996	3,85
1997	3,29
1998	2,84
1999	3,10
2000[1]	2,76
2001[1]	3,28
2002[1]	2,24
Total	3,81

Nota: 1. Datos provisorios al 31 de mayo de 2002.
Fuente: Ministerio de Salud: *Boletín sobre el SIDA en la República Argentina*, Año IX, Nº 21, agosto de 2002.

Cobertura y equidad

CUADRO 11
POBLACIÓN TOTAL POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD Y SEXO
ARGENTINA. 1997 Y 2001
EN PORCENTAJES

Tipo de cobertura	1997			2001		
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
Sólo obra social	50,3	48,5	51,9	46,7	45,0	48,3
Sólo mutual o prepaga	7,9	8,1	7,8	9,0	9,0	9,1
Obra social y mutual o prepaga	4,2	3,9	4,5	1,0	0,9	1,1
Sólo servicio de emergencia	1,3	1,4	1,2	0,4	0,4	0,4
Sector público	36,3	38,1	34,6	42,8	44,7	41,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 12
POBLACIÓN SEGÚN TRAMOS DE EDAD Y SISTEMA PREVISIONAL
ARGENTINA. 2001

Sexo y grupos de edad	Total	Tipo de cobertura			
		Obra Social[1]	PAMI[2]	Mutual/prepaga[3]	Sector público[4]
Población total[5]	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 a 14 años	28,3	28,4	4,6	23,1	33,0
15 a 64 años	62,4	65,1	28,3	67,0	64,1
65 años y más	9,3	6,5	67,1	9,9	2,9

Notas: Se estima que el coeficiente de variación de las cifras inferiores a 70.000 es superior al 10%.
1. Incluye a los que, teniendo obra social, también están afiliados a PAMI, es decir que tienen doble afiliación. Excluye a quienes también están afiliados a una mutual o prepaga.
2. Excluye a los que tienen doble afiliación.
3. Incluye a los que, teniendo una mutual o prepaga, también están afiliados a una obra social o a PAMI, es decir que tienen doble afiliación.
4. Incluye a los afiliados a servicios de emergencia.
5. Incluye la categoría no sabe/no responde tipo de cobertura.
Fuente: SIEMPRO, Área Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 13
TIPO DE COBERTURA DE SALUD, POBLACIÓN TOTAL Y MUJERES 15-49 AÑOS
ARGENTINA. 1997 Y 2001

Tipo de cobertura	Población total %		Mujeres de 15 a 49 años %	
	1997	2001	1997	2001
Sólo obra social	50,3	46,7	48,1	44,3
Mutual o prepaga	12,1	10,0	12,9	10,3
Sector público	37,6	43,2	39,0	45,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 14
TIPO DE COBERTURA DE SALUD, POBLACIÓN TOTAL
Y MUJERES DE 15 A 49 AÑOS
GRAN RESISTENCIA. 1997 Y 2001

Tipo de cobertura	Población total %		Mujeres de 15 a 49 años %	
	1997	2001	1997	2001
Obra social o privada	54,2	45,7	51,4	48,1
Pública	45,8	54,3	48,6	51,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 15
TIPO DE COBERTURA DE SALUD, POBLACIÓN TOTAL
Y MUJERES DE 15 A 49 AÑOS
GRAN MENDOZA. 1997 Y 2001

Tipo de cobertura	Población total %		Mujeres 15-49 años %	
	1997	2001	1997	2001
Obra social o privada	65,5	56,8	61,5	52,2
Pública	34,5	43,2	38,5	47,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 16
TIPO DE COBERTURA DE SALUD SEGÚN QUINTIL DE INGRESO
PER CÁPITA DEL HOGAR
ARGENTINA. 1997 Y 2001

Tipo de cobertura	Quintil de IPCH %									
	I		II		III		IV		V	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001	1997	2001	1997	2001
Sólo obra social	23,5	15,3	46,6	38,4	54,3	51,1	64,4	63,8	62,8	66,8
Mutual o prepaga	4,6	2,8	7,7	4,4	10,3	7,3	13,2	10,0	24,8	20,2
Sector público	71,9	81,9	45,6	57,2	35,4	41,7	22,4	26,2	12,4	13,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 17
TIPO DE COBERTURA DE SALUD SEGÚN QUINTIL DE INGRESO
PER CÁPITA DEL HOGAR, POBLACIÓN TOTAL
GRAN RESISTENCIA. 1997 Y 2001

Tipo de cobertura	Quintil de IPCH %									
	I		II		III		IV		V	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001	1997	2001	1997	2001
Obra social o privada	14,7	20,1	51,6	19,1	62,5	40,0	62,6	62,7	81,4	84,9
Pública	85,3	79,9	48,4	80,9	37,5	60,0	37,4	37,3	18,6	15,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 18
TIPO DE COBERTURA DE SALUD SEGÚN QUINTIL DE INGRESO PER CÁPITA DEL HOGAR
GRAN MENDOZA. 1997 Y 2001

Tipo de cobertura	Quintil de IPCH %									
	I		II		III		IV		V	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001	1997	2001	1997	2001
Obra social o privada	43,8	23,1	53,4	44,4	68,1	55,0	72,7	74,7	91,5	86,6
Pública	56,2	76,9	46,6	55,6	31,9	45,0	27,3	25,3	8,5	13,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 19
TIPO DE COBERTURA DE SALUD SEGÚN QUINTIL DE INGRESO PER CÁPITA DEL HOGAR, MUJERES DE 15 A 49 AÑOS
ARGENTINA. 1997 Y 2001

Tipo de cobertura	Quintil de IPCH %									
	I		II		III		IV		V	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001	1997	2001	1997	2001
Sólo obra social	22,0	12,8	43,1	34,2	50,8	47,4	61,9	59,2	59,4	65,3
Mutual o prepaga	4,9	2,9	8,1	4,5	11,0	7,4	12,5	10,4	26,3	20,5
Sector público	73,1	84,3	48,8	61,4	38,1	45,2	25,6	30,5	14,4	14,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 20
TIPO DE COBERTURA DE SALUD SEGÚN QUINTIL DE INGRESO PER CÁPITA DEL HOGAR, POBLACIÓN TOTAL Y MUJERES DE 15 A 49 AÑOS
GRAN RESISTENCIA. 1997 Y 2001

Tipo de cobertura	Población total				Mujeres de 15 a 49 años			
	Mediana de IPCH							
	Debajo		Arriba		Debajo		Arriba	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001	1997	2001
Obra social o privada	40,8	21,8	68,0	69,6	34,5	22,0	65,6	70,9
Pública	59,2	78,2	32,0	30,4	65,5	78,0	34,4	29,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 21
TIPO DE COBERTURA DE SALUD SEGÚN QUINTIL DE INGRESO PER CÁPITA DEL HOGAR, POBLACIÓN TOTAL Y MUJERES DE 15 A 49 AÑOS
GRAN MENDOZA. 1997 Y 2001

Tipo de cobertura	Población total				Mujeres de 15 a 49 años			
	Mediana de IPCH							
	Debajo		Arriba		Debajo		Arriba	
	1997	2001	1997	2001	1997	2001	1997	2001
Obra social o privada	52,3	38,1	79,5	75,4	48,3	36,0	75,4	70,9
Pública	47,7	61,9	20,5	24,6	51,7	64,0	24,6	29,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO, Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 22
CONSULTA GINECOLÓGICA EN EL ÚLTIMO AÑO
POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD, MUJERES MAYORES DE 14 AÑOS
ARGENTINA. 1997 Y 2001

Tipo de cobertura	1997	2001
Obra social	38,5	46,9
Mutual o prepaga	48,1	59,8
Sector público	34,0	40,7
Total	38,3	46,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 23
CONSULTA GINECOLÓGICA EN EL ÚLTIMO AÑO
POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD, MUJERES DE 15 A 49 AÑOS
ARGENTINA. 1997 Y 2001

Año	Sólo obra social %	Mutual o prepaga %	Sector público %	Total que consultó %
1997	47,4	55,4	37,5	44,6
2001	58,7	65,8	44,7	53,1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 24
CONSULTA GINECOLÓGICA EN EL ÚLTIMO AÑO
POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD, MUJERES DE 15 A 49 AÑOS
GRAN RESISTENCIA. 1997 Y 2001

Año	Obra social o privada %	Pública %	Total que consultó %
1997	37,8	40,4	39,1
2001	46,8	47,3	47,1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001

CUADRO 25
CONSULTA GINECOLÓGICA EN EL ÚLTIMO AÑO
POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD, MUJERES DE 15 A 49 AÑOS
GRAN MENDOZA. 1997 Y 2001

Año	Obra social o privada %	Pública %	Total que consultó %
1997	46,4	39,5	43,8
2001	61,1	45,7	53,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 26
REALIZACIÓN DE PAPANICOLAU Y MAMOGRAFÍA EN EL ÚLTIMO AÑO,
MUJERES DE 15 A 49 AÑOS
ARGENTINA. 1997 Y 2001

Año	Papanicolau %	Mamografía %
1997	42,4	18,6
2001	50,5	26,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 27
REALIZACIÓN DE PAPANICOLAU Y MAMOGRAFÍA EN EL ÚLTIMO AÑO,
MUJERES DE 15 A 49 AÑOS
GRAN RESISTENCIA. 1997 Y 2001

Año	Papanicolau	Mamografía
	%	%
1997	31,2	13,9
2001	37,8	15,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 28
REALIZACIÓN DE PAPANICOLAU Y MAMOGRAFÍA EN EL ÚLTIMO AÑO,
MUJERES DE 15 A 49 AÑOS
GRAN MENDOZA. 1997 Y 2001

Año	Papanicolau	Mamografía
	%	%
1997	42,5	17,8
2001	44,1	28,1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 29
UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD, MUJERES DE 15 A 49 AÑOS,
SEXUALMENTE ACTIVAS
ARGENTINA. 2001

Utiliza MAC	Sólo obra social	Mutual o prepaga	Sector público	Total
	%	%	%	%
Sí	67,5	71,7	61,9	65,3
No	32,5	28,3	38,1	34,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 30
UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD, MUJERES DE 15 A 49 AÑOS
SEXUALMENTE ACTIVAS
GRAN RESISTENCIA. 2001

Utiliza MAC	Obra social o privada	Pública	Total
	%	%	%
Sí	69,8	61,4	65,0
No	30,2	38,6	35,0
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO, Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 31
UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD, MUJERES DE 15 A 49
SEXUALMENTE ACTIVAS
GRAN MENDOZA. 2001

Utiliza MAC	Obra social o privada	Pública	Total
	%	%	%
Sí	66,8	56,3	62,1
No	33,2	43,7	37,9
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 32
ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS
ARGENTINA. 1997 Y 2001

Año	Control del embarazo	Captación a los tres meses o menos	Embarazos con cinco o más controles
	%	%	%
1997	97,2	79,1	86,8
2001	97,5	84,9	84,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 33
ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS
GRAN RESISTENCIA. 1997 Y 2001

Año	Control del embarazo	Captación a los tres meses o menos	Embarazos con cinco o más controles
	%	%	%
1997	90,0	85,0	94,6
2001	97,5	82,9	79,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 34
ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS
GRAN MENDOZA. 1997 Y 2001

Año	Control del embarazo	Captación a los tres meses o menos	Embarazos con cinco o más controles
	%	%	%
1997	93,0	77,6	88,2
2001	100,0	90,4	91,1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 35
CONTROL DEL EMBARAZO EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS,
POR REGIÓN DE RESIDENCIA
ARGENTINA. 1997 Y 2001

Región	1997	2001
AMBA	96,1	97,0
Pampeana	98,7	98,3
NOA	95,8	97,3
NEA	97,7	97,7
Cuyo	97,2	96,7
Patagonia	98,7	97,2
Total del país	97,2	97,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 36
CAPTACIÓN DEL EMBARAZO A LOS TRES MESES O MENOS
POR REGIÓN DE RESIDENCIA, ÚLTIMOS TRES AÑOS
ARGENTINA. 1997 Y 2001

Región	1997	2001
AMBA	79,8	84,9
Pampeana	82,4	88,9
NOA	70,1	79,4
NEA	76,9	75,7
Cuyo	78,4	85,7
Patagonia	83,4	88,2
Total del país	79,1	84,9

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 37
PARTOS INSTITUCIONALIZADOS, ÚLTIMOS TRES AÑOS
ARGENTINA. 1997 Y 2001

Año	Partos institucionalizados %
1997	99,2
2001	99,6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 38
PARTOS INSTITUCIONALIZADOS, ÚLTIMOS TRES AÑOS
GRAN RESISTENCIA. 1997 Y 2001

Año	Partos institucionalizados %
1997	98,9
2001	97,6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 39
PARTOS INSTITUCIONALIZADOS, ÚLTIMOS TRES AÑOS
GRAN MENDOZA. 1997 Y 2001

Año	Partos institucionalizados %
1997	100,0
2001	98,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 40
LUGAR DE OCURRENCIA DE PARTOS INSTITUCIONALIZADOS,
ÚLTIMOS TRES AÑOS
ARGENTINA. 1997 Y 2001.

Año	Hospital público %	Establecimiento privado o de obra social %	Total %
1997	54,3	45,7	100,0
2001	56,2	43,8	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 41
LUGAR DE OCURRENCIA DE PARTOS INSTITUCIONALIZADOS,
ÚLTIMOS TRES AÑOS
GRAN RESISTENCIA. 1997 Y 2001

Año	Hospital público %	Establecimiento privado o de obra social %	Total %
1997	66,6	33,4	100,0
2001	57,4	42,6	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 42
LUGAR DE OCURRENCIA DE PARTOS INSTITUCIONALIZADOS,
ÚLTIMOS TRES AÑOS
GRAN MENDOZA. 1997 Y 2001

Año	Hospital público %	Establecimiento privado o de obra social %	Total %
1997	47,4	52,6	100,0
2001	41,8	58,2	100,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

CUADRO 43
REALIZACIÓN DE CONTROL POSPARTO POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD, ÚLTIMOS TRES AÑOS
ARGENTINA. 1997 Y 2001

Tipo de cobertura	1997	2001
Obra social	89,6	83,2
Mutual o prepaga	90,0	91,2
Sector público	70,3	62,8
Total	79,5	72,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de SIEMPRO: Encuesta de Desarrollo Social, 1997 y Encuesta de Condiciones de Vida, 2001.

Financiamiento

CUADRO 44
GASTO PÚBLICO CONSOLIDADO EN PORCENTAJE DEL PBI
ARGENTINA. 1990-2002

Finalidad/función	1990	1995[1]	2002[2]
Gasto total	30,37	32,50	29,17
I. Funcionamiento del Estado	4,92	6,24	5,77
II. Gasto público social	18,57	21,18	19,45
Salud	4,21	4,96	4,38
Atención pública de salud	1,42	1,88	1,85
Obras sociales. Atención de la salud	2,15	2,04	1,89
INSSJyP. Atención de la salud	0,64	1,04	0,64
III. Gasto público en servicios económicos	5,31	2,84	1,42
IV. Servicios de la deuda pública	1,57	2,24	2,54

Notas: 1. Provisorio.
2. Estimación.
Fuente: Dirección de Gastos Sociales Consolidados, Secretaría de Política Económica, en www.mecon.gov.ar.

Programas en salud sexual y reproductiva

CUADRO 45
LEGISLACIÓN NACIONAL Y PROVINCIAL SOBRE SALUD REPRODUCTIVA POR TIPO DE NORMA Y AÑO DE SANCIÓN
ARGENTINA

Jurisdicción	Norma	Año
Nación	ley 25.673	2002
Buenos Aires	ley 13.066	2003
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	ley 418	2000
Córdoba	ley 8.535	1996
Corrientes	ley 5.146	1996
Chaco	ley 4.276	1996
Chubut	ley 4.545	1999
Entre Ríos	ley 9501	2003
Jujuy	ley 5.133	1999
La Pampa	ley 1.363	1991
La Rioja	ley 7.049	2000
Mendoza	ley 6.433	1996
Misiones	decreto 92	1998
Neuquén	ley 2.222	1997
Río Negro	leyes 3.059 y 3.450	1996 y 2000
San Luis	ley 5.344	2002
Santa Fe	ley 11.888	2001
Tucumán	ley 6.523	1994
Tierra del Fuego	ley 509	2000

Fuente: CEDES: "Salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: salud pública y derechos humanos, Notas informativas Nº 2", Buenos Aires, junio de 2003.

CHILE

1. CONTEXTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CHILE

Las necesidades de salud fueron exitosamente abordadas en Chile a partir de la década de 1960 y posicionaron al país en un lugar privilegiado en materia sanitaria, con indicadores cercanos a los de los países desarrollados. Muchos de los logros alcanzados se encontraban en directa relación con la salud materno infantil, componente sustantivo de la salud reproductiva.

Actualmente la salud es considerada un factor fundamental del desarrollo y requiere un enfoque de la salud como proceso. Desde esta perspectiva, los avances en el campo sanitario se relacionan más con la capacidad de anticiparse al daño que con su atención. Si se consideran, además, los cambios en los patrones epidemiológicos y demográficos, se plantean nuevos desafíos que requieren un salto cualitativo en la evaluación de la situación de salud. Esto es particularmente relevante en la salud sexual y reproductiva, dado que el concepto de desarrollo se ha basado en un sistema de información restringido a indicadores que en la actualidad no dan cuenta de los componentes de salud que permiten promover contenidos de prevención. En Chile, la situación favorable de salud materno infantil le ha restado relevancia a la preocupación por la salud sexual y reproductiva, que es abordada en forma parcial y principalmente desde el ámbito de la atención médica.

Las definiciones y los significados culturales que los distintos grupos le atribuyen a la sexualidad y a la reproducción tienen un impac-

to directo en los comportamientos sexuales y reproductivos de sus miembros. En el plano de la reproducción su influencia se produce a través de las denominadas "variables intermedias de la fecundidad", que rigen la formación y disolución de las uniones, la concepción, el embarazo y el parto. En el caso de Chile, es importante destacar el predominio de un discurso social en torno de los temas relacionados con la familia y la sexualidad que restringe de manera significativa la aplicación del concepto de salud sexual y reproductiva. Los patrones culturales, y especialmente los religiosos, sistemáticamente han relegado la sexualidad a la esfera de lo privado y han frenado reiteradamente cualquier intento del Estado de intervenir en cuestiones referidas a la sexualidad. La actitud de rechazo de la Iglesia Católica y de los sectores renuentes a legislar sobre asuntos como el aborto –incluso el terapéutico– y a la legalización de la anticoncepción de emergencia y las campañas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual mediante el uso del preservativo han frenado sistemáticamente los intentos del Estado por realizar acciones en estos temas. Son los ejemplos más representativos de esta postura, la oposición de la Iglesia Católica a las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS)[1] entre los jóvenes, y a las campañas de prevención del SIDA mediante la difusión del uso del preservativo –y en algunos casos de su distribución–.

Pese al predominio de una matriz cultural tradicional y de la fuerte influencia de la Iglesia Católica y de sectores conservadores, los indicadores demográficos muestran bajos niveles de fecundidad, mortalidad infantil, mortalidad general y de crecimiento. Esta situación de transición demográfica avanzada sitúa a la salud sexual y reproductiva en Chile como problema no en relación con el crecimiento de población, sino en relación con su impacto cualitativo en las vidas de las personas: el del reconocimiento y ejercicio de los derechos. Esto se extiende incluso a la fecundidad adolescente, cuya definición en tanto problema social no sólo responde al tema de derechos, sino también al de las interrelaciones entre fecundidad y pobreza (SERNAM/ CAPP, 2001).

1. Programa de carácter intersectorial implementado por primera vez en 1993 y rechazado por la Conferencia Episcopal. Está orientado a establecer jornadas de conversación sobre sexualidad y afectividad entre los jóvenes y se desarrolla en los establecimientos educacionales, con la participación de diversos actores.

Las condicionantes socioculturales y las relaciones de poder influyen sobre la acción del Estado. La promoción desde el Estado de temas cruciales como la equidad de género, los derechos sexuales y reproductivos, y el respeto a las minorías sexuales tiene sin duda un potencial para producir cambios socioculturales en el mediano y largo plazo.

Las condiciones socioeconómicas tienen impacto tanto en la salud sexual y la salud reproductiva de las personas, como en el acceso a los servicios de atención y al ejercicio informado y autónomo de sus derechos sexuales y reproductivos. La acción del Estado para asegurar la equidad en este campo resulta crucial, en particular en el marco de una privatización creciente de los servicios de atención de salud.

Las características de los diversos programas que incorporan la atención de la salud sexual y reproductiva y las acciones que efectivamente se realizan en el marco del Programa Salud de la Mujer permiten señalar que la implementación de un enfoque que contemple esa atención en un sentido integral es aún un proceso en construcción. Este proceso se fortalecería en la medida que existiera un marco normativo que consagrara la salud sexual y reproductiva como un derecho de varones y mujeres desde una perspectiva de ciclo de vida, y que se vislumbrara la necesidad de reconocer los cambios sociales y culturales de nuestra sociedad.

Existen temas ausentes o abordados de manera parcial. Entre ellos, la atención de la violencia –especialmente la violencia sexual–, la prevención del aborto y su atención humanizada; la anticoncepción masculina y la anticoncepción de emergencia, la atención de la mujer adulta mayor y las disfunciones sexuales. Por otra parte, no existe un programa que incorpore la salud sexual y reproductiva de los varones y, por ende, no existen acciones orientadas a éstos desde una perspectiva global que los haga partícipes de acciones tales como el control de la fecundidad y la consejería en salud sexual y reproductiva.

El modelo de atención caracterizado por una escasa capacidad de resolución, una inadecuada capacidad de anticiparse a los daños en salud, con la consiguiente baja participación en los procesos de promoción, no contribuye a la reducción de las brechas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Esto se ve reafirmado con la medicalización de la atención de este aspecto de la salud, que no contempla la

aplicación de un protocolo básico para monitorear su situación en varones y mujeres que recurren a los servicios por otras afecciones que pueden estar vinculadas a este ámbito de la salud.

La formulación de políticas o acciones a nivel de organismos públicos y privados enfrenta importantes limitaciones. El enfoque de salud sexual y reproductiva se convierte en la práctica en un enfoque de salud reproductiva con componentes de salud sexual vinculados a la reproducción, concepción que impide realizar acciones en salud sexual en forma independiente. Por otra parte, el ciclo de vida y la influencia de las condiciones de vida en la salud implican la necesidad de intervenciones intersectoriales y, a pesar de ser valorado a nivel del discurso por los distintos organismos del Estado, el trabajo intersectorial enfrenta serias dificultades prácticas.

1.1. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La situación de salud de Chile se enmarca en un proceso de transición epidemiológica donde coexisten problemas vinculados, por una parte, a los bajos niveles de desarrollo, como por ejemplo enfermedades entéricas (infecciosas o parasitarias) y enfermedades transmisibles y carenciales; y por otra, las asociadas a los estilos de vida y al desarrollo económico, tales como las enfermedades crónicas, cardiovasculares, cáncer de mama y cervicouterino y los problemas de salud mental, consecuencia de los cambios demográficos, sociales, medioambientales y del mundo laboral.

Fecundidad

La fecundidad como componente del cambio demográfico y social ha experimentando una notable reducción. Chile comienza la transición de la fecundidad a partir de la década de 1960. Durante el período 1960-2000 la tasa de fecundidad disminuyó en todos los grupos de edad. En los grupos de edades mayores de treinta años la reducción fue superior al 60%, siendo el grupo de cuarenta y cinco a cuarenta y nueve años el que presentó el mayor descenso (95%). Las adolescentes y las mujeres de entre veinte y veinticuatro años disminuyeron su fecundidad en menor proporción que el resto de los grupos (43 y 38% respectivamente). Actualmente, el 62% de los nacimientos se concentra en el grupo de entre veinte y veintinueve años (SERNAM/CAPP, 2001). Según estimaciones oficiales, la Tasa Global de Fecundidad para el período 2000-2005 es de 2,4 hijos por mujer.

No existe actualmente un rezago importante en la transición de la fecundidad de los grupos de mayor pobreza (SERNAM/CAPP, 2001). Sin embargo, se constata una asociación entre maternidad adolescente y pobreza, lo cual plantea el desafío de abordar la maternidad adolescente y la salud sexual con especial énfasis en estos grupos y en el ámbito de la educación básica y media (SERNAM/CAPP, 2001).

Según datos de estadísticas vitales, en el período 1996-1998, anualmente se produjeron alrededor de 260.500 nacimientos. De éstos, 40.675 correspondieron a madres menores de veinte años, cifra que representó un 15,6% del total de nacimientos[2] (SERNAM/CAPP, 2001). Dentro de este grupo, las adolescentes de entre 18 y 19 años representan un 54%, las de entre 15 y 17 años contribuyen con un 43% y las menores de 15 con un 3% (SERNAM/CAPP, 2001).

Anticoncepción

Chile no dispone de información global respecto del uso de métodos anticonceptivos pues no ha participado de las encuestas internacionales realizadas en las últimas décadas para estimar el comportamiento reproductivo, entre ellas, la Encuesta Mundial de Fecundidad, las Encuestas de Prevalencia de Uso de Anticonceptivos y las Encuestas de Demografía y Salud. Según datos de la primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, el 47% de las personas encuestadas utilizaba algún método para evitar o posponer el embarazo (MINSAL/INE, 2000). Los métodos más usados eran el dispositivo intrauterino (DIU) y los anticonceptivos orales. En el nivel socioeco-

2. No es posible estudiar en Chile directamente el embarazo adolescente, puesto que no existen fuentes de datos o encuestas representativas que permitan estimar la magnitud de este fenómeno. Una estimación indirecta es la fecundidad de las mujeres de entre quince y diecinueve años de edad, que corresponde a los nacidos vivos de las mujeres entre estas edades. Su utilización como medida del embarazo presenta dos grandes desventajas: deja fuera todos aquellos embarazos que no llegan a término (principalmente abortos) así como aquellos que comienzan a los diecinueve años y finalizan a los veinte (SERNAM/CAPP, 2001).

nómico alto se utilizaban con mayor frecuencia anticonceptivos orales y en el bajo se usaba principalmente el DIU.

La segunda Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 1997) mostró que un 57% de los jóvenes utilizaba métodos anticonceptivos modernos, un 17% usaba métodos tradicionales y un 26% no usaba ninguno. Prácticamente no se encontraron diferencias en el porcentaje de mujeres y varones que no utilizaban método alguno. Se registraron, en cambio, comportamientos diferentes según nivel socioeconómico y grupos etarios. Mientras la totalidad de los jóvenes de más altos ingresos utilizaba algún método, el 16% de los jóvenes de los sectores medios y el 36% de los de bajos ingresos no utilizaban ningún método. Se observó, asimismo, menor uso entre los más jóvenes: un 32% de los encuestados de entre quince y diecisiete años no usaba ningún método, porcentaje que descendía al 21% entre los jóvenes de dieciocho y diecinueve años.

Otro antecedente de interés es que la continua baja de la fecundidad ha ido acompañada del descenso, sobre todo en las mujeres, de la edad de inicio de la primera relación sexual. Ambos hechos sólo se concilian con un aumento del uso de métodos anticonceptivos y, también, con el incremento del aborto. Aunque por ser considerado ilegal no se manejan cifras exactas, el aborto constituye un serio problema.

Si bien la disminución de la fecundidad en todos los grupos sociales ha sido considerada una señal de éxito de las políticas públicas, las iniquidades de género aún tienen clara expresión en el uso de métodos, pues la mayoría es de responsabilidad de las mujeres (CEPAL, 1998).

Mortalidad materna y aborto

En Chile, la mortalidad materna se ha reducido sostenidamente a partir de la década de 1960, pasando de una tasa de 299 muertes cada 100.000 nacidos vivos en 1960, a una de 23,9 por 100.000 en el año 2001, gracias a las acciones desplegadas primero en el marco del Programa de Salud Materno-Perinatal y luego continuadas por el actual Programa de la Mujer.

El aborto está totalmente prohibido, incluso en circunstancias de riesgo para la madre. Según estadísticas oficiales, constituye la tercera causa de mortalidad materna y sus complicaciones dan cuenta de cerca del 20% de estas muertes. Estudios de The Alan Guttmacher Institute (1994) señalan que Chile cuenta con las tasas más altas de aborto en América latina. Las estimaciones ubican la tasa de abortos entre 4,5 y 5 abortos por cada 100 mujeres de quince a cuarenta y nueve años, lo que equivale a un número de entre 159.000 y 200.000 abortos anuales. Según el mismo informe, un 35% de los embarazos terminan en aborto inducido (Schiappacasse, *et al.*, 1999).

Cáncer cervicouterino y cáncer de mama

Aunque la falta de registros adecuados dificulta el análisis de esta situación en el país, se estima que la incidencia de cáncer invasor es de alrededor de 1.500 casos nuevos anuales, observándose una tendencia ascendente en los últimos veinte años. Entre las mujeres de treinta y cinco a sesenta y cuatro años el cáncer cervicouterino junto con el cáncer de mama representan el 40% de las muertes por cáncer (MINSAL, 1998).

El cáncer cervicouterino ocupa el cuarto lugar entre las muertes por cáncer en el país (OMS, 1996) y se estima que afectaría a 30 cada 100.000 mujeres al año (Mayerson, 1995; Propuesta Ley Marco, 2000). El mayor riesgo de muerte se produce a partir de los treinta y cinco años: más del 80% de las muertes se producen en mujeres de entre cuarenta y sesenta años. Pese a ser una enfermedad que se puede prevenir y evitar, esta patología ocupa el primer lugar entre las muertes de tumores malignos en la mujer de treinta a cincuenta y cuatro años (MINSAL, 1998). En el año 2001, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino fue de 15,5 por 100.000 mujeres.

Un mayor número de muertes de mujeres es causado por el cáncer mamario. En 1995 hubo 932 fallecimientos, equivalentes a una tasa de mortalidad de 13 por 100.000 mujeres. En el año 2001, la tasa ascendía a 18,1 por 100.000 mujeres (MINSAL, 2002a; INE, 2002).

Cáncer de próstata

Es importante señalar el significativo incremento de tumores que afecta a los varones. El cáncer de próstata representa la tercera causa de muerte por cáncer entre los varones (MINSAL, 2002a). En el año 1998 se registraron 1.218 muertes por esta causa, con una tasa de 16,6 por 100.000 varones (MINSAL, 1998). En 1999 se realizaron 4.529 intervenciones a lo largo del país y se cuenta con una lista de espera de más de un millar de casos (MINSAL, 2002b).

Enfermedades de transmisión sexual

En el caso de Chile, cerca del 60% de los casos de enfermedades de transmisión sexual notificados corresponde a mujeres, principalmente trabajadoras sexuales y amas de casa (CONASIDA, 2001). La mayoría son mujeres de entre 15 y 49 años y 1 de cada 3 es menor de 25 años. Al inicio de la década de los noventa el 34% de los casos correspondía a mujeres, proporción que aumentó a un 58,8% hacia 1999. Durante este lapso los casos notificados disminuyeron fuertemente (82,9%), sin embargo, la disminución en el caso de las mujeres fue menor (70,3%).

VIH/SIDA

De acuerdo con la información de CONASIDA (2001) el primer caso de SIDA notificado en Chile data de 1984. Al 31 de diciembre de 2001 se han notificado 4.646 enfermos, 5.228 personas portadoras del VIH en trece regiones del país. A la misma fecha habían fallecido 3.012 personas (CONASIDA, 2001).

La epidemia del SIDA se ha concentrado en las grandes ciudades y al principio afectó mayoritariamente a los varones. Al igual que en los casos de enfermedades de transmisión sexual, se han incrementado los casos de SIDA en las mujeres, pasando la proporción de 28,4 a 5,8 varones por cada mujer con SIDA entre 1990 y 1999. El grupo etario más afectado es el de varones y mujeres de entre veinte y cuarenta y nueve años, entre los que se concentra el 85% de los casos; le siguen los mayores de cincuenta años con un 12,7% de los casos y los menores de veinte años con un 2,3% (CONASIDA, 2001). Estimaciones preliminares para 2001 indican una tasa de incidencia de 36,1 por millón de habitantes (CONASIDA-MINSAL, 2002). Puede colegirse de los estudios de CONASIDA que, entre otras características, existe una tendencia creciente a la feminización del SIDA.

La prevalencia muestra una estabilización de la infección en mujeres embarazadas. Según estimaciones de CEPAL/CELADE (2002-2004), el porcentaje de seropositivas por VIH entre las mujeres embarazadas que reciben atención prenatal y a las que se les hizo la prueba respectiva se mantuvo en 0,1% entre 1994 y 1997.

Violencia familiar

La magnitud e impacto de la violencia contra la mujer por parte de su pareja, así como sus implicancias sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres justifica incorporar este componente en el presente estudio. Según denuncias realizadas durante el año 2000, un 90% de los afectados por la violencia familiar fueron mujeres, un 5,9% varones, un 1,8% niños y un 0,9% ancianos (SERNAM/CAPP, 2002). La violencia como consecuencia de las iniquidades de género presenta diversas manifestaciones. Puede expresarse en la violación, el abuso sexual a los niños y niñas y en la violencia familiar. Esta última ha alcanzado un reconocimiento global como problema prioritario en el campo de la salud sexual y reproductiva (Langer y Nigenda, 2000).

Se estima que en Chile ocho de cada diez delitos sexuales no son denunciados. En ello influye el efecto de victimización secundaria debido al carácter engorroso de los procedimientos, la vergüenza de la víctima o su familia, y el hecho de que el agresor sea un pariente o conocido. La sección de peritajes del Instituto Médico Legal atendió 1.906 agresiones sexuales producidas en la Región Metropolitana en 1997. Del total de víctimas atendidas, el 80% eran mujeres y seis de cada diez víctimas eran menores de catorce años de ambos sexos (Propuesta Ley Marco, 2000).

El Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS), señala: "En Chile se producen 20.000 delitos por abuso sexual al año. Las principales víctimas son niños (mujeres y varones) menores de once años. Sólo el 10% de estos casos es denunciado oportunamente a través de los tribunales y el 3% recibe sentencia judicial […] La violencia sexual en Chile, en la mayoría de los casos, se produce dentro del ámbito de la familia y del hogar y es ejercida por parientes o conocidos de las víctimas [...] Las estadísticas de los peritajes médicos realizados por el Servicio Médico Legal señalan que la mayor parte de los casos tratados involucran una relación previa entre agresor y víctima" (Propuesta Ley Marco, 2000).

En relación con la violencia conyugal, los últimos estudios de prevalencia revelan que la mitad de las mujeres actual o anteriormente casadas o convivientes de la Región Metropolitana ha experimentado situaciones de violencia conyugal alguna vez en su vida: un 16% ha experimentado violencia psicológica y un 34% violencia física o vio-

lencia sexual o ambos tipos de violencia a la vez (SERNAM/CAPP, 2002). Cifras similares, aunque menores, se han estimado para las regiones II (CCAPP, 2003) y VIII (SERNAM/CAPP, 2002). Estos estudios muestran que, a medida que aumenta el nivel educacional, es mayor la proporción de mujeres que ha vivido relaciones de pareja sin violencia.

Las mujeres que han experimentado violencia por parte de su pareja presentan un mayor número de trastornos en su salud mental que aquellas que han vivido una relación de pareja sin violencia. La mujer que ha sido víctima de violencia revela con mayor frecuencia un menor uso de métodos anticonceptivos, una mayor oposición por parte de su pareja a que utilice algún método anticonceptivo y que él mismo utilice alguna alternativa; junto con esto, una mayor proporción declara embarazos no deseados. Además, se encontró que en una importante proporción de los casos de mujeres que experimentaban violencia física ésta no se detenía durante el embarazo (SERNAM/CAPP, 2002).

1.1.1. Diferenciales sociales en salud sexual y reproductiva

Datos procedentes de los servicios de salud y de estudios de casos específicos recogidos para este estudio aportan algunos antecedentes ilustrativos de las iniquidades en salud sexual y reproductiva y en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos –aún no consagrados en Chile–, en relación con el estrato socioeconómico, la pertenencia a una determinada área geográfica y/o a un grupo étnico.[3]

En Chile los grupos más pobres y vulnerables aún presentan indicadores demográficos poco favorables en relación con los de los niveles socioeconómicos más altos. Un estudio que tomó como base la población de 1992 señaló que al considerar población pobre con necesidades básicas insatisfechas la fecundidad alcanza a 3,3 hijos por mujer frente a una tasa de 2,2 hijos de la población no pobre (Martínez,

3. A comienzos de los noventa, 998.385 personas declararon sentirse identificadas con algún grupo étnico; de éstos un 93% correspondía a la población Mapuche, un 4,9% se declaró Aymará y un 2,2% Rapa Nui (Censo de 1992). El último censo (2002) reveló que 692.192 personas declararon pertenecer a algún grupo étnico equivalente a un 4,6% de la población nacional. Se señala una disminución entre ambos censos del 30,7% (INE, 2003).

1998). Esta diferencia de alrededor de un hijo entre los pobres y no pobres es incluso mayor entre la población no pobre y la población mapuche.[4] La etnia constituye sin duda un factor importante en los diferenciales de pobreza y en relación con la salud sexual y reproductiva (Frómeta *et al.*, 1999). Sin embargo su estudio en Chile no es posible salvo por medio de estimaciones indirectas a través del análisis de la situación que se estima presenta una proporción de población indígena significativa (Toledo, 1997).

El aborto inducido y sus consecuencias negativas es uno de los problemas de salud pública que notablemente afecta a la población femenina de menores recursos. Los métodos a los cuales recurren las mujeres difieren según el estrato socioeconómico al cual pertenecen, siendo las de nivel socioeconómico bajo quienes recurren a los métodos más inseguros (Schiappacasse *et al.*, 1999; Casas, 1996). Se ha revelado que la penalización del aborto afecta de manera desigual a las mujeres según nivel socioeconómico y área de residencia, la gran mayoría de las mujeres que abortan proviene de nivel socioeconómico bajo y de sectores rurales que no han tenido acceso a educación sexual ni a información sobre métodos de control de la fecundidad, constituyéndose en uno de los grupos de más alto riesgo en cuanto a embarazos no deseados (Casas, 1996).

Un estudio dirigido a mujeres procesadas por aborto y a quienes las acompañaron en esta situación, publicado en 1996 por el Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos (Casas, 1996), reveló que si bien la gran mayoría de las mujeres entrevistadas señaló contar con educación formal, entre ellas era mayor la proporción de mujeres analfabetas y con nivel educativo bajo y con inserciones laborales más precarias y de menor productividad.

4. Esta información proviene del único estudio que toma como base el Censo de Reducción Indígena. Por la falta de un sistema de información confiable, no es posible estudiar la fecundidad tomando la variable de etnicidad.

1.2. LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL DERECHO CHILENO[5,6]

La Constitución de 1980 (artículo 19 N° 9) garantiza el derecho a la protección de la salud estableciendo como responsabilidad del Estado proteger "el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Establece, asimismo, que le corresponderá la coordinación y el control de las acciones relacionadas con la salud, siendo "deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias". La norma constitucional explicita en relación con la atención de la salud que "Cada persona tendrá derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado [...]".

La Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud pero por problemas de forma no define lo que es salud, prevaleciendo un concepto amplio.[7] El Ministerio de Salud incorporó en 1980, en la propuesta del artículo constitucional, la definición de la OMS como "el estado de bienestar físico y mental del individuo y de la sociedad y no sólo la ausencia de enfermedad", que finalmente no fue introducida atendiendo a un tema de forma, ya que no corresponde a un texto constitucional formular definiciones. Se pensó, asimismo, en la posibilidad de no cerrar una futura ampliación del concepto de salud,[8] tarea aún pendiente.

De tal manera que el concepto de salud que subyace tras la Carta Fundamental comprendería implícitamente la salud sexual y reproductiva, en los términos establecidos en los diversos instrumentos internacionales que hacen referencia a esta materia. Los derechos sexuales y reproductivos que emanan del derecho a la protección de la salud deberían estar plenamente reconocidos a la luz del ordenamiento constitucional chileno y de la legislación vigente, sin embargo, no existen los mecanismos necesarios que permitan a varones y mujeres ejercer esos derechos.

5. Capítulo elaborado por Adelio Misseroni. Presenta un análisis sucinto del derecho interno chileno, con prescindencia de los numerosos instrumentos internacionales que se refieren a este tema.

6. Un recuento exhaustivo de la legislación vigente al año 2000, así como de las políticas y programas respectivos, se encuentra en CLADEM, 2001.

7. Bertelsen, R.: 1989, pág. 195.

8. *Ibid*.

En los últimos años ha habido una serie de iniciativas de carácter legal y reglamentario tendientes a reafirmar en el derecho interno la protección de los derechos sexuales y reproductivos, aunque de manera parcial y restringida. Han sido materia de legislación, aspectos referidos a los delitos contra la libertad sexual, el aborto, la planificación familiar, el embarazo adolescente y el VIH/SIDA.

Delitos contra la libertad sexual

La ley 19.617 de 1999, modificatoria del Código Penal y otros cuerpos legales referidos a delitos sexuales, actualizó el código punitivo chileno en este tema.

El artículo 361 del Código Penal señala que "comete violación el que accede carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona mayor de doce años, en alguno de los casos siguientes:

1. Cuando se usa fuerza o intimidación.
2. Cuando la víctima se halla privada de sentido, o cuando se aprovecha su incapacidad para oponer resistencia.
3. Cuando se abusa de la enajenación o trastorno mental de la víctima".

Por su parte, el artículo 362 sanciona a aquel que "accediere carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal a una persona menor de doce años [...] aunque no concurra circunstancia alguna de las enumeradas en el artículo anterior".

La nueva redacción de los tipos de violación permitió establecer un delito de sujeto pasivo indiferente, es decir, se sanciona en un mismo tipo penal la violación femenina y masculina. Además, el acceso carnal puede ser por vía vaginal, anal o bucal, a diferencia de lo que ocurría anteriormente, en que la conducta consistía en "yacer", verbo que excluía otras vías distintas a la vaginal.

El artículo 363 tipifica el delito de estupro, sancionando al que "accediere carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona menor de edad pero mayor de doce años, concurriendo cualquiera de las circunstancias siguientes:

1. Cuando se abusa de una anomalía o perturbación mental, aun transitoria, de la víctima, que por su menor entidad no sea constitutiva de enajenación o trastorno.
2. Cuando se abusa de una relación de dependencia de la víctima, como en los casos en que el agresor está encargado de su custodia, educación o cuidado, o tiene con ella una relación laboral.
3. Cuando se abusa del grave desamparo en que se encuentra la víctima.
4. Cuando se engaña a la víctima abusando de su inexperiencia o ignorancia sexual".

La ley 19.617, además, despenalizó la denominada sodomía simple, esto es, las relaciones sexuales libremente consentidas entre varones mayores de edad, disposición que vulneraba abiertamente los derechos sexuales de los homosexuales. El artículo 365, en su nueva redacción, sanciona al que "accediere carnalmente a un menor de dieciocho años de su mismo sexo, sin que medien las circunstancias de los delitos de violación o estupro". En consecuencia, toda relación homosexual en la cual intervenga un menor de dieciocho años está sancionada penalmente, a diferencia de las relaciones heterosexuales, las cuales pueden ser lícitas aun cuando intervenga un menor de edad, siempre que tenga, al menos, doce años de edad.[9]

El artículo 366 se refiere a los abusos deshonestos, figura residual que tiene por objeto penar al que "abusivamente realizare una acción sexual distinta del acceso carnal con una persona mayor de doce años". El artículo 366 ter. señala que "se entenderá por acción sexual cualquier acto de significación sexual y de relevancia realizado mediante contacto corporal con la víctima, o que haya afectado los genitales, el ano o la boca de la víctima, aun cuando no hubiere contacto corporal con ella". Finalmente, el artículo 366 quater. agrega que será penado "el que, sin realizar una acción sexual en los términos anteriores, para procurar su excitación sexual o la excitación sexual de otro, realizare acciones de significación sexual ante una persona menor de doce años, la hiciere ver o escuchar material pornográfico o la determinare a realizar acciones de significación sexual delante suyo o de otro".

9. La plena capacidad en materia penal se adquiere a los dieciocho años. Los menores de edad, en consecuencia, se encuentran exentos de responsabilidad penal. Sin embargo, las personas mayores de dieciséis años y menores de dieciocho están exentas de responsabilidad penal, a no ser que conste que han obrado con discernimiento (artículo 10 N° 2 del Código Penal). En materia civil, la plena capacidad de ejercicio se adquiere a los dieciocho años (*vid* artículo 26 del Código Civil que clasifica a las personas de acuerdo con la edad).

Aborto

Desde un punto de vista médico, se entiende por aborto la *expulsión prematura del útero, del producto de la concepción*.[10] El concepto legal de aborto, por el contrario, como delito contra la vida, atiende, en su materialidad, a la muerte provocada del feto, con o sin expulsión del seno materno. En Chile, la vida del no nacido goza de protección en las legislaciones civil, penal, laboral y de seguridad social. El aborto está sancionado en los artículos 342 y siguientes del Código Penal.

El artículo 342 contiene tres figuras de aborto realizadas por un tercero que no sea facultativo, con violencia, sin el consentimiento de la mujer y con su consentimiento. El artículo 343 del Código Penal contiene –al igual que en el caso del N° 1 del artículo 342– un caso de aborto causado con violencia, por un tercero que no sea facultativo. La particularidad radica en que esta disposición exige que el tercero "no haya tenido el propósito de causarlo, con tal que el estado de embarazo de la mujer sea notorio o le constare al hechor".

El artículo 344 sanciona a la mujer que realiza su propio aborto o consiente en que otro se lo cause: "La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será castigada con presidio menor en su grado máximo. Si lo hiciere para ocultar su deshonra, incurrirá en la pena de presidio menor en su grado medio".

Este precepto contiene dos hipótesis: el autoaborto y el consentimiento en el propio aborto. Esta segunda situación exige el concurso necesario de otra persona, quien será incriminada de acuerdo con el artículo 342 del Código Penal ya mencionado. La mujer que consiente en su aborto (artículo 344) lleva aparejada una pena superior que el tercero que realiza el aborto (artículo 342 N° 3); en consecuencia, la ley considera más reprobable la conducta de la mujer. El inciso se-

10. *Diccionario médico de bolsillo Dorland*, McGraw-Hill-Interamericana de España, Vigésima cuarta edición, Madrid 1993.

gundo de este artículo consagra como atenuante especial el aborto *honoris causa.* Este factor de atenuación es de carácter estrictamente personal y, por ende, incomunicable a los terceros.

El artículo 345 del Código Penal, por último, se refiere al aborto causado por facultativo. A este respecto, señala este artículo que "el facultativo que, abusando de su oficio, causare el aborto o cooperare a él, incurrirá respectivamente en las penas señaladas en el artículo 342, aumentadas en un grado". La expresión "facultativo" comprende no sólo a los médicos, sino a todos los profesionales que han hecho estudios superiores y ejercen el arte de curar. Así lo ha entendido la doctrina chilena (Etcheberry, 1998; Politoff *et al*., 1971).

No existen en Chile casos específicos de aborto justificado. Sin embargo, hasta el año 1989 se contemplaba un caso de *aborto terapéutico.* A este respecto, el artículo 119 del Código Sanitario prescribía lo siguiente: "Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo. Para proceder a esta intervención se requerirá la opinión documentada de dos médicos cirujanos". La ley 18.826, de 1989, reemplazó el texto del artículo 119 del Código Sanitario por el siguiente: "No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto".

En la motivación que sirve de preámbulo a la ley 18.826 se señala que en la actualidad, debido a los progresos de la medicina, los casos en que la vida y la salud de la madre se ven en grave peligro por el embarazo son muy raros, y que en las situaciones excepcionales que todavía puedan presentarse, se aplicarán las reglas generales del Código Penal. La exposición de motivos, en consecuencia, señala claramente que existen casos en que la salvación de la vida de la madre mediante la muerte del *nasciturus* resultará impune (Etcheberry, *op. cit*.). La única causal de justificación que sería aplicable en caso de aborto terapéutico, destinado a preservar la vida o la salud de la madre, y siempre que sea practicado por un médico, sería la contemplada en el artículo 10 N° 10 del Código Penal, esto es, el *ejercicio legítimo de un derecho u oficio.* Si esta causal no es aplicable a los médicos, agrega este autor, ninguna otra lo será y la excepción reconocida por el preámbulo de la ley 18.826 no se daría jamás (Etcheberry, *op. cit.).*

Sin embargo, podría concluirse que al encontrarse la norma del artículo 119 ubicada en el Libro V del Código Sanitario, entre las normas que regulan el ejercicio de la medicina y profesiones afines, excluiría de aplicación la causal de justificación genérica del artículo 10 N° 10 del Código Penal, además de constituir el citado artículo 119 una norma prohibitiva, que excluiría toda posibilidad de realización lícita de un aborto terapéutico.

Planificación familiar

En el ámbito de la planificación familiar existe una serie de disposiciones de carácter reglamentario que hace referencia a los diversos métodos anticonceptivos disponibles, con el objeto de que la pareja pueda ejercitar la paternidad responsable, con énfasis en los métodos que pueden ser usados por las mujeres. A pesar de ello, en el caso de la anticoncepción de emergencia (levonorgestrel), la Corte Suprema de Justicia acogió en el año 2001 un recurso de protección interpuesto en contra de una resolución de carácter administrativo que autorizaba la venta de este anticonceptivo por ser, a juicio de este tribunal, de carácter abortivo, pues impediría la anidación del óvulo fecundado. Esta sentencia representa, sin lugar a dudas, una flagrante vulneración de los derechos sexuales y reproductivos.

Educación sexual y embarazo adolescente

En el ámbito de la educación sexual, la ley 19.688 de 2000 señala que las estudiantes embarazadas o en período de lactancia pueden continuar normalmente sus estudios. Con anterioridad a la entrada en vigencia de esta ley sólo existían disposiciones de rango inferior, no obligatorias para los administradores del sistema educativo.

A esto se agrega la normativa que consagra de manera parcial el derecho de los adolescentes a la educación sexual. La comprensión de la sexualidad es uno de los objetivos fundamentales transversales de la currícula correspondiente a la enseñanza media y básica. Cada establecimiento educacional se encuentra libre de decidir su implementación a través de su transversalización. Sin embargo, sólo ha sido posible generalizar la entrega de información a través de los contenidos mínimos obligatorios para tres cursos a lo largo de todo el período educacional.

VIH/SIDA

En el ámbito legislativo, cabe destacar dos cuerpos normativos que se refieren a esta materia: el Decreto Supremo N° 362, del Minis-

terio de Salud,[11] que aprobó el Reglamento sobre enfermedades de transmisión sexual y la ley 19.779, que establece normas relativas al VIH y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas.

El primer cuerpo normativo citado señala al SIDA entre las enfermedades de transmisión sexual (artículo 2). Por su parte, el artículo 8 del citado reglamento señala que la atención que presten los servicios de salud en sus establecimientos para combatir las enfermedades de transmisión sexual será totalmente gratuita, comprendiéndose en ella el diagnóstico de la enfermedad, su tratamiento y control, y los exámenes de laboratorio clínico y demás elementos necesarios.

Por su parte, la ley 19.779 (Ley del SIDA) prescribe que la prevención, el diagnóstico y control de la infección provocada por el VIH, como la asistencia y el libre e igualitario ejercicio de sus derechos por parte de las personas portadoras y enfermas, sin discriminaciones de ninguna índole, constituyen un objetivo sanitario, cultural y social de interés nacional (artículo 1). Se garantiza la confidencialidad de los exámenes para detectar el VIH y se establece la exigencia de consentimiento informado escrito del interesado o de su representante legal (artículo 5). El examen deberá practicarse siempre en los casos de transfusiones sanguíneas, elaboraciones de plasma, transplantes y cualquier otra actividad médica que pudieren ocasionar contagio. Sus resultados deben entregarse en forma personal y reservada, sin perjuicio de la información confidencial a la autoridad sanitaria respecto de los casos en que se detecte el virus, con el objeto de mantener un adecuado control estadístico y epidemiológico. A este respecto, se hacen aplicables las disposiciones de la ley 19.628, sobre protección de datos personales (artículo 5).

El artículo 6 de la Ley del SIDA señala que el Estado deberá velar por la atención de las personas portadoras o enfermas con el VIH, en el marco de las políticas públicas que se definen en la misma ley. En todo caso –agrega esta disposición– deberán proporcionarse las prestaciones de salud que requieran los beneficiarios de la ley 18.469, que regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.

En tanto, el artículo 1 transitorio establece que las personas que padezcan VIH/SIDA, que acrediten insolvencia económica, que no

11. Publicado el 7 de mayo de 1984.

tengan acceso a los medicamentos necesarios a través de los planes de salud públicos o del régimen de salud al que se encuentren afiliados y que efectúen la importación a través de ciertas instituciones que la propia ley y el reglamento definen, podrán solicitar una bonificación fiscal, hasta el monto de los derechos e impuestos que hubieren pagado por la importación de los medicamentos de alto costo utilizados en el tratamiento específico del SIDA.

Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos

Mención especial merece el *Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos,* presentado en octubre de 2000 por iniciativa de organizaciones de la sociedad civil y de la diputada Fanny Pollarolo, y patrocinado por parlamentarios de diversos partidos. A modo de resumen, podemos señalar que los aspectos más destacados desde el punto de vista legal de este proyecto son:

- Se reconoce el derecho de toda persona a disfrutar de la sexualidad como fuente de desarrollo personal y felicidad. Asimismo, se establece que es deber del Estado diseñar y ejecutar políticas públicas que garanticen y promuevan ese derecho, mediante los programas y las acciones necesarios para tal efecto, especialmente las que aseguren la información, la educación y el acceso a los servicios que esa ley regula para todas las personas, y las que prevengan las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado (artículo 8).
- Se reconoce el derecho de toda persona a ejercer la sexualidad independientemente de la reproducción y la libertad para elegir con quién vivir la sexualidad (artículo 9).
- Se reconoce el derecho a la libertad sexual e integridad física y psíquica de las personas en materia sexual, lo que implica el derecho a decidir libremente sobre el ejercicio de la sexualidad, a la autonomía y el control corporal y a no ser sometido a ninguna forma de abuso, tortura, mutilación o violencia sexual (artículo 10).
- Asimismo, se reconoce el derecho de las personas a decidir de manera libre, informada y responsable si desean o no tener hijos, el número de éstos y el intervalo entre los nacimientos. También se reconoce el derecho de mujeres y varones a recuperar la fertilidad

cuando ésta ha sido dañada por falta de información y tratamientos adecuados (artículo 11).

- Se consagra el derecho a la esterilización voluntaria, previo consentimiento informado. Para proceder a la esterilización de personas con discapacidad mental es necesario su consentimiento, salvo que se cumpla con los requisitos que la ley establece (artículo 12).
- Se establece que las experimentaciones sobre métodos anticonceptivos y acciones para regular la fecundidad deben estar sujetas a protocolos de experimentación científica y éticamente aprobadas por organismos internacionales pertinentes (artículo 13).
- Se reconoce el derecho a ser informados y acceder a información clara, comprensible y completa sobre métodos de regulación de la fecundidad y de prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, a tener acceso a servicios de consejería sobre métodos seguros y eficaces de regulación de la fecundidad que cumplan con los estándares internacionales de seguridad y eficacia (artículo 14).
- Se señala, asimismo, que es deber del Estado asegurar y garantizar el acceso a servicios de salud de calidad y adecuados a las necesidades de mujeres y varones de todas las edades (artículo 16).
- Finalmente, se reconoce a los usuarios de los servicios de salud pública y privada el derecho a la confidencialidad de la información relacionada con la salud sexual y reproductiva, incluyendo la confidencialidad de la información en complicaciones de aborto y acceso a métodos anticonceptivos. Se señala que todo profesional y funcionario de un servicio de salud pública o privada que incurriere en una infracción o violación de la confidencialidad, incurrirá en responsabilidad penal y civil.

Este proyecto ha permanecido en el Congreso sin resultados favorables a la fecha. Los aspectos relativos a la confidencialidad y autonomía de las personas podrían hacerse efectivos si se aprobara el proyecto de ley sobre derechos de los pacientes.

Existe, además, una serie de otros proyectos de ley en el Congreso Nacional que se relacionan con los derechos sexuales y reproductivos. Podemos señalar, entre otros, los proyectos de ley sobre acoso sexual, reproducción asistida y paternidad responsable, que son tema de discusión. En marzo de 2004 el Congreso Nacional aprobó la nueva Ley de Matrimonio Civil, cuya principal modificación es permitir el divorcio vincular.

La adhesión del gobierno chileno a los acuerdos de El Cairo y Beijing constituye un hito muy importante respecto del avance hacia la instalación de los derechos sexuales y reproductivos en Chile aún no consagrados plenamente. A pesar de los acuerdos y compromisos contraídos, la situación actual revela que en la práctica el Estado no reconoce estos derechos como derechos humanos, no los difunde ni crea los mecanismos necesarios para que la población pueda ejercerlos. A ello se suman los débiles canales de la sociedad civil para asumir la difusión y defensa de estos derechos (CLADEM, 2001).

2. EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

En el transcurso de varias décadas, el sector de la salud en Chile se transformó de un modelo de seguridad social netamente público en el modelo actual, basado en un sistema mixto público-privado. Un breve recuento histórico de este proceso permite una mejor comprensión de las características del actual sistema.[1]

Los trabajadores obtuvieron protección en salud por primera vez a partir de la creación de la Ley de Seguridad Social en la década de 1920. El Servicio de Seguro Social se orientó a proteger en el plano asistencial a todos los obreros del país. Surgió a la luz de las demandas del movimiento obrero de las salitreras y tuvo una fuerte inspiración en los modelos de seguridad social europeos.

La primera gran reforma de salud ocurrió en 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), un modelo sanitario de amplia cobertura de población en el que el Estado asumió el rol de garante de la salud de la población más pobre. El SNS, financiado mayoritariamente con impuestos generales, implantó una gran red asistencial de hospitales, consultorios y postas rurales. La aprobación de la Ley de Medicina Curativa en 1968 expandió el sistema a la atención de salud de los empleados a través del Servicio Médico Nacional de Em-

1. Resumen con base en OPS-OMS, 2002; MIDEPLAN, 2000; Oyarzo, Beteta *et al.*, 1999.

pleados (SERMENA),[2] también apoyado en la infraestructura sanitaria pública que se había desarrollado. Se creó un mecanismo de bonificación estatal de las prestaciones que permitió a empleados públicos, privados, activos o jubilados y a sus familias elegir libremente el médico o la institución en la cual deseaban ser atendidos (Sistema de Libre Elección). Ello posibilitó importantes avances en salud, expresados en la clara mejoría de los principales indicadores sanitarios. La visión subyacente tras este esquema era de una salud pública integral y universal.

En la década de 1970, el régimen militar dio curso a cambios estructurales que redujeron el rol del Estado y favorecieron la creación de mercados para la administración de seguros de salud y la provisión de servicios sanitarios. En 1981 se inició la reforma que terminó con el SNS, descentralizándolo territorialmente y convirtiéndolo en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), compuesto por veintisiete servicios de salud, y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), como entidad financiera. Esto fue acompañado por la creación de Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs), en su rol de aseguradoras privadas y proveedoras de servicios, que operan como alternativa al Sistema de Libre Elección. Se traspasó a los municipios la administración de la mayor parte de la atención primaria y se redujo el financiamiento de los hospitales públicos.

En este modelo mixto, que prevalece hasta hoy, ambos sistemas provisionales se financian con recursos de cuotas de contribución, el privado mediante cotizaciones y copago ajustados al plan de beneficios contratado, en el público los copagos se ajustan al nivel de ingreso familiar, para una mejor focalización de subsidios. El modelo incorpora implícitamente lo que se ha denominado "sistema doméstico de salud", en un rol complementario a las funciones del sistema institucional público-privado.

2. Tanto el SNS como el SERMENA concentraban funciones de financiamiento y provisión de la salud. El SNS para la población general y SERMENA a los empleados del sector público y la industria manufacturera. SERMENA se encuentra en operación desde los años sesenta para los empleados "white collar" (ley 16.781 de "Medicina curativa" que entró a operar en 1969), y a fines de los setenta ampliado a los obreros "blue collar" (ley 2.575, abril de 1979).

2.1. LA ORGANIZACIÓN SECTORIAL

La figura 2.1 muestra la estructura del actual modelo, incluyendo el nivel regulatorio, las fuentes de financiamiento, afiliación y servicios. El modelo mixto de salud se ha ido consolidando gradualmente. Datos del Ministerio de Salud indican que el porcentaje de beneficiarios del sistema ISAPRE creció desde su origen en 1983 hasta llegar al 27% en 1997, contrastando con una merma de cotizantes y beneficiarios de FONASA desde un 84% a un 60% en ese lapso (MIDEPLAN, 2000a). A partir de 1998 se revirtió la tendencia, reduciéndose levemente el porcentaje de afiliados al sistema ISAPRE a 25%, según los datos más recientes. Esta situación abre el interrogante sobre si no se está frente al inicio de un proceso de traslado de cotizantes del sector privado al sistema FONASA.

El sistema opera con la evaluación del riesgo individual, lo que implica que el precio de la prima es determinado por factores como sexo, edad y estado de salud, que inciden en el riesgo de siniestralidad.

Por otra parte, la capacidad de pago del beneficiario le permite optar por planes diferenciados. Esto conduce a importantes iniquidades y discriminación, donde la mayor longevidad y morbilidad de las mujeres, sumadas a la función reproductora, las coloca en desventaja en relación con el riesgo. Si a ello se agrega la situación desventajosa que ocupa la mujer en el acceso al empleo, la calidad del empleo y en los niveles de ingreso, se observa que el sistema privado de salud, en la práctica, excluye a los sectores más vulnerables de la población, como las mujeres, los ancianos y los pobres.

El sector privado proveedor de servicios de salud se compone de un conjunto muy variado de establecimientos y de servicios profesionales, que atiende usuarios sin una clara delimitación de niveles de atención, ni tampoco de organización programática en torno a problemas específicos, como en el caso de la salud sexual y reproductiva. Está compuesto por clínicas privadas grandes y pequeñas, hospitales clínicos universitarios, consultas médicas particulares, centros de salud de sociedades de profesionales, establecimientos de salud pertenecientes a los aseguradores privados de salud, establecimientos particulares cuyo giro es la accidentalidad del trabajador protegido por seguros legales específicos,[3] establecimientos que funcionan por beneficencia, etcétera.

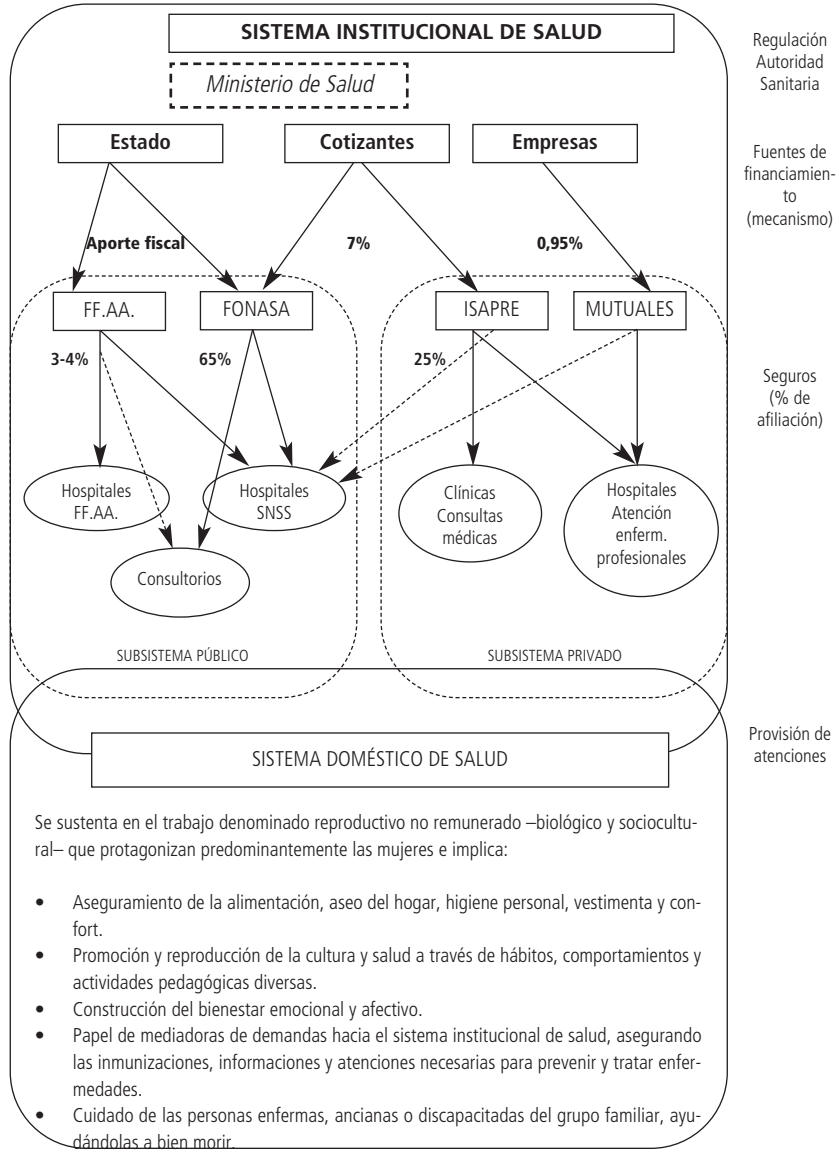
3. Mutuales de Seguridad.

Dada la coexistencia de dos regímenes previsionales de salud (FONASA e ISAPRE), se cruzan convenios de atención mediante los cuales las instituciones de derecho privado ofrecen atención a beneficiarios del sector público. Quienes cotizan en el sistema FONASA tienen acceso a la "Modalidad Libre Elección" en la que pueden solicitar servicios (atención médica, laboratorio, hospitalizaciones, etcétera) a prestadores privados en convenio con FONASA, con un "bono" financiado en parte por FONASA y en parte por copago directo del mismo beneficiario. A su vez, el sector público puede atender también a usuarios beneficiarios de los seguros privados respetando algunas restricciones legales, ello genera los ingresos de operación de los establecimientos y del sistema público en general.

La equidad en el sistema público se ve afectada por la segmentación, puesto que los relativamente menos pobres ayudan a financiar la salud de los más pobres e indigentes. Además, los que son excluidos del sistema privado y se trasladan al público, a pesar de no haber contribuido a este último, terminan beneficiándose del aporte que han venido realizando otros beneficiarios de FONASA durante un período más prolongado. En síntesis, el acceso al sistema de salud presenta una importante segmentación y falta de equidad que debilita su legitimidad.

El sistema doméstico de cuidado de la salud cumple un rol fundamental en las funciones de promoción, prevención y atención de enfermedades, además del rol mediador entre familia y servicios, base para el funcionamiento efectivo del sistema hoy vigente. Las tareas son asumidas mayoritariamente por mujeres, respondiendo a una larga tradición histórica del modelo de salud en Chile, que funcionalizó el papel de las mujeres como cuidadoras de salud, particularmente durante el período en el que la atención primaria se concentró en disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. Ello refuerza los roles tradicionales de género y constituye una importante iniquidad macroeconómica. En la producción familiar de salud trabaja la mayor parte de las amas de casa, sin reconocimiento, beneficios, apoyo técnico, retribución ni derecho a participar activamente en las decisiones sobre su salud y la de su grupo familiar (Gálvez y Matamala, 2002).

FIGURA 2.1.
MODELO MIXTO PÚBLICO-PRIVADO DE SALUD



Fuente: Elaborado a partir de OPS-OMS, 2002; Gálvez y Matamala, 2002; Provoste y Berlagoscky, 2002.

2.1.1. El sistema público de salud

La figura 2.2 ilustra la estructura organizativa del sistema público de salud, y su correspondencia con los niveles de atención y las áreas territoriales. El Ministerio de Salud cumple un rol conductor y normativo en lo que respecta a políticas de salud, normas y planes del sistema, supervisión y evaluación de cumplimiento. De él dependen los Servicios Regionales de Salud, FONASA, Superintendencia de ISAPREs (organismo regulador), Instituto de Salud Pública y Central Nacional de Abastecimiento.

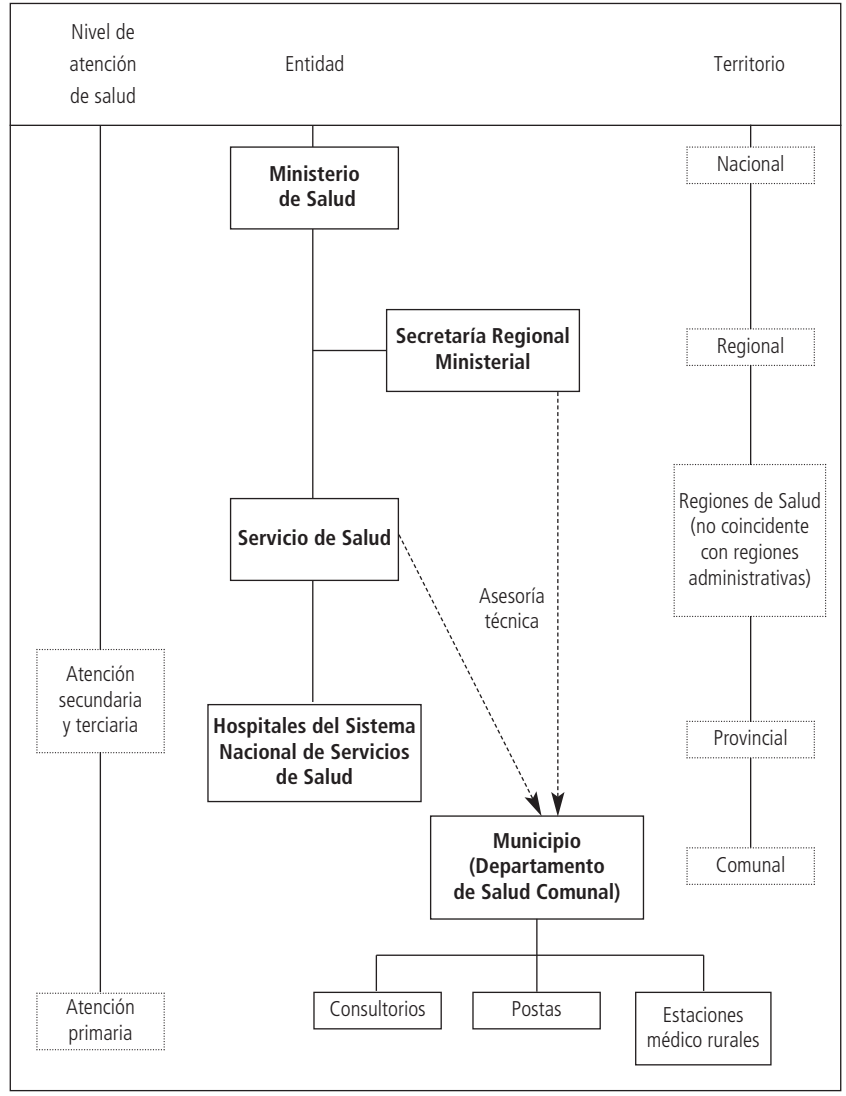
Las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIs) de Salud forman parte del gobierno regional y constituyen la representación política del Ministerio de Salud en la región. El rol actual se orienta principalmente a actividades de promoción en salud y catastro de población comunal, y al asesoramiento técnico a los municipios en el recatastro de sus poblaciones y consolidación de datos.

Los Servicios de Salud constituyen la autoridad sanitaria en cada una de las regiones de salud en las que está dividido el país, cuyos límites no coinciden necesariamente con los de las regiones político-administrativas. Tienen personalidad jurídica y operan como entidades descentralizadas del ministerio, conformados por una subdirección médica y una administrativa. Ejercen un rol de coordinación en los niveles de atención donde se encuentran los recursos tecnológicos y profesionales más especializados y que operan como referencia para la atención primaria (hospitales, centro regional de salud y centro de tratamiento y diagnóstico). En el nivel de la comuna, el Servicio participa en la elaboración de planes comunales, coordina su ejecución mediante convenios con los municipios, supervisa resultados y monitorea indicadores de salud.

En lo financiero, el Servicio administra, coordina y traspasa recursos a los servicios hospitalarios y municipales de salud, con base en el techo anual de las municipalidades y de los hospitales que existen en su territorio, ejerciendo el control y la supervisión de la ejecución financiera. En la práctica, existe una relativa autonomía administrativa en los servicios hospitalarios y los departamentos de salud municipal. En un contexto generalizado de escasa participación, la vinculación entre el Servicio y la sociedad civil se limita al contacto con algunas organizaciones sociales.

FIGURA 2.2.

ORGANIZACIÓN TERRITORIAL Y FUNCIONAL DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS



Fuente: Elaboración propia.

La responsabilidad de la atención primaria queda radicada en las municipalidades, donde se organiza de acuerdo con dos opciones. Una, la propia alcaldía nombra un jefe departamental de salud, constituye un equipo técnico y organiza consultorios. La otra opción supone la constitución de una corporación municipal de salud y educación, integrada por una asamblea de socios (comunidad y gobierno municipal) a la cual se subordinan los consultorios y las postas de salud. Los consultorios están financiados sobre la base del número de personas inscritas, y las comunas pueden agregar, autónomamente, un financiamiento propio para salud. El Fondo Común Municipal, mecanismo de redistribución de recursos generales entre comunas, ayudaría a corregir desequilibrios en los aportes a salud entre municipios con distintos niveles de disponibilidad de recursos monetarios.

Si bien en el espacio regional están presentes todos los niveles de atención y de gobierno, las funciones de cada componente no logran complementarse, conformando un modelo organizativo fragmentado y distorsionado. Estos problemas estructurales son el resultado de intentar concentrar en el MINSAL las tareas normativas y en los Servicios la gestión asistencial y autoridad sanitaria, haciéndolos juez y parte de su labor. La separación de funciones que se trató de lograr desde el nivel central no se concretó en el nivel territorial, donde las funciones de regulación, compra y provisión volvieron a juntarse al otorgarle capacidad ejecutora a los Servicios.

El esquema organizacional actual ha conducido a una pluralidad de funciones e instituciones, a la complejización de los intercambios y a una falta de coordinación muy alta. Una crítica apunta a la distorsión generada por la municipalización de consultorios y postas, que limitó la integración y fluidez entre niveles de atención y dentro de cada nivel. Los servicios se abocaron a los establecimientos que agrupan y se restringió el traspaso de recursos hacia la atención primaria. Dan cuenta de esa falta de integración la escasa y poco fluida relación entre la Dirección de Servicios de Salud y la Secretaría Regional, los distintos enfoques en el trabajo que cada entidad realiza con la atención primaria municipal, y su vinculación con el MINSAL de manera independiente.

2.2. FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Como herencia del sistema tradicional de la seguridad social en un caso, y como producto de la introducción de los seguros individuales en la década de 1980 en el otro, conviven en Chile dos regímenes previsionales.[4] El Ministerio de Salud, a través de fondos del Estado y de las cotizaciones que trabajadores aportan al FONASA, financia un plan universal e integral de salud de naturaleza colectiva para el conjunto de los afiliados y los indigentes. En el sector privado existen Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs) que compiten en el mercado privado, ofreciendo planes individuales de salud. El FONASA cubre cerca del 67% de la población, las ISAPREs aproximadamente el 20% y el 10% restante está adscrito al sistema de las Fuerzas Armadas, o no tiene previsión.

El perfil de la población cubierta por los dos principales sistemas, FONASA e ISAPRE, se diferencia claramente. Las personas afiliadas al sistema público pertenecen a los quintiles medios y pobres de la población, a adultos mayores y a la población rural. El 80% de los mayores de sesenta años y el 85,9% de la población rural están adscritos al sistema público, también las mujeres tienden a concentrarse en el sector público de atención. La población cubierta por el sistema ISAPRE se concentra, en tanto, en los sectores medio alto y alto de la escala de ingresos (MIDEPLAN, 2000a).

El sector público proveedor de salud comprende una red de Servicios de Salud territoriales (28) y el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente (SESMA), que conforma el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Es también parte del sector público la Atención Primaria Municipal y una red de establecimientos dependientes de las Fuerzas Armadas.[5] Los Servicios de Salud tienen la responsabilidad de ejecución de algunas de las tareas reguladoras del Ministerio de Salud en su territorio asignado, y se hacen cargo de la administración de una red de establecimientos de salud que dan atención en los niveles primario, secundario y terciario. Coordinan, además, la acción de la red pública, principalmente de establecimientos de nivel primario municipal con el resto de los servicios públicos en su territorio. Estos establecimientos pertenecen a una red local de salud y forman en conjunto una red nacional.

4. Existe también un sistema previsional diferente del de las Fuerzas Armadas y personas sin previsión.

5. No se considera en este trabajo.

El SNSS es responsable de la administración de la totalidad de los hospitales públicos, independiente del nivel de complejidad y de un número importante de consultorios de primer nivel de atención. El gasto en personal representa alrededor del 65% del gasto de cada Servicio de Salud. Los fondos, mayoritariamente[6] provenientes de aporte fiscal y de las cotizaciones de los afiliados, son derivados a los Servicios desde el FONASA. Cada Servicio de Salud tiene una dotación de personal definida anualmente en la Ley de Presupuesto y maneja su personal de manera descentralizada, ateniéndose a estatutos generales que pueden variar de acuerdo con el tipo de personal.[7]

Los establecimientos del nivel primario son, en su mayoría, administrados por los municipios. Cada municipio debe realizar un Plan de Salud Comunal que es aprobado por el Servicio de Salud correspondiente. La mirada social y política del municipio y las diferencias de recursos entre éstos incide en el funcionamiento de la red local de salud, afectando el tipo y la cantidad de atenciones que se otorgan.

El sistema ISAPRE se financia a partir de las contribuciones de sus afiliados, con un piso del 7%. Con ello estas instituciones financian un porcentaje de la prestación requerida, establecido en cada "plan de salud", por lo que el "gasto" que aparece en las cuentas de las ISAPREs no representa en realidad el gasto total de la población afiliada a ese sistema.

El sector público de salud representó el 15% del gasto del gobierno central de Chile[8] en el año 2001. Este gasto público, que se ha incrementado anualmente en alrededor del 8%, aumentó un 31% entre los años 1997 y 2001. Los recursos públicos provienen de cuatro fuentes principales. La primera y más importante, ya que representó el 54% del financiamiento del gasto público total, es el aporte o gasto fiscal que proviene de impuestos generales de la Nación. En segundo lugar, con un 31,9%, se encuentran los ingresos por cotizaciones de los afiliados a FONASA, es decir el 7% de los salarios de aquellos que optan

6. Los establecimientos tienen "ingresos de operación", en general inferiores al 10% del presupuesto global.

7. La ley 18.834, Estatuto Administrativo, rige para todos los funcionarios públicos y se aplica también al sector salud; salvo para médicos, odontólogos, químico farmacéuticos y bioquímicos que se rigen por otras distintas (leyes 15.076 y 19.664, respectivamente).

8. Síntesis estadísticas de Chile 1997-2001, Banco Central de Chile.

por el sistema público para la atención de su salud. Con porcentajes bastante inferiores aportan los ingresos de operación (6,2%) que corresponden a los recursos percibidos por los diferentes establecimientos del sistema público, principalmente hospitales, que pueden cobrar en determinadas circunstancias, y finalmente el copago del usuario (8,0%), que corresponde al pago de bolsillo del afiliado al comprar un "bono" en la Modalidad Libre Elección, que también es incluido en el presupuesto.

La participación relativa de cada uno de estos cuatro tipos de ingresos para ser gastados en el sistema público pueden observarse en el siguiente cuadro.

CUADRO 2.1.
DESAGREGACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD, TOTAL NACIONAL
CHILE. 1990-2001

Año	Gasto público salud total	Gasto fiscal salud		Cotizaciones sistema público		Ingresos de operación		Copago usuario	
	Miles de millones de pesos del año 2000	Miles de millones de pesos del año 2000	%	Miles de millones de pesos del año 2000	%	Miles de millones de pesos del año 2000	%	Miles de millones de pesos del año 2000	%
1990	435.288	178.039	40,9	194.681	44,7	25.822	5,9	36.747	8,4
1991	508.602	238.623	46,9	203.679	40,0	28.835	5,7	37.465	7,4
1992	622.567	317.271	51,0	223.641	35,9	38.667	6,2	42.988	6,9
1993	731.133	398.928	54,6	242.026	33,1	41.637	5,7	48.542	6,6
1994	804.620	441.362	54,9	258.427	32,1	52.583	6,5	52.248	6,5
1995	868.258	485.530	55,9	270.549	31,2	55.984	6,4	56.195	6,5
1996	945.737	528.021	55,8	292.750	31,0	63.967	6,8	61.000	6,5
1997	1.020.807	565.709	55,4	315.940	31,0	72.109	7,1	67.049	6,6
1998	1.095.508	595.273	54,3	333.137	30,4	86.564	7,9	80.535	7,4
1999	1.156.542	626.371	54,2	356.744	30,8	85.951	7,4	87.476	7,6
2000	1.255.052	679.095	54,1	394.072	31,4	83.773	6,7	98.112	7,8
2001	1.373.148	741.164	54,0	437.946	31,9	84.616	6,2	109.422	8,0

Fuente: FONASA.

El incremento del gasto público considera, entonces, tanto el incremento del aporte fiscal directo, como los aportes previsionales y los copagos de los adscriptos a FONASA, los que también han ido aumentando.

Al analizar la última década, el aporte fiscal ha aumentado más que las demás variables, de tal forma que su participación en el gasto total ha aumentado de 40,9% en 1990 a 54% en 2001. Esta participación llegó a ser de un 55,9% en 1995, iniciando luego un leve pero sostenido descenso por un mayor crecimiento relativo de las otras fuentes, lo que es probablemente concordante también con el menor crecimiento del país de los últimos años y la política de disciplina fiscal del gobierno.

Según estimaciones del FONASA, el gasto total rondaría en 2.921.584 miles de millones de pesos (equivalentes a 4.933 miles de millones de dólares). El 21% del financiamiento total correspondería al aporte fiscal, el 37% a cotizaciones, en tanto que un 32% tendría origen en el gasto de bolsillo, según se consigna en el siguiente cuadro.

CUADRO 2.2.
FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD
CHILE. 2000

FUENTES	TOTAL		
	Miles de millones de pesos	Miles de millones de pesos	%
Aporte fiscal	613.221	1.048	21,0
Aporte municipal	38.391	66	1,3
Aporte empresas	184.311	315	6,3
Cotizaciones	1.087.216	1.858	37,2
Públicas	444.937	761	15,2
Privadas	642.279	1.098	22,0
Gasto de bolsillo	935.923	1.600	32,0
Copagos	315.855	540	10,8
Farmacia	288.219	493	9,9
Directo	331.849	567	11,4
Otros	62.522	106	2,1
Totales	*2.921.584*	*4.933*	*100%*

Fuente: Erazo Latorre, 2002.

2.2.1. Financiamiento de los servicios en el sistema público de salud

El sistema público de salud financia la entrega de determinadas prestaciones a toda la población, en los distintos niveles de atención. Cubre de manera universal, independientemente del sistema previsional al que estén adscriptas las personas, programas como el de vacunación, alimentación complementaria para niños menores de seis años y embarazadas, el subsidio maternal (reposo pre y posnatal), la licencia a la madre por enfermedad grave del menor de un año, y todas las campañas comunicacionales y sanitarias, generalmente de promoción de la salud y preventivas.

El financiamiento público de los distintos niveles de atención del sistema responde a diferentes modalidades. El nivel de atención primaria municipal, que administra aproximadamente el 75% de los establecimientos de ese nivel, recibe desde el FONASA, a través de su respectivo Servicio de Salud, un "per cápita" por cada beneficiario inscripto en los consultorios de su municipio, que corresponde a un determinado número y tipo de prestaciones (canasta), transfiriendo así riesgos a ese nivel. Este per cápita se ajusta según se trate de una comuna urbana o rural (+20%) y de acuerdo con el nivel de pobreza (+18%) o no. Este sistema de financiamiento vía per cápita entró en funcionamiento en el año 1995, reemplazando el antiguo sistema que estaba ligado a un presupuesto histórico.

El monto actual por beneficiario y por tipo de comuna, que se muestra en el cuadro 2.3, ha sido señalado reiteradamente por los municipios como insuficiente para las crecientes demandas y desafíos que se le asignan. A este per cápita se suman otros recursos desde el nivel central por programas que se están iniciando o que al Ministerio de Salud le interesa mantener centralizados, como los programas de "reforzamiento de la atención primaria", "campaña de invierno" y otros, asignados contra convenios de resultados o compromisos de gestión entre los Servicios de Salud y las comunas.

CUADRO 2.3.
MONTO DEL PER CÁPITA, POR BENEFICIARIO INSCRIPTO EN UNA COMUNA
CHILE. 2003

Tipo de comuna	Per cápita por mes		Per cápita por año		Relación según tipo de comuna
	($)	US$ [1]	($)	US$ [1]	
Urbana normal	950	1,37	11.400	16,49	1,00
Urbana pobre	1.121	1,62	13.452	19,46	1,18
Rural normal	1.140	1,65	13.680	19,79	1,20
Rural pobre	1.311	1,90	15.732	22,75	1,38

Nota: 1. Equivalente a US$ promedio 2003 (US$ 1 = $ 691,4).
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos MINSAL.

En cada municipio se suma un aporte directo municipal que varía según comunas, dependiendo fundamentalmente de sus ingresos. En promedio, el aporte municipal representa algo más del 20% del total del gasto de la atención primaria municipal, pero se encuentran importantes diferencias entre comunas, tal como puede apreciarse en las publicaciones de la Subsecretaría de Desarrollo Regional, del Ministerio del Interior. En una misma región, por ejemplo la Quinta, de Valparaíso-San Antonio, existen comunas como Algarrobo que pueden dedicar a salud $ 50.000 por cada persona inscripta al año, ya que el aporte municipal supera el 50% del gasto comunal en salud. Otras, en cambio, como La Ligua, sólo destinan $ 14.000 al año por persona inscripta, y más del 95% de sus recursos proviene del per cápita.

Por su parte, los Servicios de Salud se financian mayoritariamente por recursos del presupuesto central, cuyo origen, mixto en su composición, ya se ha comentado. La distribución de estos recursos se realiza mediante mecanismos que todavía están en transición.

Pese a ser servicios descentralizados desde hace más de veinte años, sólo desde el año 2000 en el presupuesto del gobierno central aparece cada Servicio de Salud con un presupuesto identificable. Hasta ese momento el presupuesto del sistema público era global y el Ministerio de Salud realizaba posteriormente la "apertura presupuestaria" a cada Servicio de Salud. Esta asignación de recursos a los diferentes servicios ha sido generalmente "histórica", asociada al costo de los factores productivos, pero se fue ligando progresivamente a una especie de "cuenta teórica", denominada "brecha de facturación". A cada servicio de salud se le calcula la producción de prestaciones a un monto en pesos fijado por FONASA (facturación) y eso se compara con las transferencias recibidas de parte del nivel central. Hay así Servicios de Salud que reciben más de lo que este cálculo arroja y otros que reciben menos. El sistema ha realizado importantes esfuerzos para ir cerrando estas denominadas "brechas de facturación". Se ha realizado también un esfuerzo para ajustar estas brechas con otras variables, como la equidad, costos locales de los recursos y otros, pero que en general son marginales respecto de la "eficiencia". Este sistema sin embargo tiene problemas, pues no guarda relación con las necesidades de salud de la población ni con los programas específicos, y tiene el peligro de ligarse a la capacidad de producción instalada y de incentivar una sobreproducción de prestaciones, principalmente curativas.

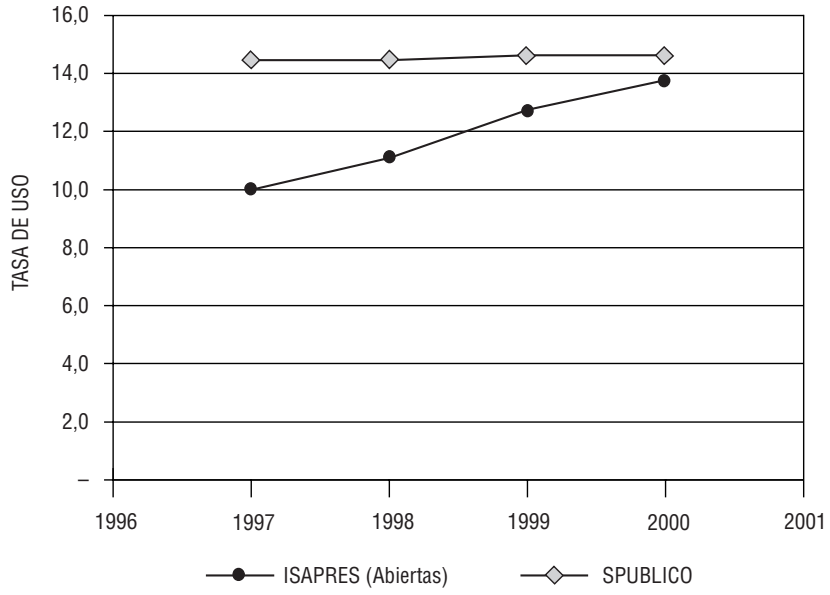
Para evitar la sobreproducción y transferir riesgos a los prestadores, desde hace varios años se ha buscado introducir mecanismos de asignación de recursos como el "Pago Asociado al Diagnóstico" y su resolución (PAD). Existe un número de patologías a las cuales se ha asociado una "canasta" tipo de prestaciones, pero este sistema en realidad no logró expandirse como "el" mecanismo de asignación de recursos, sino como un mecanismo más que se negociaba anualmente con cada Servicio en los "Compromisos de Gestión,"[9] al igual que el histórico y las brechas comentadas anteriormente.

En el presupuesto del año 2002 se introdujo un nuevo cambio ligado a la discusión de la reforma del sistema. En efecto, se separó el presupuesto de los Servicios en las denominadas "Prestaciones valoradas" y el "resto". Entre las prestaciones valoradas se encuentra el programa de prestaciones complejas,[10] la atención de urgencia y el

9. Compromiso de Gestión: sistema utilizado en Chile entre el Ministerio de Salud-FONASA y los Servicios de Salud para establecer criterios de prioridad para la transferencia de recursos.

10. Cardiopatías complejas, neurocirugía de alta complejidad, trasplante renal, hepático (menores de dieciocho años), cáncer (tratamiento de radioterapia para todas las edades, y de quimioterapia infantil), peritoneodiálisis (menores de doce años), atención integral al paciente fisurado (niños nacidos a partir del 1° de enero de 1998), escoliosis (menores de dieciocho años), atención de urgencia para el paciente con quemadura grave y SIDA.

GRÁFICO 2.1.
PRESTACIONES TOTALES POR BENEFICIARIO FONASA E ISAPRE[1]



Nota. 1. Presentación a la Comisión de Salud, de la Cámara de Diputados, 2001.

plan piloto del sistema AUGE, que incluye la insuficiencia renal crónica, las cardiopatías congénitas y el cáncer en niños.

Se puede concluir en este punto que el sistema de transferencia de recursos en el sistema público es siempre por presupuesto global y que se encuentra en plena transición. Se ha buscado reemplazar los presupuestos "históricos" y los presupuestos por programas específicos, explorando diferentes mecanismos que incluyen pagos asociados a diagnóstico, compromisos de gestión, prestaciones valorizadas y otros, pero en la práctica se han ido sumando diferentes sistemas que hoy hacen más compleja la comprensión y el manejo del sector.

A pesar de ello, los costos por beneficiario en el sistema público se han incrementado sólo en un 4% entre el año 1999 y el 2001, a diferencia de las ISAPREs que lo han hecho en un 21% en el mismo período, aun cuando en ambos sistemas han aumentado de manera similar su

producción. El gasto en el sistema público ha aumentado, pero también lo han hecho las prestaciones y el número de beneficiarios, lo que explica la relativa estabilidad del gasto por beneficiario.

Otro aspecto interesante de señalar refiere a que la producción del sistema ISAPRE es levemente inferior a la del sistema público, a pesar de que el gasto en prestaciones de las ISAPRES representa casi el doble del correspondiente al sistema público. La explicación de este fenómeno se debe buscar, a nuestro juicio, en la organización del sistema. El sistema público trabaja de forma integrada tras objetivos sanitarios, distribuye el trabajo por niveles de atención e involucra un equipo multidisciplinario de salud, en el que el personal es pagado fundamentalmente por jornadas y no por el número de prestaciones realizadas. Estos mecanismos en general desincentivan los gastos por prestaciones innecesarias, permiten la delegación de prestaciones en personal no médico y logran contener costos de mejor manera.

2.2.2. Financiamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva

En relación con la prestación de servicios en salud sexual y reproductiva no es posible conocer el detalle del presupuesto del país, asignado a este tipo de acciones, ya que en la mayor parte de los casos la modalidad de asignación de recursos no es por programa, ni se cuenta con información desagregada por actividades, lo cual se aplica tanto al sistema público como al de las ISAPREs. La situación es aún más compleja en los casos en que se asume que la atención es brindada por distintos niveles de atención o áreas de gobierno. La excepción se plantea respecto de la atención del SIDA, para la cual se cuenta con un estudio específico de financiamiento.

Fecundidad y anticoncepción

La fecundidad y anticoncepción se abordan en el nivel primario de atención, y por tanto el financiamiento es mayoritariamente entregado como per cápita, inseparable del resto de las prestaciones de ese nivel de atención. A modo de ejemplo, en el año 2001, de las 5.652.491 atenciones realizadas en el sistema público por matronas, 2.019.938 correspondieron a controles de regulación de fecundidad (MINSAL, 2001), lo que incluye el control de adolescentes.

Salud materna

La salud materna ha sido en Chile una prioridad durante varias décadas y, pese a no tener estadísticas de su financiamiento global, los grados de cobertura de parto atendido por profesional, el descenso de la mortalidad materna, y el programa de alimentación complementaria de embarazadas muestran que una importante parte de recursos del sistema se destinan a su atención.

Sólo por partos hospitalarios normales, FONASA estimó un gasto en $ 10.910 millones el año 2001. Si a ello se agrega el gasto por cesáreas, días de hospitalización, controles pre y posnatales, hospitalización por alto riesgo obstétrico, atención de prematuros y otros relacionados, puede establecerse que la incidencia de la atención materna se elevaría a un alto porcentaje del gasto total del FONASA.

Cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino forma parte del Programa Nacional de Salud de la Mujer, y como tal, todo lo referente a promoción y prevención precoz mediante Papanicolau se realiza en atención primaria, y lo curativo en los niveles secundario y terciario de los Servicios de Salud. Al igual que en los programas anteriores no es posible aquí desagregar el gasto, pero es interesante destacar los logros en la cobertura, que indican una tendencia al incremento de la inversión de recursos en esta área.

CUADRO 2.4.
COBERTURA DE PAP DE TODAS LAS MUJERES DE 25-64 AÑOS,
POR QUINTIL DE INGRESO - CHILE - 1990 Y 2000
(EN PORCENTAJES)

Quintil de ingreso	1990	2000
I	48,8	68,8
II	48,7	66,9
III	48,1	66,1
IV	49,1	66,1
V	56,6	74,5
Total	50,3	68,3

Fuente: MIDEPLAN, Encuesta CASEN 1990-2000.

CUADRO 2.5.
COBERTURA DE PAP DE LAS MUJERES DE 25-64 AÑOS,
POR SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD - CHILE
1990 Y 2000
(EN PORCENTAJES)

Régimen provisional	1990	2000
Público	48,2	67,9
ISAPRES	62,5	75
Particular y otros	44,6	51,6
Total	49,9	68,2

Fuente. MIDEPLAN, Encuesta CASEN 1990-2000.

La información permite apreciar el importante esfuerzo del sistema público por aumentar al menos las coberturas de detección precoz en la población objetivo y la mejoría de cobertura, especialmente en los quintiles más pobres.

Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

La atención de las enfermedades de transmisión sexual es provista a través del programa nacional financiado directamente por el Ministerio de Salud, al igual que la atención de la tuberculosis, la atención alimentaria y las vacunaciones, entre otras. Este tipo de programas es de cobertura teóricamente universal, independientemente del sistema previsional. Sin embargo, esto no siempre es efectivo en la práctica.

Un estudio realizado recientemente estimó que en el año 2000 se gastaron[11] $ 15.000 en la atención del SIDA en el país, de los cuales el 55% correspondió a fondos públicos, el 22% a hogares, el 16% a ISAPRE y el 6% a organizaciones no gubernamentales. Debe mencionarse que desde el año 2000 los recursos públicos para la atención del SIDA se vieron incrementados fundamentalmente por aumentos de coberturas con la triterapia.

11. *Sistemas de información de respuestas nacionales contra el SIDA: indicadores financieros. Cuentas nacionales. Chile 1999-2000*. Editor: José A. Izazola Licea.

La atención de los enfermos de SIDA se realiza en los establecimientos hospitalarios de todo el país, con acceso universal a tratamiento en el caso de los niños y embarazadas, y coberturas crecientes de triterapia para los beneficiarios del sector público.

Debe destacarse el esfuerzo del sector público realizado en el tratamiento del SIDA. En el año 2000 se estimaba que se destinaban más de $ 8.000 millones a estos pacientes, una cifra sólo algo inferior al financiamiento de la totalidad de los partos del sistema público.

Violencia familiar

La atención de la problemática de la violencia familiar es responsabilidad compartida por el área de salud con otras estructuras del Estado, como el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), organismo que dispone de una red nacional en desarrollo para protección legal y apoyo psicológico.

Desde el área de la salud pública el apoyo a las víctimas es proporcionado por los consultorios municipales de atención primaria, por los consultorios de salud mental (COSAM) –la mayoría con financiamiento municipal– y por los policlínicos de los servicios de psiquiatría dependientes de los hospitales de los Servicios de Salud, en las localidades en que existen. La demanda por estos servicios de protección proviene del sistema judicial cuando se ordena tratamiento para víctimas o victimarios, y a solicitud espontánea de las personas en distintos puntos de la red.

Cuando se trata de violencia y agresión sexual existe una normativa para la atención de las víctimas en la atención primaria, los servicios de urgencia, las maternidades y el Servicio Médico Legal, dependiente del Ministerio de Justicia.

Dada la multiplicidad de entidades que participan de la atención y protección de víctimas de violencia familiar y sexual y la falta de desagregación de la información, resulta complejo estimar el gasto por este concepto.

3. LA EXPERIENCIA CHILENA EN LA REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SALUD REPRODUCTIVA

3.1. DESCENTRALIZACIÓN, PRIVATIZACIÓN Y RECUPERACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO

Las reformas en el sistema de salud en Chile iniciadas en la década de 1970 constituyeron un esfuerzo pionero de descentralización en los países de la región, así como de apertura al sector privado en el aseguramiento y en la atención de la salud. El proceso de privatización tuvo un impulso en la década de 1980 en el marco de la reforma del sistema provisional. En la década de 1990, en el contexto de la recuperación democrática y de las reformas del Estado, las reformas sectoriales pusieron énfasis en la recuperación del rol del Estado en este campo y del sector público en la atención.

El proceso de descentralización se puede caracterizar en función de dos grandes períodos histórico políticos. En el primer período (1973-1989), que corresponde al gobierno militar, se organizó el sector según el modelo de descentralización espacial a través de la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y de las delegaciones regionales ministeriales, como representantes de Ministerio de Salud, encargadas de la supervisión, control y gerenciamiento de los servicios de cada región. El Ministerio de Salud asumió la función normativa y de control, el FONASA la función administrativa y financiera, y el SNSS la función ejecutora. Se delegaron algunas atribuciones a los hospitales y se transfirió la atención primaria a la admi-

nistración municipal.

La "municipalización" se inició en 1981, con el traspaso del 20% de los servicios, con énfasis en los consultorios rurales (43% del total). El proceso se completó a fines de esa década. La descentralización de la gestión de la atención primaria fue realizada mediante una firma de convenios entre el Ministerio de Salud, representado por el Servicio Regional de Salud correspondiente, y las respectivas municipalidades representadas por sus alcaldes. Uno de los objetivos primordiales fue profundizar el proceso de descentralización iniciado con la creación de los Servicios de Salud y, adicionalmente, mejorar el control y la fiscalización de aquellos servicios más alejados de las jefaturas de las Direcciones de Servicio.

Este proceso fue acompañado por la creación de Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs), en su rol de aseguradoras privadas y proveedoras de servicios. La creación de la Superintendencia de ISAPREs en 1990 sacó de la órbita del FONASA el seguimiento y la fiscalización de las instituciones del sistema de salud provisional. Paralelamente, hubo una fuerte restricción del gasto público en salud. Esto incidió en un menor acceso a la salud por falta de recursos, puesto que el financiamiento pasó a depender más del aporte de las personas (mayores cotizaciones y copagos) y menos del fisco, cuya contribución al subsistema público en salud, como proporción del gasto público, descendió del 61,2% en 1974 al 38,7% en 1990 (MIDEPLAN, 2000). Si bien los indicadores de salud continuaron mejorando, también existían iniquidades e ineficiencias que el sistema no estaba en condiciones de superar.

La descentralización espacial no fue acompañada de la separación funcional enfatizada en el discurso y el MINSAL terminó concentrando más funciones que las que tenía antes de la reforma. La autonomía otorgada por ley a los Servicios de Salud y su espacio de gestión fueron muy limitados en la práctica. En el marco de una fuerte tradición centralista, los principales obstáculos incluyeron la falta de mecanismos de transferencias financieras, falta de competencias de los gestores locales, ausencia de un contexto que permitiera ejercer autoridad y asumir responsabilidades y falta de mecanismos de control y evaluación.

En el segundo período de regímenes democráticos, los primeros cambios –entre 1990 y 1994– se enmarcaron en la etapa de "recuperación del subsistema público de salud", con un fuerte aumento del

gasto sectorial.[1] También se hicieron esfuerzos para mejorar el acceso a la atención a través del fortalecimiento del nivel primario, la rehabilitación de la red hospitalaria pública, la apertura de espacios para temas ambientales, y la incorporación incipiente de la dimensión de promoción y prevención en salud. Con el apoyo de la cooperación internacional se iniciaron estudios para una reforma más profunda.[2]

En la segunda parte de la década de 1990, la reforma de salud, liderada política y técnicamente por el MINSAL, se insertó en la propuesta gubernamental de modernización del Estado, a la cual se adscribieron todos los servicios públicos, secretarías de Estado y organismos ministeriales, a través de la elaboración de sus propios compromisos de modernización.

Los intentos de modernización en salud apuntaron a fortalecer el rol regulador del MINSAL, readecuar el modelo de atención, la reforma financiera (asignación de recursos a los proveedores) y la reforma programática.[3] Para lograr mayor eficiencia del gasto público, el énfasis radicó en la descentralización funcional con base en el marco legal existente, buscando separar las funciones de compra y prestación, y asumiendo así el FONASA un rol articulador entre oferta y demanda de prestaciones. Sin embargo, esto no ha avanzado para agilizar la burocracia centralista y no se ha respondido a los servicios de salud y hospitales públicos, que requieren herramientas de gestión específicas y más flexibles.

Durante muchos años, la reforma de la salud ha sido un punto álgido en la agenda pública, dando origen a diversas propuestas globa-

1. Entre 1988 y 1998 el gasto público del sector ascendió del 10,2 al 12,2% del total del gasto del gobierno, en el marco de políticas de incremento del gasto social. Este aumento corresponde a más del 100% en términos reales durante la década, en pesos de 1998 (datos del Ministerio de Hacienda, en MIDEPLAN, 2000a).

2. En este período se crearon unidades externas al MINSAL, como la Unidad Coordinadora de proyectos MINSAL-Banco Mundial (para el diseño, la negociación y puesta en marcha de los proyectos) y la unidad ejecutora de proyectos MINSAL-Banco Interamericano de Desarrollo, las que a partir de 1994 fueron integradas a la estructura formal del MINSAL.

3. La ley 19.650, aprobada el 24 de diciembre de 1999, convierte el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en un seguro público, único, solidario, no discriminatorio, sin carencias ni patologías preexistentes. Una de las modificaciones de mayor impacto público es la eliminación del requisito de pago previo o cheque en garantía para las atenciones de urgencia, sean éstas solicitadas en hospitales públicos o clínicas privadas.

les y específicas, que no lograron plasmarse. Las principales discrepancias se han dado entre una visión "salubrista" y otra "economicista", la primera centrada en aumentar el presupuesto del sistema público y la segunda en una lógica privatizadora, dando mayor poder a la demanda y al seguro comprador, para influir en la asignación de los recursos. Entre los elementos subyacentes tras este conflicto crónico se destacan tres características relacionadas con la forma como se constituyó el sistema de seguridad social desde sus inicios en el régimen militar (MIDEPLAN, 2000a): un proceso autoritario donde no hubo lugar para construir una política. Además se pasaron por alto valores profundamente arraigados relativos a la protección social colectiva frente a la individual, la alta rentabilidad de las ISAPREs, que erosionó la legitimidad de su rol en la seguridad social, y la restricción del gasto fiscal simultánea al crecimiento del sistema previsional privado, percibida como un fortalecimiento de las ISAPREs en desmedro del sistema público.

Por otra parte, existen grados crecientes de insatisfacción de los usuarios en ambos sistemas y persisten las iniquidades en el estado y en la atención de la salud de varones y mujeres: en el sistema público fundamentalmente por falta de oportunidad y listas de espera para tratamientos, y en el sector privado por inseguridad frente a las enfermedades más graves y los elevados copagos.[4]

3.2. LA ACTUAL PROPUESTA DE REFORMA

En este contexto, el actual gobierno retomó el compromiso con el sector a través de una nueva reforma de salud, como una de las principales transformaciones sociales a llevar a cabo en el país. En el proceso, impulsado por una comisión interministerial, participaron fundamentalmente departamentos técnicos del MINSAL y del FONASA. El respaldo político a la actual reforma provino del MINSAL junto con el Ministerio de Hacienda y la Secretaría General de la Presidencia, además del apoyo del Banco Mundial en la realización de diversos estudios que fueron creando conciencia sobre su necesidad, y pusieron en el debate temas como la gestión de recursos y la inconclusa separación de funciones iniciada en los años setenta.

4. Recogido en el informe de Minga Consultora: "Salud sexual y reproductiva y reforma de salud en Chile. Financiamiento de los sistemas de salud", preparado para el Instituto de Asuntos Públicos (INAP) de la Universidad de Chile, 2003.

El paquete de reformas propuestas está integrado en los proyectos de ley sobre Derechos y Deberes en Salud,[5] Régimen de Garantías de Salud,[6] Financiamiento del mayor aporte fiscal requerido,[7] Modificación al Sistema Público de Salud[8] y Modificación a la regulación de las ISAPREs.[9]

El más emblemático de estos proyectos es el Régimen de Garantías de Salud, más conocido como Plan AUGE. Ha sido señalado por el gobierno como la pieza central de la reforma por la formulación de un conjunto de garantías explícitas, exigibles por las personas para determinados problemas de salud, en términos de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Este conjunto garantizado, restringido a un cierto número de problemas de salud priorizados, tendría un financiamiento especial a través de impuestos específicos y de la creación de un fondo de redistribución de riesgo con aportes de los cotizantes.

El Proyecto del Régimen Garantías en Salud plantea la necesidad de abordar el siguiente conjunto de materias:

1. La definición de objetivos nacionales de salud, como referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar actividades.
2. El Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), constituido por acciones de salud pública y el componente de salud de las personas, con patologías priorizadas.
3. Un nuevo modelo de atención orientado a la promoción, prevención, y atención oportuna y permanente.
4. El fortalecimiento de los recursos humanos, a través de una política de personal y un modelo laboral.
5. La creación de una Autoridad Sanitaria para regular el funcio-

5. Proyecto de ley sobre Derechos y Deberes de las Personas en Salud, Mensaje 038-344, mayo de 2001.

6. Proyecto que establece un Régimen de Garantías en Salud, Mensaje 1-347, mayo de 2002 e Indicaciones al proyecto, mensaje 084-347, junio de 2002.

7. Mensaje 086-347, junio de 2002.

8. Proyecto que modifica el DL 2763 de 1979, Mensaje 81-347, junio de 2002.

9. Proyecto que modifica la ley 18.933, mensaje 082-347, junio de 2002.

namiento del sistema público y el privado, reforzando el rol del MINSAL como ente rector.
6. El financiamiento mediante la creación de un Fondo Solidario.
7. El mejoramiento de la gestión para asegurar la máxima eficiencia en el uso de recursos públicos, incluyendo la rendición de cuentas por parte de los directivos del sistema.

La propuesta busca ajustar la nueva estructura sanitaria del sector público a las actuales exigencias de la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de la población.

Los cambios sociales, económicos y culturales han incidido en un patrón de mortalidad donde predominan enfermedades cardiovasculares, traumatismos y cáncer. En su primera fase se cubrirían cincuenta y seis patologías, que representan aproximadamente el 80% de la carga de enfermedad y más del 50% de las causas de hospitalización. Si bien el sistema público ya cubre todas estas patologías, la reforma garantizaría plazos más cortos para su atención.[10] Dentro del ámbito de la salud sexual y reproductiva[11] se contemplan en la atención primaria, las atenciones de planificación familiar, la consejería respecto de la conducta sexual segura, y el control de la regulación de la fecundidad del adolescente y embarazo. En los niveles de mayor complejidad se garantizaría la atención integral del parto con analgesia, el cáncer cervicouterino, el cáncer de mama, la atención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la terapia con antirretrovirales y la atención de las complicaciones en el caso del SIDA. Se considera también en el Plan AUGE el tratamiento de la depresión de las mujeres, que si bien no es exactamente un tema de salud sexual y reproductiva, puede tener relación con el alto nivel de violencia familiar en Chile.[12]

Si bien los aspectos de financiamiento no están resueltos, el Ejecutivo recientemente otorgó carácter de urgencia al proyecto para agilizar su aprobación legislativa.[13]

10. Jorge Jiménez de la Jara, ex ministro de Salud de Patricio Aylwin, entrevistado por Radio Cooperativa el 13 enero 2003.

11. En la fecha en que se redactó este informe aún no se conocía el contenido definitivo del Plan de Garantías Explícitas. Está en elaboración y debe ser propuesto al Ministro de Salud por un Consejo que se constituirá cuando se aprueben las leyes respectivas.

12. En el caso del cáncer de mama y SIDA se contemplan acciones de seguimiento y/o rehabilitación.

Para mejorar la gestión del sistema y superar las actuales ineficiencias y restricciones, la propuesta contempla dos aspectos básicos: la desconcentración funcional y la creación de redes asistenciales con una lógica territorial. Para la desconcentración, se fortalece la Autoridad Sanitaria a nivel nacional y regional. Así, los Servicios de Salud se concentran sólo en la gestión de las prestaciones de salud, mientras que la representación ministerial regional asume funciones de rectoría, regulación y fiscalización. Esto permitiría una visión integral de las políticas a nivel regional, que considere temas específicos de salud pública e integre la capacidad sanitaria en cada región.

En este esquema, los Servicios fortalecen su capacidad de gestión haciéndose más autónomos, la Dirección de los Servicios amplía sus atribuciones para organizar y coordinar la gestión de las redes, la gestión financiera y sanitaria, a la vez que debe rendir cuentas a nivel público y someterse a evaluación por desempeño. Las redes asistenciales permiten mayor flexibilidad administrativa y una mayor articulación con la comunidad a través de instancias participativas y el monitoreo de la gestión. Cada red asistencial, compuesta por profesionales, equipamiento y recursos de salud, asume la responsabilidad de la población en su territorio, abarcando la gestión de todos los niveles: atención primaria, hospitales y centros especializados.

Conceptualmente, la propuesta busca consolidar los esfuerzos ya iniciados para que el modelo biomédico, predominantemente centrado en el hospital, transite a un modelo de salud familiar, con más énfasis en la promoción y prevención, mayor capacidad resolutiva en la atención ambulatoria e integral y mayores espacios para la participación de la comunidad. El nuevo modelo de atención primaria de la salud busca llevar los servicios a la comunidad ampliando la actual oferta intramuros.

No obstante, en el discurso de la reforma no se logra visualizar un modelo sanitario integral que dé coherencia a las propuestas y permita su mejor comprensión para todas las partes interesadas. Un reflejo de este vacío es la existencia de ciertas áreas poco desarrolladas, co-

13. Sección elaborada sobre la base del Proyecto de Ley Paquete de Reformas al Sector Salud, Boletín 2947-11, 4 de junio de 2002.

mo es el rol del MINSAL en la formulación de políticas y de regulación, en contraposición con los aspectos administrativos y financieros que fueron el centro del debate.

3.2.1. Eventuales modificaciones en el financiamiento de la salud sexual y reproductiva con la reforma propuesta

La reforma actualmente en trámite legislativo, planteada para ser implementada a partir del año 2004, implicaría importantes modificaciones tanto del sistema de financiamiento como de la provisión de servicios. En primer lugar, el denominado Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Plan AUGE), define un número determinado de problemas de salud (se han anunciado cincuenta y seis en una primera etapa) que tendrían una garantía de atención en determinados plazos, de calidad y de financiamiento conocidos por los beneficiarios del sistema público y del privado. Estas prestaciones estarían aseguradas tanto en el nivel primario, secundario, como en el nivel terciario de atención,[14] con coberturas teóricas del 100%, con tiempos de acceso controlados y con una alta cobertura financiera (sobre el 80% en los respectivos regímenes provisionales).

Desde el punto de vista de los recursos financieros necesarios para el otorgamiento de las garantías, se calculó el costo operacional de esas cincuenta y seis patologías, a partir del supuesto de la cobertura y del costo actual en el sistema público, y estimando el costo de cerrar la brecha de cobertura. Dadas las dificultades ya indicadas de aislar financiamiento por patología, será interesante ver el resultado de los costos reales de su implementación frente a los iniciales previstos, situación que probablemente se está analizando con la implementación de los AUGE piloto por parte de FONASA.

En relación con esta propuesta, se ha alertado sobre algunos sesgos y problemas que su implementación podría enfrentar. Se ha planteado que esta modalidad podría inducir una focalización de la actividad de los establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria hacia las prestaciones incluidas en el Plan AUGE, por las cuales los prestadores recibirían financiamiento a costos reales. Esto ha llevado a plantear, asimismo, que se pone en peligro la viabilidad de mantener los niveles actuales de cobertura de las patologías no incluidas en el Plan AUGE si no se garantiza también su adecuado financiamiento.

Por otra parte, se ha alertado sobre el supuesto del que se parte en relación con la capacidad instalada y el personal calificado. La propuesta considera implícitamente que estos recursos existen en número suficiente, ya que en el proceso de cálculo de costos no se incorporó la inversión nueva ni de reposición. La práctica indicaría que esto no necesariamente se cumple. Así, por ejemplo, se ofrece garantía de atención del 100% del cáncer cervicouterino, pero la capacidad instalada para radioterapia es insuficiente, y se estima inferior al 40% de lo requerido para dar respuesta a las necesidades actuales. Preocupa a los analistas, y particularmente a los funcionarios del sector público, que la falta de inversión traiga consigo una creciente compra de servicios al sector privado con aumento de los costos y disminución progresiva de las coberturas sanitarias actuales que han sido posibles gracias a la existencia de un sistema público.

Están en discusión en el Parlamento los mecanismos que se utilizarán para establecer estas garantías. Si bien se ha anunciado que serían cincuenta y seis los problemas de salud abordados, otras señales muestran que deberá iniciarse la reforma con un número menor. De hecho, en el proyecto iniciado en el sistema público, se partió el año 2002 con tres problemas: cáncer en niños, cardiopatías congénitas e insuficiencia renal crónica y en el año 2003 se incorporaron sólo otros tres: cuidados paliativos de cáncer, cáncer cervicouterino y depresión en la mujer de quince a cuarenta y cuatro años. Su implementación ha requerido, de acuerdo con las mismas autoridades, ajustes de precios y mecanismos de implementación que aún hoy no están totalmente instalados. Definitivamente existen serias dudas acerca de la factibilidad de implementar el Plan AUGE en las condiciones establecidas a la fecha de escribir este informe.

14. Como ya se mencionó, se contemplarían en la atención primaria la planificación familiar, la consejería en conducta sexual segura, el control de la regulación de la fecundidad del adolescente y el embarazo. En los niveles superiores se incluiría la atención integral del parto con analgesia, el cáncer cervicouterino, el cáncer de mama, las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la terapia con antirretrovirales y la atención de las complicaciones en el caso del SIDA. Además se consideraría el tratamiento de la depresión de las mujeres.

4. CONSIDERACIONES BÁSICAS PARA INCORPORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA AGENDA DE LA REFORMA SECTORIAL

Más allá del logro que puede significar la prioridad otorgada a un conjunto de atenciones en el contexto de la reforma propuesta, tanto la estructuración del sistema como el abordaje de la salud sexual y reproductiva actuales plantean una serie de desafíos que deben ser considerados.

Una mirada centrada en la equidad destaca que la segmentación y fragmentación de nuestro sistema mixto de salud potencian desigualdades evitables e injustas en el estado de salud de la población y en su atención. Este aspecto se ha visto reflejado en la falta de recursos, la calidad de los servicios y en los pagos que deben realizar los usuarios. El sistema privado, por tratarse de seguros individuales, con diferentes tipos de planes y coberturas y una gran desinformación de los usuarios, presenta una grave discriminación hacia la mujer por su alto "grado de siniestralidad", vinculada a su demanda por atención de salud reproductiva.

La ausencia de un marco normativo que consagre la salud sexual y reproductiva como un derecho de varones y mujeres desde una perspectiva de ciclo de vida y que vislumbre la necesidad de reconocer los cambios sociales y culturales de nuestra sociedad, evidencia la falta de reconocimiento explícito de los actores en salud, en tanto sujetos de derechos, privilegiándose un status de usuarios/sujetos de atención.

Por otra parte, una base fundamental de los logros en salud, y par-

ticularmente en salud sexual y reproductiva, lo constituye la existencia de un sistema doméstico de cuidado de la salud, apoyo invisibilizado sobre el que descansa tanto el sector público, como el privado. Hoy en día, la segmentación del sistema institucional de salud, sumada al costo que asume el sistema doméstico de salud, se traduce en una sobrecarga que sin duda impacta negativamente sobre las condiciones de vida de las mujeres, tema que no se encuentra en la agenda de la reforma sectorial.

Los desafíos son múltiples y los avances discretos. Avanzar sobre la reflexión y acción orientadas a la incorporación de la salud sexual y reproductiva en la agenda de la reforma supone necesariamente poner en la balanza los avances en la incorporación de este enfoque, su operacionalización y su evaluación a través de los indicadores de resultado, las modificaciones incorporadas y las que resta incorporar en el ámbito político jurídico, así como el rol de las organizaciones de la sociedad civil. Paralelamente, se requiere buscar las oportunidades y áreas de profundización que ofrece el panorama actual en materia de políticas, programas y acciones en salud sexual y reproductiva, el marco político jurídico e institucional que acoge los temas de la salud sexual y reproductiva, la formación de recursos humanos en salud sexual y reproductiva y la presencia de vínculos significativos entre la participación de sectores de la sociedad civil y el posicionamiento de los temas de la salud sexual y reproductiva en la agenda pública y particularmente en la reforma sectorial. En este marco, el eje articulador debe ser el reconocimiento explícito de la corresponsabilidad entre Estado, sociedad civil y el sistema institucional privado de atención en salud en el proceso salud/enfermedad y en el sistema prestador de servicios. Esto se asegura en la medida que existan mecanismos claros que vayan más allá de la instrumentalización y funcionalización de las tareas que se llevan a cabo desde el ámbito comunitario.

A pesar de que la reforma en curso no da indicios claros de cambios estructurales ni de la implementación de un modelo sanitario integral, manteniéndose un esquema centralizado, con una cultura institucional jerárquica, poco flexible y con una ausencia del enfoque de género, es posible visualizar ámbitos de acción que en el mediano y largo plazo pueden dar pie a una articulación efectiva de la salud sexual y reproductiva y la reforma sectorial.

A la luz de nuestros hallazgos, se visualizan áreas en las que es posible avanzar para articular el enfoque de la salud sexual y reproductiva y la agenda de la reforma sectorial.

4.1. PROMOCIÓN, RECONOCIMIENTO E INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ENFOQUE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA COMO DERECHO HUMANO

El reconocimiento del derecho a la atención de la salud reproductiva, y dentro de ella de la atención en salud sexual, ha permitido ampliar los marcos normativos relacionados con estos derechos, pese a que la CIPD reconoce explícitamente sólo los derechos reproductivos. El reconocimiento de los derechos sexuales permite no sólo eliminar el sesgo de género y etario, sino también incluir actores cuyos comportamientos u orientaciones sexuales no apuntan a la reproducción biológica. Por ello, la operacionalización del concepto de salud sexual y reproductiva debiera ir más allá de la búsqueda de respuestas adecuadas a las necesidades asociadas a las diferencias y complementación biológicas entre varones y mujeres, incorporando a las personas homo y heterosexuales de todas las edades. El proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos avanzó de manera sustantiva en aras de asegurar este reconocimiento.

La salud sexual y reproductiva debe ser reconocida como un derecho humano básico a la luz del principio de justicia, por lo tanto se deben resguardar su ejercicio sin consideraciones sociales, de género, económicas, culturales o étnicas, así como incorporar los principios de confidencialidad y autonomía en su atención. En ese sentido, existen iniciativas y propuestas relativas a la salud sexual y reproductiva presentadas a partir del año 2000. Dentro de éstas, se encuentran actualmente en trámite el Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (2000), Proyecto de Ley sobre Derechos y Deberes de las Personas en Salud (2001), la modificación en el Código Penal del delito de aborto (2002) y la modificación del artículo 119 del Código Sanitario en lo relativo al aborto terapéutico (2003).

Estas iniciativas se destacan por introducir temas que otorgan centralidad al enfoque de la salud sexual y reproductiva, especialmente aquellos que ponen de manifiesto los derechos y las obligaciones de los ciudadanos. El primero de ellos –impulsado fundamentalmente desde la sociedad civil– apunta a reconocer la sexualidad y los dere-

chos sexuales, distinguiéndolos de la reproducción y los derechos reproductivos. Incorpora, además, la necesidad de información, educación y acceso a los servicios, explicita la equidad entre sexos y grupos etarios y establece el derecho a la confidencialidad. El segundo proyecto –inserto dentro de las propuestas del actual proyecto de reforma– apunta a un cambio en la noción de usuario, modificando el énfasis de "paciente" a "persona sujeto de atención" y está orientado a consagrar el derecho a la confidencialidad y la autonomía de las personas en salud. Ambos proyectos fueron presentados por parlamentarios sin intervención del gobierno. El proyecto de modificación en el Código Penal del delito al aborto ha sido iniciativa de un grupo de diputados de derecha (Unión Demócrata Independiente-UDI) y busca cambiar su actual ubicación entre los delitos contra la moralidad pública y el orden de las familias al capítulo de los delitos contra las personas. Esto conllevaría un significativo aumento de las penas, tanto para las mujeres que se practican o someten a abortos como para los terceros que intervienen; además este proyecto propone introducir la figura de arrepentimiento eficaz y, por último, faculta al juez a conmutar la pena privativa de libertad que se impone a la mujer por la realización de trabajos determinados en favor de la comunidad, especialmente en organizaciones de tipo "pro vida". El último proyecto fue presentado por diputados de los partidos de gobierno (Concertación) y una diputada de derecha, y apunta a reestablecer el aborto terapéutico en el Código Sanitario, y con ello, la situación vigente hasta 1989. Hasta marzo de 2004 los proyectos no se habían debatido y el gobierno no se había pronunciado al respecto.

4.2. FORTALECIMIENTO DE ACCIONES SECTORIALES Y MULTISECTORIALES EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE INCORPOREN LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

El sistema institucional de salud público cuenta con un conjunto de programas segmentados según etapas del ciclo de vida, que pueden contener acciones relativas a la salud sexual y reproductiva dentro de sus orientaciones programáticas.

El Programa Salud del Adulto Mayor tiene el desafío de incorporar la situación de la salud sexual y reproductiva de varones y mujeres en esta etapa, lo cual es coherente con la necesidad de ampliar este enfoque y fomentar la complementariedad entre los distintos programas del sector salud y otros sectores. Este desafío debiera ampliarse al Programa de Pueblos Indígenas. En la misma dirección, el Programa Salud del Adolescente debiera aportar fundamentalmente desde el ámbito de la promoción de la salud sexual y reproductiva en aquellas dimensiones que están en el límite con el Programa Salud de la Mujer, como en el caso de la atención del embarazo adolescente y de la salud sexual y la salud reproductiva de los varones menores de dieciocho años.

Las atenciones de planificación familiar, de consejería para una conducta sexual segura, del control de la regulación de fecundidad del adolescente y del embarazo debieran verse fortalecidas en el ámbito de la promoción de la salud sexual y reproductiva. En los niveles de mayor complejidad se debiera avanzar en la atención integral del parto con analgesia, la atención del cáncer cervicouterino, del cáncer de mama, de las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la terapia antirretroviral y la atención de las complicaciones en el caso del SIDA.

En materia de salud sexual y reproductiva de los varones, es posible avanzar y responder a una demanda creciente, incorporando una perspectiva global que los haga partícipes de acciones como el control de la fecundidad y de consejería en salud sexual y reproductiva en un contexto de importantes transformaciones sociales y culturales.

Diversas acciones han emprendido organizaciones de la sociedad civil en el tema, tanto a nivel de prestación de servicios, difusión-promoción, capacitación-formación, como en investigación científica y social, seguimiento de acuerdos internacionales y desarrollo de propuestas de intervención y políticas públicas. El desafío es avanzar en el reconocimiento del rol que han asumido y potenciar las capacidades ya generadas.

Se destaca, asimismo, la necesidad de sistematizar, evaluar y difundir metodologías de intervención y prestación de servicios alternativos al sistema público y privado, ya que representan un potencial de conocimiento factible de traspasar el sector público, especialmente a nivel regional y local.

4.3. GESTIÓN EFICIENTE Y EFICAZ A NIVEL LOCAL CON UN RECONOCIMIENTO EXPLÍCITO DEL ROL DEL SISTEMA DOMÉSTICO DE CUIDADO Y ATENCIÓN DE LA SALUD

El modelo de atención se caracteriza por una escasa capacidad de resolución, una inadecuada capacidad de anticiparse a los daños en salud, y una baja participación ciudadana en los procesos de diagnóstico, seguimiento y monitoreo de la situación de salud.

Para avanzar hacia una gestión más eficiente es necesario el fortalecimiento de la red pública de atención y el desarrollo de mayores capacidades de gestión local. Asimismo, se requiere hacer visible el rol de las redes locales de apoyo a la atención primaria de salud y el aporte del sistema doméstico de atención a la salud. Al mismo tiempo, se requiere contar con protocolos que regulen tanto la medicalización de la atención de la salud sexual y reproductiva, como el monitoreo de la situación de la salud sexual y reproductiva en los varones y las mujeres que recurren a los servicios por otras afecciones que pueden estar vinculadas a este ámbito de la salud.

En materia sanitaria el desafío es ajustar la nueva estructura sanitaria del sector público a las actuales exigencias de la transición epidemiológica, a la tecnología médica vigente y a las necesidades de salud de la población, así como asegurar el ejercicio de una ciudadanía en salud garantizada por ley.

Este ejercicio de ciudadanía se puede ver facilitado a través de la promoción de instancias de participación en el sistema institucional de salud y en el establecimiento de canales de comunicación entre éste y la población, no sólo para quienes requieran atención sino para toda la población asignada a cada servicio. En el mismo sentido puede operar la promoción de un mayor control ciudadano a partir de la coordinación sector público-entidades de la sociedad civil sin fines de lucro. Especialmente relevante resulta esta coordinación en el seguimiento de compromisos internacionales en materia de salud de la mujer, y específicamente en la salud sexual y reproductiva y en la definición y evaluación de compromisos, así como de y metas en este tema.

Otra de las estrategias supone promover y potenciar las experiencias impulsadas por la sociedad civil respecto de la difusión, prevención, promoción y capacitación en salud sexual y reproductiva e intercambio de experiencias en salud sexual y reproductiva y el mutuo aprendizaje entre el sector público y las entidades sin fines de lucro de la sociedad civil.

4.4. FORTALECIMIENTO Y COORDINACIÓN DEL MARCO INSTITUCIONAL Y NORMATIVO

En el actual contexto, el fortalecimiento del marco institucional y normativo requerido para una gestión eficiente supone el apoyo a la aprobación de una Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, que consagre los derechos de salud sexual y reproductiva de varones y mujeres, reconociendo a las personas como sujetos de derechos, no sólo en su calidad de usuarios de servicios de salud, aplicable tanto al sector público como al privado. Asimismo, requiere potenciar la red de atención asistencial, articulando los tres niveles de atención primario, secundario y terciario en la atención de la salud sexual y reproductiva, fortalecer la atención comunitaria en este ámbito de la salud, aumentando los recursos tanto humanos como financieros destinados al trabajo comunitario en salud, y revisar y reformular los sistemas de seguridad privados que asignan un grado de siniestralidad mayor a la salud reproductiva.

Otras medidas que contribuirían al fortalecimiento del marco institucional refieren a propiciar una acción coordinada en el sector y las relaciones intersectoriales, especialmente con el Ministerio de Educación, el Servicio Nacional de la Mujer y el Instituto de la Juventud, así como establecer mecanismos claros que permitan identificar el gasto en los diferentes programas de salud, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

4.5. RECURSOS HUMANOS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y MONITOREO DESDE EL ESTADO

Recursos humanos

Es importante reconocer los esfuerzos que realizan profesionales y técnicos del ámbito de la salud que buscan entregar una atención de calidad. En este sentido, la necesidad de hacer de las voluntades personales una política de formación y capacitación de recursos huma-

nos en atención de la salud sexual y reproductiva, es –según nuestros informantes clave– una prioridad. Ello implica, además, revisar la currícula de pre y posgrado en las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, como también el diseño de programas de educación continua para los prestadores. Este componente no es profundizado por ningún proyecto de la reforma.

Sistemas de información y monitoreo

El MINSAL cuenta con un Departamento de Estadísticas que progresivamente ha ido incorporando la entrega de indicadores globales que podrían ampliar su nivel de desagregación.

Se trata de implementar un sistema de información que permita diseñar, rediseñar y evaluar las políticas en salud sexual y reproductiva con miras al ejercicio de un control ciudadano. El sistema de medición y registro, al que se requiere dotar de recursos financieros, técnicos y humanos que permitan su desarrollo eficiente, debe apoyarse en la necesidad de mantener y perfeccionar el monitoreo del cumplimiento de los acuerdos internacionales y nacionales en salud sexual y reproductiva, ya sea ampliando los ámbitos temáticos, considerando las diferencias según ámbito geográfico (región y comuna) y nivel socioeconómico (ingreso), haciendo un seguimiento de compromisos y programas específicos del MINSAL, MINEDUC y SERNAM en materia de salud sexual y reproductiva. El sistema debe mantenerse en el tiempo, utilizando instrumentos e indicadores comparables. Los indicadores deben dar cuenta de los componentes de salud que permiten promover y prevenir procesos en salud sexual y reproductiva. La información que entregue debe ser útil para quienes diseñan las políticas públicas y los usuarios, y debería incorporar el desarrollo de instrumentos para evaluaciones cualitativas (por ejemplo, para evaluar calidad de la atención, la incorporación del enfoque de salud sexual y reproductiva, etcétera).

El sistema de información debiera utilizar fuentes periódicas y continuas de información. Entre las periódicas, la realización de estudios cuantitativos en salud sexual y reproductiva puede generar importantes insumos, especialmente para abordar los temas del ejercicio de derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género, pero también los ligados a necesidades y calidad de atención en este ámbito de la salud. Esto debiera ser complementado con estudios cualitativos que permitan indagar sobre los aspectos psicosociales y patrones socioculturales que favorecen o impiden los procesos orientados a una atención integral de la salud sexual y reproductiva. Las fuentes continuas de datos debieran corresponder al registro sistemático de los casos atendidos en el sistema de salud. Este registro no debe incluir sólo el número de casos atendidos y la patología o actividad de promoción, sino también incorporar otras variables sociodemográficas relevantes para efectos de política pública, tales como el área de residencia, la escolaridad, el tamaño de hogar, etcétera.

5. DIÁLOGO NACIONAL: APORTES Y RECOMENDACIONES

El diálogo tuvo como objetivo central identificar oportunidades para promover la salud sexual y reproductiva en el proceso de reforma sectorial en Chile, desde una perspectiva de derechos. El insumo básico para la realización del diálogo fue el estudio "Salud Reproductiva y Reforma del Sector Salud en Chile", llevado a cabo por un equipo de investigadores del INAP,[1] cuyos hallazgos se han sintetizado en los acápites anteriores.

La ceremonia inaugural fue presidida por la Ministra del Servicio Nacional de la Mujer-SERNAM, Cecilia Pérez. La acompañaron Lorenzo Agar, Secretario Ejecutivo del INAP; André Medici, representante del Banco Interamericano de Desarrollo-BID, y Mónica Gogna, Coordinadora General del Proyecto Salud Reproductiva y Reforma del Sector Salud, en representación de la Unidad Ejecutora (CEDES). La ministra enfatizó la importancia de este evento frente a los nuevos desafíos en salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos en Chile y recalcó el rol que compete a SERNAM respecto de la coordinación intersectorial, así como su compromiso por agendar estos temas en su actual gestión.

El diálogo contó con más de un centenar de asistentes. Entre ellos,

1. INAP, Universidad de Chile, Marcela Ferrer, Claudia Gutiérrez, Antonieta Surawski y Lorenzo Agar.

autoridades sectoriales y provinciales, representantes de organizaciones no gubernamentales, centros de investigación, organizaciones sociales y gremiales vinculadas al ámbito de la salud y al movimiento de mujeres. La modalidad de trabajo consistió en exposiciones a cargo de especialistas nacionales e internacionales, realizadas el primer día del diálogo y en talleres temáticos de discusión agrupados en tres mesas de trabajo,[2] realizados el segundo día.

Este informe sintetiza las exposiciones de los especialistas y las reflexiones y propuestas generadas por los participantes en los talleres temáticos de discusión.[3] Se presenta el trabajo desarrollado en cinco puntos. Los cuatro primeros resumen los principales aspectos enfatizados en las ponencias. El quinto expone el debate, la reflexión y las propuestas emanadas de las mesas temáticas de trabajo y la reunión plenaria final. Se anexa la agenda definitiva del diálogo, las preguntas que guiaron el debate de los talleres y la lista de participantes.

5.1. LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

El primer panel del diálogo nacional, *La salud sexual y reproductiva en la reforma del sector salud*, estuvo orientado a identificar aspectos cruciales en los procesos de reforma de los sistemas de salud en la región en general y en Chile, en particular. Especialmente, se trató de identificar los desafíos y las oportunidades de articular estos procesos con las necesidades de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos.

Se presentaron cinco ponencias. Las tres primeras se refirieron a aspectos contextuales de la situación de la salud sexual y reproductiva en la región desde una perspectiva de género, incluyendo un análisis de los desafíos y las oportunidades que los procesos de reforma del sector salud plantean para el abordaje integral de este tema. Las dos últimas presentaron los estudios de caso realizados en la Argentina y Chile. A continuación se proporciona una síntesis de los principales tópicos abordados.

2. El Programa contempló originalmente la realización de cuatro mesas de trabajo, las cuales fueron reducidas a tres por sugerencia de los participantes en el diálogo (véase la agenda definitiva en el anexo).

3. Para la realización de las mesas de trabajo se contó con la colaboración de las siguientes profesionales: Julia Cubillos, María Isabel Matamala, Fanny Berlagoscky, María Eugenia Calvin, Ivelise Segovia, María Soledad Barría, Hugo Rebolledo, Elayne Leyton, Victoria Norambuena, María Isabel Monsalves. El equipo organizador del diálogo agradece la valiosa participación de estas profesionales, como también la de todas las personas que participaron activamente en los talleres de discusión grupal.

5.1.1. Panorama regional[4]

Los procesos de reforma de los sistemas y servicios de salud, desarrollados en la región en las últimas décadas, han tenido un bajo impacto en la reducción de las desigualdades sociales. La necesidad de implementar políticas sectoriales que contribuyan efectivamente a mejorar el nivel y la calidad de vida de los grupos más desfavorecidos, constituye un tema de agenda pública en la mayoría de los países.

Al menos en el plano declaratorio, las actuales reformas de salud han priorizado la reducción de las iniquidades y la revisión de las políticas sugeridas por las agencias multilaterales. Esto ha llevado a que la cuestión de la equidad, y particularmente la equidad de género, se constituya en un desafío ético y político, ubicándola como un elemento esencial dentro de los procesos de reforma.

Se señalaron tres dimensiones en las que se expresan las iniquidades de género en salud: a) Riesgos de salud frente a oportunidades de gozar de buena salud; b) Necesidades de salud frente a acceso a recursos de salud, y c) Responsabilidad en salud frente a poder en salud.

La superación de las iniquidades, particularmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, implica al menos tres aspectos que debieran ser materia de particular atención:

- Mayor sobrevivencia de las mujeres respecto de los varones. Esto no garantiza un mejor estado de salud, por lo que se debe abordar tanto la calidad de vida de esta sobrevida como también los principales problemas del estado de la salud sexual y reproductiva y sus macrodeterminantes (género, nivel socioeconómico, etnia, área

4. Sobre la base de las exposiciones de André Medici, Celia Almeida y María Isabel Matamala.

de residencia, entre otros). En este ámbito, los problemas más señalados fueron: elevadas tasas de mortalidad materna, básicamente producto de abortos inseguros; aumento de la incidencia del VIH/SIDA entre mujeres; tasas de fecundidad más elevadas en grupos vulnerables (según pobreza, ruralidad, etnia); crecientes niveles de embarazo adolescente precoz.

- Acceso diferencial a la atención de la salud sexual y reproductiva de varones y mujeres. La exclusión de los varones de los servicios de salud sexual y reproductiva aumentaría la posibilidad de fracaso en los esfuerzos por lograr un mejor nivel de ésta, dada la influencia que ejercen los varones en la atención y/o educación en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- Iniquidad de género en el financiamiento. En los sistemas no solidarios las mujeres pagan más que los varones por atención de salud. En Chile, el costo de los planes dirigidos a mujeres en edad fértil es tres veces más alto que el de los varones.

Estos aspectos hacen evidente la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el establecimiento de parámetros de seguimiento del impacto en la equidad de las reformas de salud.

5.1.2. La Argentina y Chile

Las exposiciones sobre los casos de Chile y Argentina sintetizaron los resultados de los estudios realizados en el marco del proyecto coordinado por el CEDES. Se destacan las recomendaciones compartidas en esta reunión.

Argentina[5]

- Difundir en la comunidad de manera amplia información sobre los objetivos y alcances de las reformas sectoriales.
- Promover el conocimiento sobre los objetivos, instrumentos y proyecciones de la reforma entre los equipos técnicos de gobierno y entre los proveedores de servicios del sector.

5. Basado en la exposición de Raúl Mercer sobre el estudio "Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en Argentina", realizado por el CEDES.

- Habilitar espacios que convoquen a los actores involucrados en las medidas de reforma.
- Realizar de manera previa el análisis de los posibles impactos de las medidas de reforma.
- Incorporar la perspectiva de género en el diseño de medidas.
- Promover el diseño de Planes Operativos Anuales de Salud Sexual y Reproductiva en los distintos niveles de gobierno.
- Diseñar una política de recursos humanos acorde con las necesidades de la reforma sectorial.
- Realizar diagnósticos integrales a nivel provincial.

Chile[6]

Sobre la base de los hallazgos descriptos, se identifican las siguientes áreas en las que es posible avanzar en la articulación del enfoque de salud sexual y reproductiva y la agenda de la reforma sectorial.

- Promoción, reconocimiento e institucionalización del enfoque de salud sexual y reproductiva como derecho social: incorporación de un enfoque que permita dar cuenta de este tema en tanto componente esencial de la salud de varones y mujeres sin distinción de sexo, edad, preferencias reproductivas y orientaciones sexuales.
- Potenciar acciones sectoriales y multisectoriales en salud sexual y reproductiva que incorporen la participación ciudadana: potenciarla y asegurarla desde una perspectiva de corresponsabilidad Estado-sociedad civil-privados en los procesos de salud/enfermedad.
- Gestión eficiente y eficaz a nivel local, con un reconocimiento explícito del rol del sistema doméstico de cuidado y atención de la salud: incorporación del enfoque de salud sexual y reproductiva en programas multisectoriales con una perspectiva de ciudadanía en salud.
- Formación de recursos humanos en salud sexual y reproductiva: a la luz del concepto de salud sexual y reproductiva planteado, resulta un requisito indispensable para que las acciones diseñadas

6. Basado en la exposición de Lorenzo Agar sobre el estudio "Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en Chile", realizado por el INAP.

puedan traducirse adecuadamente en acciones concretas de la práctica cotidiana de atención y promoción de salud.
- Potenciar sistemas de información y monitoreo desde el Estado, que se articulen con los existentes en la sociedad civil para contar con un sistema de información que esté en directa relación con la posibilidad de monitoreo y evaluación de programas en salud sexual y reproductiva, orientado a la promoción de un control social por parte de los ciudadanos.

5.2. GÉNERO, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, Y REFORMA DEL SECTOR SALUD[7]

En el segundo panel del diálogo, *Género, derechos sexuales y reproductivos y reforma del sector salud*, se expuso sobre el estado de situación de los derechos sexuales y reproductivos en el marco de la reforma del sector salud y los desafíos pendientes en Chile.

Se presentaron cuatro ponencias. La primera dio cuenta del estado de situación del Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Se destacó que el principal obstáculo para la aprobación de este proyecto es la falta de voluntad política de legislar en la materia, por lo que se instó a las organizaciones de la sociedad civil a trabajar sobre el punto. La segunda ponencia describió los cambios socioculturales de la población chilena, incorporando datos del último Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2000. La tercera, situada desde la perspectiva de los estudios sobre masculinidad, hizo presente la ausencia de la salud sexual y reproductiva de los varones como un derecho básico y la preeminencia de enfoques desde el "deber ser", basados en la responsabilidad masculina frente a los temas de paternidad y anticoncepción. Por último, la cuarta ponencia incluyó una mirada desde el movimiento de mujeres en salud. Junto con recalcar el impacto negativo que los procesos de reforma en curso tienen sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres, posicionó el tema de la salud como derecho humano básico. A continuación se presentan algunos planteamientos realizados por los expositores,

7. Capítulo basado en las exposiciones de Enrique Accorsi y Claudia Dides (Estudio CORSAPS-ICMER); José Olavarría (FLACSO) y Esperanza Cerón (RMSLAC).

agrupados en dos temas. El primero refiere a la situación político institucional de los derechos sexuales y reproductivos en Chile en el marco de la reforma, y el segundo, al género y los derechos sexuales y reproductivos.

5.2.1. SITUACIÓN POLÍTICO INSTITUCIONAL DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN CHILE EN EL MARCO DE LA REFORMA

La salud sexual y reproductiva como componente esencial de la salud, y los derechos que de ella emanan (derechos sexuales y reproductivos), pertenecen al ámbito de los derechos humanos de segunda generación.[8] Los derechos sexuales y reproductivos representan el derecho básico de las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos e hijas y de tener la información, educación y medios necesarios para hacerlo.

La exposición a cargo del Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, Enrique Accorsi, señaló los principales obstáculos –fundamentalmente políticos– para legislar en materia de derechos sexuales y reproductivos, refiriéndose al Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Estos obstáculos son la falta de apoyo tanto del Poder Ejecutivo como de los propios parlamentarios de la coalición gobernante.

En Chile, cualquier proyecto de ley comienza a ser discutido por una determinada comisión parlamentaria, atendiendo al grado de urgencia que se le asigne a su tramitación. El carácter de urgencia es determinado por el Poder Ejecutivo (Presidente de la República). El Pro-

8. Los derechos humanos de primera generación, que se fundamentan en la libertad, comprenden los derechos civiles y políticos y surgen ante la necesidad de oponerse a los excesos de la autoridad. Los de segunda generación se fundamentan en el principio de igualdad y corresponden a los derechos económicos sociales y culturales: imponen un "deber hacer" positivo por parte del Estado, su titular es el individuo en comunidad y su reclamo es mediato, pues dependen de las condiciones de cada país. En este sentido, se solicita que el Estado garantice el acceso a la educación, salud, trabajo, seguridad social, etcétera, para procurar las mejores condiciones de vida a los individuos. Finalmente, los derechos de tercera generación –que todavía se encuentran en proceso de desarrollo– son los llamados derechos de solidaridad, referidos al desarrollo, la paz y el medio ambiente. Es del caso señalar que hay quienes hablan ya de derechos de cuarta generación, con un contenido que todavía no está bien delimitado (Ferrer *et al.*, 2003).

yecto de Ley Marco, elaborado por organizaciones de la sociedad civil y presentado a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados en noviembre de 2000, no ha tenido avances por cuanto nació desprovisto de la condición de urgencia necesaria. La falta de consenso político entre los parlamentarios de la oposición y de la coalición gobernante –particularmente en éstos–, sumada a la ausencia del apoyo desde el Ejecutivo, han impedido iniciar la discusión de este proyecto de ley.

Según el Diputado Accorsi, las alternativas posibles para avanzar en materia de legislación serían dos: a) lograr el apoyo del Poder Ejecutivo asignándole algún grado de urgencia al proyecto, y b) promover el tema dentro del Proyecto de Derechos y Deberes en Salud –uno de los proyectos del paquete de reformas–, incorporando un componente que favorezca en alguna medida la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Cabe destacar que asistentes al diálogo, provenientes de centros de investigación y de organizaciones no gubernamentales, señalaron que participaron activamente ante una invitación de la propia Comisión de Salud para proponer elementos que podrían ser abordados en tal proyecto, y que sus propuestas no habían sido acogidas hasta el momento.

5.2.2. Género y derechos sexuales y reproductivos

Se señaló que el debate sobre los derechos sexuales y reproductivos ha estado vinculado estrechamente al movimiento feminista, basado en los derechos que las mujeres tienen sobre su sexualidad y la reproducción. Las plataformas de acción han sido la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación (CEDAW) y las Conferencias Internacionales de Población (El Cairo) y de la Mujer (Beijing). Específicamente, la incorporación explícita del varón al ámbito de la salud sexual y reproductiva se produce a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994). En ella se explicitó la necesidad de considerar a los varones en el proceso de atención de la salud sexual y reproductiva y fundamentalmente, la responsabilidad que les compete en este proceso.

Desde los estudios de masculinidad se planteó que, dado el bajo nivel de desarrollo conceptual y la ausencia de evidencia empírica de la situación de la salud sexual y reproductiva de los varones, las investigaciones y por ende los insumos para la formulación de políticas se levantan desde una perspectiva general. Se señaló que no es posible promover los derechos sexuales y reproductivos de los varones y las mujeres sin hacer visible la diversidad de orientaciones sexuales, sin considerar a los varones como seres fecundos y potenciales sujetos partícipes del proceso de anticoncepción, y sin definir un sistema de salud solidario abierto a la participación plena de las parejas en la toma de decisiones sobre el número y espaciamiento de los hijos, y sobre la capacidad de cuidarlos en igualdad de condiciones. Éstos y otros aspectos son aún insostenibles dada la falta de disponibilidad de indicadores sociales, epidemiológicos y sanitarios que aporten la información que se requiere para visibilizar a los sujetos en salud sexual y reproductiva.

Desde el movimiento feminista, se destacó el impacto de las reformas sectoriales en la salud de las mujeres y particularmente en su salud sexual y reproductiva. Se señaló que no existe una correspondencia entre las necesidades en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos y las respuestas proporcionadas por las políticas sanitarias. Hay un divorcio entre el discurso y la práctica y esto obedecería básicamente a que la salud es conceptualizada más como una mercancía que como un derecho humano básico.

El desafío respecto de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los varones y las mujeres sin distinción de orientaciones sexuales supondría incorporar de manera sustantiva el principio de universalidad y el reconocimiento de las iniquidades evitables e injustas derivadas del género, en tanto macrodeterminante de la salud.

5.3. Atención de la salud sexual y reproductiva: experiencias y desafíos[9]

Este panel estuvo orientado a poner de relieve los principales enfoques, perspectivas y desafíos en el ámbito de la atención de la salud sexual y reproductiva, fundamentalmente en los servicios de atención de salud primaria, mediante la presentación de experiencias concretas realizadas en el área.

9. Basado en exposiciones de Raúl Castro, María José Araujo, Francisco Vidal, Marina Carresco y María Elena Riveros.

Se presentaron cuatro ponencias. Tres de ellas analizaron las acciones en salud sexual y reproductiva realizadas en Chile, una de las cuales se refirió a la atención de este ámbito de la salud en el país en un grupo específico, como son las mujeres viviendo con VIH/SIDA. La cuarta ponencia presentó la situación de la salud sexual y reproductiva en el sistema de salud brasileño. A continuación se resumen los principales aspectos de las ponencias agrupados en dos temáticas: los programas en salud sexual y reproductiva y la calidad de su atención.

5.3.1. Programas en salud sexual y reproductiva

Se señaló que la salud sexual y reproductiva puede ser abordada desde al menos cuatro dimensiones: la *sanitaria,* que prioriza el riesgo sexual y reproductivo; la *ética*, que instala la noción de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos en tanto derechos humanos; la *social,* que define la salud sexual y reproductiva como un componente sustantivo del desarrollo, y la de la *gestión y organización de los servicios de atención de salud,* que prioriza los temas de acceso y calidad de atención de la salud sexual y reproductiva.

Los indicadores de salud materno infantil en Chile señalan un panorama favorable en materia de logros sanitarios. Sin embargo, y tal como fue expresado en el panel sobre "Género y derechos sexuales y reproductivos", la carencia de indicadores demográficos y sanitarios sobre la salud sexual y reproductiva de los varones impide afirmar que los logros sanitarios constituyen logros de este ámbito de la salud de varones y mujeres. Los indicadores de salud materno infantil relacionados con los procesos de maternidad, dan cuenta sólo de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En esta línea, el Programa Salud de la Mujer del MINSAL de Chile está orientado a responder a las necesidades específicas de las mujeres, en quienes recae la mayor parte de los problemas relacionados con la reproducción: el aborto en condiciones de riesgo, las complicaciones del embarazo y el parto, la utilización de métodos anticonceptivos, y el mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (incluido el SIDA). Las orientaciones básicas de la atención están definidas para "Ofrecer la mejor calidad de vida posible a los nuevos ciudadanos desde antes de su nacimiento, incluso desde antes de su concepción (decisión reproductiva informada, evaluación de condición de salud de la mujer en el período previo al embarazo, Control Preconcepcional), las acciones posteriores al nacimiento –vigilancia del proceso de crecimiento y desarrollo en las diversas etapas del curso de vida de cada persona– se orientan a alcanzar una adecuada condición de salud y bienestar (Desarrollo Humano)".[10]

La incorporación de los derechos sexuales y reproductivos de los varones y las mujeres, como también la salud sexual y reproductiva de los varones requieren necesariamente una redefinición de, al menos, lo que se entiende por calidad de vida, salud y bienestar adecuados, decisión reproductiva informada, o control preconcepcional. La incorporación de la perspectiva de género y de derechos en la conceptualización de estos aspectos permitiría una operacionalización que origine programas de salud sexual y reproductiva para varones y mujeres de todas las edades, incluyendo sus derechos sexuales y reproductivos.

5.3.2. Calidad de la atención de salud sexual y reproductiva

Se presentaron dos estudios[11] que mostraron importantes desafíos en materia de cobertura y calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva. No obstante su alcance limitado en términos de la representatividad de las acciones en salud sexual y reproductiva que se realizan en Chile, ambos estudios pueden ser tomados como ejemplos de falencias importantes que se originan en una definición de salud sexual y reproductiva que no incorpora al varón en forma activa y que no atiende a la salud sexual propiamente. Esto se refuerza por la perspectiva de los prestadores de este ámbito de la salud, quienes suelen no asociarla con un completo estado de bienestar físico y mental, vinculado a diferentes ámbitos de desarrollo de los individuos.

Se señaló que las actividades más tradicionales en salud sexual y reproductiva –su dimensión materno infantil– alcanzan coberturas prácticamente totales (control prenatal, control de puerperio, regulación de la fecundidad, consulta por morbilidad ginecológica y obstétrica, consulta por enfermedades de transmisión sexual y SIDA). Sin

10. Citado por René Castro, Jefe del Programa Salud de la Mujer en Chile.

11. Calidad de la salud sexual y reproductiva de mujeres viviendo con VIH/SIDA (Francisco Vidal y Marina Carresco) y Diagnóstico de los programas y acciones en salud sexual y reproductiva (María Elena Riveros, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile).

embargo, actividades "no tradicionales", destinadas a la atención integral de la pareja, alcanzan coberturas menores o no son cubiertas (control preconcepcional, consejería en salud sexual y reproductiva, control ginecológico preventivo, control del climaterio, control de desarrollo psicoafectivo, actividades de promoción de la salud). La participación de las matronas, quienes mediante su accionar cotidiano privilegian la salud reproductiva, contribuye a hacer frente a estas limitaciones.

Contar con recursos humanos adecuados es un requisito básico de la atención de la salud sexual y reproductiva. Se revelaron los principales factores facilitadores y obstaculizadores para la atención de la salud sexual y reproductiva en el marco del Programa de la Mujer, identificados por los prestadores. En relación con los facilitadores, se destacó el equipo de trabajo, el diagnóstico de salud con participación comunitaria, las características del consultorio, y la flexibilidad del Programa de la Mujer. Entre los obstaculizadores se mencionó la presión asistencial, la falta de recursos humanos y físicos (la infraestructura y el espacio físico), la tecnología insuficiente, el trabajo no informatizado, los problemas para referir a otros niveles de atención, el bajo nivel de instrucción de los usuarios (área rural) y el tiempo de traslado. Como se observa, los obstaculizadores refieren básicamente a las condiciones materiales de trabajo de los prestadores, que pueden ser solucionadas principalmente con recursos financieros. Sin embargo, los facilitadores dan cuenta de orientaciones programáticas que tendrían un efecto positivo en el desempeño profesional de los prestadores de salud sexual y reproductiva.

No sólo se señaló que existe una carencia de recursos materiales y humanos necesarios para la atención de una salud sexual y reproductiva de calidad, sino también se afirmó que la población aún no se autopercibe como sujeto de derechos, tanto a la salud como a su atención. La labor que pueden realizar los prestadores en el proceso de empoderamiento de la población es clave. Su implementación, sin embargo, es difícil, pues requiere que los prestadores estén sensibilizados respecto del tema, cuestión que está muy poco desarrollada. Por tanto, las acciones orientadas al empoderamiento de la población frente a sus derechos de salud deben contemplar acciones de sensibilización de los prestadores en la perspectiva de incorporar estos aspectos en su práctica cotidiana y en su relación con los usuarios.

5.4. CONSIDERACIONES BÁSICAS PARA LA INTEGRACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA REFORMA SANITARIA[12]

El estudio de la salud sexual y reproductiva en Chile concluyó que su abordaje ha sido parcial y definido desde lo netamente programático.[13] Planteó la carencia de un enfoque integral de la salud sexual y reproductiva, entendida como una dimensión sustantiva de la salud global, cuyos macrodeterminantes operan en el ámbito demográfico, político institucional y cultural. Los dos primeros aspectos fueron abordados en los tres paneles anteriores. Este cuarto y último panel se orientó a los elementos presentes en la dimensión cultural, que pueden ser identificados como determinantes del estado de la salud sexual y reproductiva y de sus orientaciones normativas.

Se presentaron dos experiencias destinadas a abordar este ámbito de la salud. La primera es el proyecto *Con Tacto*, cuyo objetivo fue operar con una metodología participativa de educación sexual, orientada a jóvenes pero que terminó involucrando a toda una comunidad. A partir de este proyecto se rescataron las percepciones, aspiraciones y propuestas factibles de ser consideradas dentro del diseño de políticas orientadas a la salud sexual y reproductiva de la población en su conjunto. La segunda experiencia presentada forma parte de la Unidad de Gestión Provincial de Salud de Chiloé –ubicada en la Décima Región del país– y se constituyó en una iniciativa paradigmática respecto de la ejecución de programas de salud centrados en los atributos de la población rural e indígena de esa zona. A la presentación de estas experiencias se sumó una ponencia orientada al análisis de la dimensión ética de la incorporación de la salud sexual y reproductiva en los procesos de reforma del sector salud, a cargo de Sergio Zorrilla, y otra ponencia en la cual se expuso un panorama de las acciones en este ámbito de la salud en Canadá, presentada por Andrea Martínez, Directora del Instituto de Estudios de las Mujeres de la Universidad de Ottawa, Canadá.

12. Capítulo basado en las exposiciones de Sergio Zorrilla, Irma Palma y Omar Véjar.

13. Ferrer *et al.*, 2003.

Ética y subjetividades

Se señaló que el desarrollo real o futuro de una reforma sanitaria plantea el problema de sus contenidos o de los ejes que la estructuran y también de la metodología que permite su construcción. Este último componente no sólo permite identificar y convocar a los actores que deben intervenir en su discusión y proceso de definición; le corresponde también dar cuenta tanto del proceso de transformaciones culturales y políticas del último tiempo, como del cambio de la relación entre las instituciones de salud y la sociedad civil. Este análisis permite definir la necesidad de contribuir a la apropiación por parte de los ciudadanos del proceso de reformulación del sistema de atención de la salud y de la atención de salud como un todo, cuyos logros principales se han basado de manera sustantiva en el soporte doméstico y comunitario.

Otro aspecto que debiera ser considerado en la metodología de construcción de un proceso de reforma es la dimensión comunicativa/subjetiva/conversacional. Esta dimensión refiere a incorporar formas de aprehender las necesidades percibidas por distintos actores a partir del encuentro de hablas diversas que pueden encontrarse en los procesos de participación ciudadana en salud. Esto permite visibilizar, por un lado, a los diversos actores que demandan atención de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos y, por otro, su multidimensionalidad como componente de la salud global, que reúne una dimensión física-biológica y otra afectiva.

Cultura y género

La dimensión cultural, que demanda una atención particular por parte de los formuladores de políticas y los prestadores de salud, constituyó otro de los elementos analizados. Este aspecto legitima la necesidad de orientar el proceso de definición de políticas hacia la atención de las necesidades regionales, provinciales y/o locales, incorporando las necesidades particulares de los actores en el marco de una visión sanitaria amplia. El caso de la Unidad de Gestión Provincial de Salud de Chiloé ha sido un ejemplo notable de gestión de los programas de acuerdo con la realidad sociocultural y territorial específica en que opera.

5.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LAS MESAS DE TRABAJO

La reflexión y el debate abierto permitieron el encuentro e intercambio de agentes del sector público –fundamentalmente técnicos y prestadores de salud– y la sociedad civil inserta en la promoción de la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos, particularmente organizaciones no gubernamentales, centros académicos, organizaciones sociales en salud y grupos de mujeres.

El diálogo instalado en las mesas de trabajo estuvo orientado a:

- Promover la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de ciudadanía en salud en los agentes del Estado, con el objeto de garantizar el derecho a su ejercicio pleno por parte de varones y mujeres. Esto implica entender la participación ciudadana como fundamental en al menos tres ámbitos: la promoción, la visibilización y el fortalecimiento de espacios de participación para el desarrollo de programas y acciones de promoción y prevención en salud; avanzar en la aprobación del proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, así como de otras propuestas que den cabida a la promoción de estos derechos, y promover el control social y la rendición pública de cuentas del sector salud en materia de salud sexual y reproductiva.
- Abordar los desafíos en relación con el marco político institucional en materia de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos. Esto implicó la reflexión y el debate en relación con: los principales obstaculizadores y facilitadores de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y de su institucionalización; los principales obstaculizadores y facilitadores del proceso de coordinación intra e intersectorial, con el objeto de responder a las necesidades de atención de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos; y las principales oportunidades que ofrece la actual institucionalidad en el marco del proceso de reforma sectorial, para promover la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos.
- Revisar las limitaciones y potencialidades de innovación de los actuales programas y acciones en salud sexual y reproductiva, así como también proponer un programa orientado a su atención en varones y mujeres. Dentro de esta dimensión, e*xaminar los requeri-*

mientos humanos y financieros para atender las demandas de salud sexual y reproductiva desde el sector salud.

Estas condiciones y recomendaciones retoman los planteamientos emanados de las mesas de trabajo. Estas mesas se realizaron durante el segundo día del diálogo y fueron las siguientes:

Mesa 1: Derechos sexuales y reproductivos y participación ciudadana.
Mesa 2: Marco político institucional y salud sexual y reproductiva.
Mesa 3: Programas y acciones en salud sexual y reproductiva y los recursos humanos y financieros necesarios.[14]

Cada mesa contó con un conjunto de preguntas orientadoras (véase Anexo 1) que fueron planteadas por los facilitadores a los participantes de las mesas respectivas.

A continuación se presentan los resultados de la discusión, teniendo como base principal los informes proporcionados por las relatoras a cargo de cada grupo. Cada subtítulo corresponde a una mesa y en cada caso se señalarán los tópicos considerados como ejes del debate.

5.5.1. Derechos sexuales y reproductivos, y participación ciudadana en salud

La discusión planteó que el actual proceso de reforma sectorial inicialmente ofreció espacios de discusión y sobre todo de información –aunque en un plano descriptivo– sobre su sentido y alcance. Sin embargo, según los participantes de esta mesa, esos espacios no fueron suficientes y no incorporaron temas y propuestas desde una perspectiva de ciudadanía en salud, que permitiera superar la noción de usuario-paciente-cliente y que reconociera la noción de ciudadanos y ciudadanas.

14. Originalmente la Mesa 3 correspondía a Programa y acciones en salud sexual y reproductiva. Existía además una cuarta mesa, destinada a discutir los recursos humanos y financieros necesarios para implementar acciones y programas en salud sexual y reproductiva. Dado que los participantes inscriptos en esta mesa fueron dos, sus facilitadores sugirieron fusionarla con la mesa 3, y se reformularon e incorporaron las preguntas previamente definidas.

En un nivel más amplio se observa la ausencia de un enfoque de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género y derechos, tanto a nivel institucional como también, muy especialmente, en el sector salud, lo que contribuiría al vacío legal existente frente al tema. Esto generaría una falta de coordinación intra e intersectorial en materias que pueden tener un abordaje complementario. Paralelamente, se constata la falta de respuestas o priorización de problemas en salud sexual y reproductiva (tales como aborto, embarazo adolescente, anticoncepción masculina, entre otros) para los cuales se definan acciones de promoción y prevención.

Se señaló la persistencia de un sistema de salud vertical y jerarquizado, que tensiona las relaciones, tanto a nivel de sus dinámicas internas, como a nivel de sus relaciones con los usuarios y usuarias. Esto contribuye a mantener un modelo biomédico de atención en salud que, junto con desconocer el soporte del subsistema doméstico de atención de la salud, reduce la salud sexual y reproductiva a la planificación familiar, desestimando otros aspectos referidos a la sexualidad y la reproducción. En definitiva, la inexistencia de una ciudadanía activa así como la instrumentalización de los procesos de participación social contribuyen a mantener el modelo biomédico de la atención en salud sexual y reproductiva, y constituirían una barrera para su redefinición.

Tres preguntas guiaron el debate:

a. Desafíos y oportunidades que ofrece la actual reforma del sector salud respecto de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.
b. Mecanismos factibles de ser incorporados para promover la rendición pública de cuentas.
c. Promoción de la visibilización y reconocimiento social e institucional del aporte doméstico y comunitario a la promoción y atención de la salud sexual y reproductiva.

Las propuestas para cada uno de estos tópicos se resumen a continuación.

a. Desafíos y oportunidades que ofrece la actual reforma del sector respecto de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos

Se concluyó que para que existan tanto una ciudadanía activa en salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos, como también un diálogo entre el Estado y la sociedad civil orientado a pensar conjuntamente la promoción de estos temas y de los derechos sexuales y reproductivos, es indispensable generar capacidades en ambos actores. El desarrollo de estas capacidades fue definido como fundamental para lograr una articulación exitosa entre el Estado y la sociedad civil y se refieren fundamentalmente a:

Desde la institucionalidad

- Democratizar las relaciones en el sector salud mediante la promoción de un intercambio horizontal entre los ciudadanos y profesionales del sector, a través de instancias de capacitación y de planificación conjunta (por ejemplo, en la formulación de planes de salud locales).
- Incorporar en la institucionalidad pública el tema de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos, potenciando el desarrollo de la ciudadanía activa.
- Propiciar la responsabilización pública –rendición pública de cuentas o *accountability*– y el ejercicio del control social por parte de la sociedad civil.
- Visibilizar el aporte que la ciudadanía ha realizado al cuidado y la atención de la salud sexual y reproductiva, mediante el desarrollo de estudios orientados a describir su contribución y características.
- Favorecer el desarrollo de instancias de promoción, capacitación y formación en salud sexual y reproductiva.

Desde la sociedad civil

La reflexión y el debate señalaron la necesidad de empoderar a las organizaciones de la sociedad civil y de instalar el enfoque de salud sexual y reproductiva en el Ministerio de Salud-MINSAL; así como también de promover prácticas reales de intersectorialidad en el sector público. Ambos aspectos sugieren considerar las siguientes acciones:

- Validar el vínculo entre la sociedad civil y el Estado como el encuentro entre diversas lógicas de acción que se ocupan de asuntos públicos, dotados de saberes, experiencias y propuestas que pueden llegar a ser complementarias.
- Promover redes en salud sexual y reproductiva que no sólo respondan a las demandas y dinámicas del Estado sino que también se originen en la sociedad civil, incorporando especialmente el intercambio de experiencias, el fortalecimiento de visiones y enfoques, la coordinación de acción y la promoción/socialización del conocimiento.
- Potenciar la autonomía de la sociedad civil, su rol propositivo y deliberador, rechazando instancias instrumentales de participación.
- Vitalizar la preocupación por el marco legal en salud sexual y reproductiva y recuperar la propuesta de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, generando una estrategia para promover dentro del gobierno la voluntad para legislar al respecto.

b. Mecanismos factibles de ser incorporados para promover la rendición pública de cuentas

Frente al impulso que se debiera sostener sobre la rendición pública de cuentas se señala como indispensable generar mecanismos e instrumentos en diversos niveles institucionales. En salud sexual y reproductiva se consideran pertinentes los siguientes:

- Instancias de defensoría de salud: en el país pueden darse a través de las Oficinas de Información y Reclamo (OIRS) disponibles en todos los ministerios y servicios dependientes. Se sugiere aprender de otras experiencias, como la de Brasil, país en el que es una práctica cada vez más habitual, principalmente en los servicios privados que refieren quejas contra los seguros y prestadores. Se propone fortalecer tales instancias, considerándolas como posibles canales de comunicación entre los ciudadanos y las entidades públicas.
- Instancias de control social en al menos tres dimensiones: aplicar un sistema de monitoreo social de la cobertura en salud sexual y reproductiva señalada en el Plan AUGE; velar por la transparencia en el traspaso de fondos del sector público al privado, y promover la realización y difusión pública de evaluaciones de desempeño en los funcionarios a cargo de la atención de la salud sexual y repro-

ductiva, así como evaluaciones de gestión e impacto de las acciones y programas en este campo.

- Instancias de ampliación de registros y construcción de indicadores en salud sexual y reproductiva, con el objeto de evaluar y profundizar en el diagnóstico de la salud sexual y reproductiva de varones y mujeres, niños y adultos, en diversos niveles (local, regional, nacional). Se propone, como ejemplo, incorporar universidades, centros de estudios y organizaciones no gubernamentales en el desarrollo de indicadores de género, sistema de registro para detectar violencia en el embarazo, abuso sexual infantil, entre otros problemas en salud sexual y reproductiva.
- Definición de normativas relativas a los derechos y deberes de las personas en salud (pacientes). Si bien existe información proporcionada por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) respecto de los deberes y derechos generales, se propone generar instancias de discusión sobre este tema para cada ámbito de la salud y particularmente de la salud sexual y reproductiva. Se propone la elaboración de protocolos de atención de salud sexual y reproductiva.
- Promoción de la salud. Se propone redefinir los espacios de participación existentes, como los Consejos de Salud, que operan al alero de los establecimientos de atención primaria y secundaria, con el objeto de abordar la atención de salud sexual y reproductiva, ya sea poniendo énfasis en acciones de promoción, como de velar, canalizar y visibilizar demandas en esta línea en los servicios correspondientes.

c. Promoción de la visibilización y reconocimiento social e institucional del aporte doméstico y comunitario a la promoción y atención de la salud sexual y reproductiva

La reflexión se orientó a la búsqueda de mecanismos que permitieran promover la visibilización social e institucional del aporte del sistema doméstico de salud. Las propuestas fueron:

- Reconocimiento del voluntariado. En primer término, se propone visibilizar el aporte doméstico, en el marco de la actual valoración por el trabajo voluntario que supone privilegiar el interés social por sobre el lucrativo, así como también la movilización de recursos propios (tiempo, espacios, recursos materiales, etcétera), a cambio de un bien socialmente valorado, en este caso la salud del núcleo familiar y comunitario. Instar a la asignación de un financiamiento, ya sea para mantener el sistema doméstico de salud como para su incentivo. Al respecto surgieron dos mecanismos posibles de financiamiento: público, vinculado a la responsabilidad del Estado, y privado, vinculado a la responsabilidad social de la empresa (particularmente para experiencias de salud comunitaria).
- Medición y contabilización. Se propone valorizar el trabajo doméstico en salud y el trabajo comunitario en salud, evaluando su valor económico e integrándolos a las cuentas nacionales en salud. Para ello, se propone generar espacios para capturar el dato y luego un mecanismo para su análisis. Una alternativa puede ser incorporar en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica –CASEN– algunas preguntas orientadas a pesquisar y medir el trabajo doméstico en salud. Además, se debiera promover que los centros de investigación aborden estos temas.

5.5.2. Marco político institucional en salud sexual y reproductiva

Ejes del debate: a) Desafíos y oportunidades que ofrece la actual institucionalidad a la promoción de la salud sexual y reproductiva y de los derechos sexuales y reproductivos en la reforma, b) Proyecto Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, y c) Desafíos respecto de la complementariedad de programas sectoriales.

Si bien estos ejes fueron abordados durante la discusión grupal, su distinción fue sólo para fines prácticos en tanto existen interrelaciones entre los tres aspectos.

Los elementos de diagnóstico introducidos en esta mesa dieron cuenta de un conjunto de factores obstaculizadores que operan a través de distintas esferas de la vida social y que son elementos que impiden agendar la promoción de la salud sexual y reproductiva en el proceso de reforma, salvo desde una perspectiva patologizadora y acentuadora de las iniquidades de género.

En un nivel más general se aprecia que los derechos sexuales y reproductivos y por ende la salud sexual y reproductiva no son parte de una visión global de desarrollo desde una perspectiva amplia, aspecto que es coherente con una cultura nacional dominante, y con el contexto latinoamericano, donde la fuerte influencia de la Iglesia y de los sectores conservadores, delimita moralmente las acciones en salud sexual

y reproductiva. Este macrodeterminante cultural habría sido el responsable de la tajante separación entre la salud reproductiva y la salud sexual y del predominio de la atención de la salud materno infantil que no incorpora la participación de los varones. Se ha obviado la construcción de identidades sexuales-sociales-psicológicas, las relaciones de género, la sexualidad, así como su implicancia en diversos grupos y categorías sociales (salud de varones y mujeres, niños, adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores, etnias, discapacitados) y su relación con estados de bienestar general y preservación de la salud más allá de la atención de la planificación familiar o la atención de la patología.

La falta de un enfoque integral de la salud sexual y reproductiva ha contribuido a la vigencia de indicadores que no permiten dar cuenta de conductas y estilos de vida contemporáneos, así como de las nuevas perspectivas y desafíos respecto de este ámbito de la salud.

Se señaló que el desarrollo de un enfoque integral, y por ende multidimensional, en salud sexual y reproductiva, debe ir acompañado de una coordinación multisectorial y de un marco legal e institucional programático de soporte, como lo sería la existencia de una Ley Marco sobre Serechos Sexuales y Reproductivos. La persistencia de una cultura centralista en las instituciones públicas, que le asigna al nivel central la definición de las prioridades, ha conducido a un débil manejo regional y local que atienda a las necesidades específicas del ámbito de acción.

La ausencia de intersectorialidad se enmarca en una cultura que privilegia el trabajo departamental, una de las razones por la cual existe un desarrollo desigual de los programas sectoriales.Asimismo, la falta de apoyo político por parte del Ejecutivo e instituciones como el Ministerio Servicio Nacional de la Mujer y el Ministerio de Salud,[15] parlamentarios oficialistas y de oposición, fue identificada como el principal obstáculo para iniciar siquiera la discusión sobre el proyecto que tras generarse con amplia participación y consentimiento ciu-

15. Es importante aclarar que el proyecto de Ley Marco formulado por actores de la sociedad civil y presentado como una moción parlamentaria en noviembre de 2000 había contado originalmente con apoyo del MINSAL. La agenda SERNAM no contemplaba entonces los temas de salud sexual y reproductiva, siendo coherente con la postura oficial de ese momento. Con el cambio de administración se estaría reviendo esta situación y la agenda estaría abierta a atender temas referidos a los derechos sexuales y reproductivos.

dadano inició sin apoyo el camino en el Parlamento donde aún no se avizora su tramitación.

Paralelamente, la debilidad política respecto del tratamiento de la salud sexual y reproductiva en Chile se traduce en dobles discursos que alimentan las declaraciones de buenas intenciones por un lado, a la vez que la negativa a instalar el debate.

La existencia de una sociedad civil débil, así como el escaso impacto del movimiento de mujeres en Chile han impedido el avance en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, tema que debe ser objeto de un análisis más profundo.[16]

El bajo control social y la falta de profesionales en el sector salud y educación tiene como escenario una determinante sectorialización del tema de la salud sexual y reproductiva, propiciada por el predominio de elementos técnicos y la patologización de este ámbito de la salud.

a. Desafíos y oportunidades que ofrece la actual institucionalidad a la promoción de la salud sexual y reproductiva y de los derechos sexuales y reproductivos en la reforma

- Transversalisar el Plan de Igualdad de Oportunidades promoviendo que la coordinación técnica y política se mantenga en SERNAM.
- Potenciar un proceso de asesoramiento técnico en materia de salud sexual y reproductiva orientada a los mandos intermedios de sectores clave –salud y educación–, que conduzca al desarrollo del enfoque y un rol más activo que se exprese por ejemplo en *advocacy* ante sus superiores.
- Promover programas-proyectos intersectoriales pilotos en salud sexual y reproductiva orientados a construir diálogo con actores regionales.
- Promover la transparencia de los resultados de las evaluaciones de logro de metas y de la administración de recursos asociados a las acciones a favor de la salud sexual y reproductiva contenidos en las conclusiones del Programa de Mejoramiento de la Gestión.

16. Se señalan los importantes logros alcanzados en el último tiempo por las minorías sexuales, lo que plantea la necesidad de buscar nuevas estrategias de *advocacy* que no aborden de manera parcial los derechos sexuales y reproductivos, beneficiando a una parte de los actores involucrados.

- Fortalecer el accionar de la sociedad civil ya sea estimulando el desarrollo de sus capacidades (empoderamiento) desde una perspectiva de derechos y género, potenciando su autonomía, y/u operativizando la participación ciudadana en todos los sectores relacionados. Al respecto se señaló la importancia de potenciar y fortalecer los espacios de *advocacy*, resignificando y fortaleciendo los consejos de desarrollo, impulsando plazas ciudadanas en derechos sexuales y reproductivos en el marco del Plan de Igualdad de Oportunidades, entre otras acciones posibles.
- Proyecto Ley Marco. Difundir entre una amplia gama de actores de la sociedad civil el Proyecto de Ley Marco de Derechos Sexuales y Reproductivos de manera de ampliar su conocimiento y discusión, con el fin de agilizar su tramitación en el Congreso.
- Diversificación de escenarios. Impulsar la discusión del tema y desarrollo del enfoque en diversos escenarios (gobierno, académico, político, social, etcétera), así como acuerdos institucionales para abordarlo de manera integral y en forma coordinada.
- Despatologización de la salud sexual y reproductiva. Revisión de este ámbito de la salud sexual y reproductiva que ponga en evidencia aquellas dimensiones que tienen relación con aspectos conductuales, psicológicos y normativos.
- Registro y nuevos indicadores. La caracterización del estado de situación de la salud sexual y reproductiva junto con la existencia de los indicadores tradicionalmente utilizados, debe responder al estado de situación de los varones y mujeres, con distintas orientaciones sexuales, a lo largo de todo su ciclo de vida. Generación de protocolos de atención de la salud sexual y reproductiva, acorde con estos nuevos requerimientos de información.
- Innovar en currícula de pre y posgrado. A partir de la experiencia de centros de formación en salud sexual y reproductiva, promover la incorporación del enfoque de salud sexual y reproductiva tanto en el ámbito programático como metodológico.

5.5.3. Programas y acciones en salud sexual y reproductiva, y los recursos que involucra

A partir de la pregunta ¿qué requerimientos en términos humanos y financieros se deben considerar al momento de pensar en el desarrollo de programas integrales en salud sexual y reproductiva? y to-

mando en cuenta que la valoración y promoción de la participación ciudadana constituyó un tema transversal, se plantearon los siguientes ejes de reflexión y debate:

a) Marco institucional y normativo que resguarda los programas y acciones en salud sexual y reproductiva y cambio de orientaciones en programas que la abordan.
b) Énfasis en programas de formación de recursos humanos.
c) Generación de registros financieros y transparencia de los gastos y la inversión en salud sexual y reproductiva.

La preocupación por la ausencia y/o debilidad de la vinculación existente en cada una de las dimensiones señaladas como ejes de la discusión fue un aspecto crucial en la reflexión. Se señaló esta situación como una amenaza al buen desempeño e impacto de acciones y programas en materia de salud sexual y reproductiva. Frente a esto surge una primera necesidad de la comunicación, diálogo, transferencia y debate entre el Estado y la sociedad civil. Asimismo, se señala como prioritario al momento de plantear alternativas, acciones y programas integrales en salud sexual y reproductiva.

a. Marco institucional y normativo que resguarda los programas y acciones en salud sexual y reproductiva y cambio de orientaciones en programas que la abordan

La ausencia de un marco legal, así como de un programa que atienda las necesidades de atención de la salud sexual y reproductiva de varones y mujeres a lo largo de todo su ciclo de vida, asienta vacíos que inciden negativamente en el diseño de planes y acciones en este tema. Surge como propuesta inmediata la necesidad de promover acciones conducentes a la institucionalización de los derechos sexuales y reproductivos, ya sea difundiendo, revisando y promoviendo la tramitación del actual proyecto de ley o buscando otras instancias que ofrece la actual reforma. En este caso, introduciendo en el actual proyecto de ley de deberes y derechos de las personas en salud –contenido en el paquete de reformas–, dimensiones contenidas en la propuesta de Ley Marco.

Se valoró –sin discutir su viabilidad– la posibilidad de desarrollar un Programa de Salud Sexual y Reproductiva en MINSAL. Sin em-

bargo, dado el carácter multidimensional del tema se observa como condición necesaria generar alianzas entre el sector de gobierno de educación y de la mujer –por el sector público– con la sociedad civil y el propio Ministerio de Salud.

Respecto de las orientaciones y priorizaciones en las acciones y programas que abordan de manera parcial la salud sexual y reproductiva, se señalaron aspectos clave que debieran ser transversales a todas las acciones en salud desde el punto de vista de las prestaciones. Una de estas orientaciones se refiere a la calidad de la atención, especialmente en relación con la atención humanizada de las personas que buscan atención en salud sexual y reproductiva.[17]

Los grupos que emergen como prioritarios para el desarrollo de acciones en salud sexual y reproductiva son los adolescentes, los varones, los grupos étnicos y sectores empobrecidos. Se propone como orientaciones de los programas en salud sexual y reproductiva lo siguiente:

- Desarrollar acciones orientadas a varones y mujeres, reconociéndolos a ambos como sujetos de atención de su salud sexual y reproductiva (programas de paternidad responsable, prevención y cuidado de tumores en salud sexual y reproductiva, violencia, VIH/SIDA, etcétera).
- Ampliar los horarios de atención y las prestaciones en salud sexual y reproductiva.
- Establecer el Control del Adolescente Sano.
- Enfatizar la implementación de la consejería, principalmente en adolescentes.
- Establecer normas respecto de los estudios, principalmente en adolescentes embarazadas.
- Ampliar acciones de promoción en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva integral que considere superar las trabas culturales, en particular religiosas, que han limitado el abordaje de la sexualidad en el sector salud y educación.

17. "[...] en la medida que nosotros funcionarios/as de los servicios de salud seamos capaces de conocer nuestros derechos y ejercerlos vamos a trabajar mejor con la población y así no vamos a haber matronas, auxiliares, enfermeras y médicos que castigan a la mujer que llega con abortos, que recargan a la adolescente embarazada o avergüenzan al joven que pide un preservativo" (comentario de participante en el diálogo nacional).

- Integrar a la comunidad y a las diversas organizaciones de la sociedad civil en acciones, principalmente de promoción, prevención y de educación en salud sexual y reproductiva.
- Velar por hacer cumplir el derecho a la información, promoviendo no sólo el conocimiento de la oferta en salud, sino el control social de esos programas y acciones.
- Integrar al sector privado en proyectos y acciones a favor de la salud sexual y reproductiva –ISAPRE u otros– a través de procesos de responsabilidad social de la empresa.

b. Énfasis en programas de formación de recursos humanos

En relación con los recursos disponibles para la atención de las acciones en salud sexual y reproductiva, existe consenso en que son insuficientes, tanto en relación con las capacidades de los recursos humanos disponibles, como en la gestión de los recursos financieros. Se propone en tal sentido:

- Ampliar la discusión respecto del rol de las universidades y su aporte al país en el marco de su responsabilidad social, en relación con la salud sexual y reproductiva.
- Propiciar el desarrollo de programas de formación, capacitación y especialización en salud sexual y reproductiva, particularmente dirigidos a matronas y educadoras. Ampliar la temática en la formación en ciencias sociales, administrativas y económicas de pre y posgrado.
- Promover estrategias de capacitación que integren a la comunidad a un circuito de información/conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.

c. Generación de registros financieros y transparencia de los gastos y la inversión en salud sexual y reproductiva

Fue el aspecto menos abordado por los participantes. Dada la dificultad de estimar el gasto en salud según condición específica de financiamiento, se recalcó la necesidad de abordar al menos dos desafíos:

- Generar registros de costos, gasto en inversión en salud sexual y reproductiva y darlos a conocer.

- Transparentar los traspasos del sector público al privado, exigiendo estudios de impacto y calidad de este último sector.

5.5.4. Seguimiento y monitoreo de la reforma

Se señaló un conjunto de parámetros de seguimiento de la reforma con un marco político institucional de soporte, desde una perspectiva de género y con participación ciudadana. Entre éstos:

- Los diagnósticos y objetivos sanitarios incorporan género como macrodeterminante de la salud.
- Los diagnósticos epidemiológicos asumen la violencia de género como un problema de salud pública.
- El género y los derechos humanos transversales en todas políticas de reforma.
- La participación ciudadana en el diagnóstico, el diseño, la negociación, el seguimiento y la evaluación de políticas.
- El monitoreo de políticas desde la sociedad civil y la existencia de la rendición pública de cuentas.
- La legislación protege el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.
- La legislación garantiza la eliminación de todas las iniquidades de género en las ISAPREs.
- El financiamiento de las políticas incorpora el análisis de género.
- La estructura del gasto público en salud (nacional, regional y local) evidencia la aplicación de criterios de género.
- La contabilidad nacional incorpora la producción no remunerada de cuidados de la salud.
- La formación de recursos humanos de salud en género y derechos humanos.

Finalmente, se propuso hacer conocer el presente informe, tanto a los asistentes como a las autoridades de los sectores involucrados, mandos medios, encargados de programas y comisiones asesoras en el proceso de definición de políticas, y hacer extensivo el diálogo en diversos sectores y actores a través de una estrategia de difusión y diseminación de mayor alcance.

Asimismo, se señaló la necesidad de ampliar el diálogo y los esfuerzos de coordinación en la sociedad civil, superando las distinciones entre organizaciones de mujeres y organizaciones sociales, como entre organizaciones de base y organizaciones no gubernamentales, centros de estudios y universidades. Estas últimas fueron llamadas a resignificar su rol y reeditar su tarea de centro abierto al diálogo plural y a aportar al desarrollo nacional en el marco de su responsabilidad social.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA CITADA

Banco Central de Chile: "Síntesis Estadística de Chile 1997-2001", Santiago de Chile, Gerencia de División de Estudios, octubre de 2002.

Bertelsen, R.: "Chile en el derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado", Hernán L. Fuenzalida-Puelma y Susan Scholle Connor (eds.), Publicación científica Nº 509, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1989.

Casas, L.: "Mujeres procesadas por aborto", Santiago de Chile, Foro abierto de salud y derechos reproductivos, 1996.

CCAPP: "Detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar. Región de Antofagasta", Ferrer, M. y Gutiérrez, C., investigadoras. Estudio realizado por la Corporación Centro de Análisis de Políticas Públicas, con el apoyo del Instituto de Asuntos Públicos INAP-Universidad de Chile, Informe Técnico, 2003.

CEPAL/CELADE: "Indicadores para el seguimiento del Programa de Acción de la CIPD", http://stnt01.eclac.cl/cgibin/RG4WebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=ELCAIRO&MAIN=WebServerMain.inl, 2002-2004.

CEPAL: 1998. "Población, salud reproductiva y pobreza. Vigésimo séptimo período de sesiones", Aruba, 11 al 16 de mayo de 1998.

CLADEM: "Guía para un diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos en América Latina", Informe de Chile, 2001.

CONASIDA: "Caracterización epidemiológica del VIH/SIDA en Chile a diciembre del 2001", en www.minsal.cl/iniciativas/Conasida/ conasida.htm, 2001.

CONASIDA: *Boletín epidemiológico semestral del VIH/SIDA*, Serie documentos CONASIDA N° 12, junio de 2000.

Erazo Latorre, Á.: "La seguridad social en salud: visión y rol de FONASA", trabajo presentado en el Seminario Reforma de la Salud en Chile, Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, Valparaíso, mayo de 2002.

Etcheberry, A.: *Derecho Penal, Parte Especial*, Tomo III, Tercera Edición revisada y actualizada, Editorial Jurídica de Chile, 1998.

Ferrer, M.; Gutiérrez, C.; Surawski, A. y Agar, L.: "Salud reproductiva y reforma del sector salud. Informe final", Santiago de Chile, Corporación Centro de Análisis de Políticas Públicas, Universidad de Chile, 2003.

FONASA: Estadísticas Fondo Nacional de Salud, en www.fonasa.cl, 2003.

Frómeta, E.; Gómez, T.; Gutiérrez, C.; Pérez, P. y Vásquez, G.: "Situación de salud en Arica", documento de discusión presentado al Programa Global de Población y Desarrollo Sustentable/FNUAP/ Universidad de Chile, 1999.

Gálvez, T. y Matamala, M. I.: "La economía de la salud y el género en la reforma de salud", en *Género, equidad y reforma de la salud en Chile. Voces y propuestas desde la sociedad civil*, Santiago de Chile, OPS-OMS/MINSAL, 2002.

INE: Censo 2002, Resultados definitivos, en www.ine.cl, 2003.

INE: Censo 2002, Resultados preliminares, en www.ine.cl, 2002.

INE: *Anuario de estadísticas vitales*, 2000.

INJUV: *Segunda Encuesta Nacional de Juventud*, Instituto Nacional de la Juventud, 1997.

Langer, A. y Nigenda, G.: *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades*, ciudad de México, Population Council-Instituto Nacional de Salud Pública-Banco Interamericano de Desarrollo, 2000.

Martínez, J.: La transición demográfica y las diferencias sociales de la fecundidad y la mortalidad infantil en Chile2. Serie Población y Pobreza 1. MIDEPLAN/FNUAP, 1998.

Mayerson, D. *et al*.: "Cáncer invasor del cuello uterino", en Santiago Pérez A., *Ginecología*, citado en Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, 1995.

MIDEPLAN: "Propuesta de políticas para la seguridad social en Chile: componente salud", Unidad de estudios prospectivos/Escuela de Salud Pública-Universidad de Chile, 2000.

MIDEPLAN: "Encuesta de caracterización sociodemográfica (CASEN)", Años 1987, 1990, 1992, 1994, 1996, 1998. 2000, Santiago de Chile, 2000a.

MINGA: "Salud sexual y reproductiva y reforma de salud en Chile. Financiamiento de los sistemas de salud", Santiago de Chile, 2003.

MINGA: "Discriminación de las mujeres en el Sistema de Instituciones de Salud Previsional. Regulación y perspectiva de género en la reforma", elaborado para OPS-OMS por Minga Consultora S.A., serie: Género, equidad y reforma de la salud en Chile, noviembre de 2002.

Ministerio de Hacienda: Ley de Presupuestos del Sector público. Ley 19.774, Santiago de Chile, Ministerio de Hacienda, Dirección de presupuestos, 2002.

Ministerio de Hacienda: "Sistemas de información de respuestas nacionales contra el SIDA: indicadores financieros. Cuentas nacionales. Chile 1999-2000", editor: José A. Izazola Licea, s/f.

MINSAL: "Orientaciones programáticas para la programación local 2002", Santiago de Chile, 2002a.

MINSAL: Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Auge): Construcción de la Propuesta Técnica del Plan de Salud de las Personas Año Base. Tomo II: Fichas Técnicas de los componentes, enfermedades y condiciones de Salud, Santiago de Chile, Secretaría Ejecutiva de la Reforma, junio de 2002b.

MINSAL: "Estadísticas", en www.minsal.cl, 2001.

MINSAL: "Orientaciones para la pesquisa y control del cáncer cérvicouterino", 1998.

MINSAL/INE: "Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud: Línea base promoción de la salud", en www.minsal.cl, 2000.

OPS/OMS: "Chile. Perfil del sistema de servicios de salud. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud", División de desarrollo de sistemas y servicios de salud (versión revisada en abril de 2002), 2002.

OMS: *La salud en las Américas*, Washington, 1996.

Oyarzo, C.; Beteta, E.; Cabezas, M.; Sanhueza, R.: "Evaluación del proceso de reforma del sector público de salud chileno: una experiencia de veinte años", en A. Martinic y H. Corvalán (eds.) *Reformas en educación y salud en América Latina y el Caribe*, CIDE/ ILADES, 1999.

Politoff, S.; Grisolía, F. y Bustos, J.: *Derecho Penal Chileno. Parte Especial. Delitos contra el individuo en sus condiciones físicas*, Santiago de Chile, Encina Ltda., 1971.

Provoste, P. y Berlagoscky, F.: "Modelo de atención y género: las condiciones socioculturales en la reforma de salud en Chile", Proyecto Género, Equidad y Reforma de Salud, Santiago de Chile, OPS/ OMS, 2002.

Revista Chilena de Infectología: "Panorama epidemiológico de la infección por VIH/SIDA en Chile-Año 2001", CONASIDA, 2002.

Schiappacasse, V.; Vidal, P. y Díaz, S.: "Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Chile", Santiago de Chile, ICMER, 1999.

SERNAM/CAPP: "Detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar en Chile", M. Ferrer; C. Gutiérrez y S. Larraín, investigadoras. Estudio realizado por el Centro de Análisis de Políticas Públicas-Universidad de Chile, documento de trabajo, Santiago de Chile, 2002.

SERNAM/CAPP: "Diagnóstico y lineamientos de política pública para la prevención del embarazo no deseado en adolescentes", R. Urzúa; L. Agar; A. Fuentes; M. Ferrer; C. Gutiérrez *et al.*, estudio realizado por el Centro de Análisis de Políticas Públicas (CAPP), 2001.

Toledo, V.: "Perfil de salud de los pueblos indígenas de Chile", Santiago de Chile, OPS/OMS, 1997.

Varios autores: "Propuesta de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos", Casas, L.; Dides, C.; Estradé, L.; Frasca, T.; Hurtado, J.; Magaña, A.; Matamala, M. I.; Maturana, C.; Maynou, P.; Ocampo, H.; Pischedda, G. y Zorrilla, S., 2000.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Abel-Smith, B.: "Contención de costos y reforma del sector salud en países miembros de la OCDE", Centro de Estudios Públicos, 58, 1995.

ACCION: *Aportes de las ONG en Chile*, Santiago de Chile, 2002.

Bernoti, N. *et al*.: Las ONGs de salud en Chile. Una contribución a la estrategia de atención primaria, Santiago de Chile, Prosaps-Corsaps, 1991.

BID: "La carga que representa la mala salud reproductiva en América Latina y el Caribe", en *Notas Técnicas 2*, Unidad de la Mujer en el Desarrollo, 1996.

BID: "Relación entre la mala salud reproductiva y la pobreza en América Latina y el Caribe", en *Notas Técnicas 2*, Unidad de la Mujer en el Desarrollo, 1996.

Castro, R.: "Formato de presentación de programas o problemas de salud para documento de orientaciones para la programación local año 2003", 2002.

CELADE: "América Latina y el Caribe: Estimaciones y Proyecciones de Población. 1950-2050", en *Boletín Demográfico N° 69*, Santiago, Chile, LC/G.2152-P, 2002.

CEPAL: *Panorama Social de América Latina*, Santiago de Chile, 2000.

CEPAL-UNIFEM: *Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe, 1995-2001*, Santiago de Chile, 1995.

Citarella, L.: "La cooperación internacional en Chile en la década de los '90: aproximaciones hacia su historia y perspectivas futuras", EED/EZE, 2002.

CLADEM: "Reporte alternativo al III informe periódico del estado del cumplimiento de la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer por parte del Gobierno de Chile", Corporación La Morada-CLADEM-Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos Santiago-Chile, 1999.

Congreso Nacional: "Paquete de reformas al sector salud". Boletines Cámara de Diputados N° 2947-11; 2980-11, en www.minsal.cl y www.camara.cl . Proyecto que establece un Régimen de Garantías en Salud, Mensaje 1-347, mayo de 2002 e Indicaciones al proyecto, mensaje 084-347, junio de 2002a.

Congreso Nacional: mensaje 086-347, junio de 2002, proyecto que modifica el DL 2763 de 1979, mensaje 81-347, junio de 2002b.

Congreso Nacional: Proyecto de Ley sobre Derechos y Deberes de las Personas en Salud, Mensaje 038-344, mayo de 2001.

Corvalán, H. *et al*.: "Diagnóstico de la salud sexual y reproductiva", Grupo de estudios de salud sexual y reproductiva. División de Promoción de la Salud, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Resultados preliminares, enero de 2003.

Corvalán, H. *et al*.: Salud sexual y reproductiva: un desafío aún pendiente, División de Promoción de la Salud, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 2002.

Corvalán, H.: "Salud reproductiva y sexual", en J. Torres-Goitía (comp.), "La salud, cuestión de Estado", *Reseña de la Primera Conferencia Panamericana de Médicos Parlamentarios*, Santa Cruz, Bolivia, IMPO, octubre de 1997, págs. 173-179.

Faúndez, A.: "Género, salud y políticas públicas. Del binomio madre-hijo a la mujer integral", en *Serie de estudios de casos Nº 15*, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, 1997.

Ferrer, M.: "Las encuestas de hogares en América Latina y el Caribe. Un análisis de cuestionarios recientes", Serie Informes Técnicos Nº 72, Organización Panamericana de la Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Programa de Políticas Públicas y Salud, 2001.

FLACSO-CEDEM: "Índice de Compromiso Cumplido. Un instrumento de control ciudadano para las mujeres", Santiago de Chile, Grupo Iniciativa Mujeres, 2000.

FNUAP-OPS-RSMLAC: "La contribución de las ONG a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en América Latina. Recomendaciones de la sociedad civil para mejorar el seguimiento de los acuerdos de El Cairo y Beijing", Nueva York y Washington, 1998.

FNUAP-OPS-RSMLAC: "Experiencias de colaboración entre las organizaciones no gubernamentales y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) en el área de la salud y los dere- chos sexuales y reproductivos en América Latina (1994-1996)", Washington, 1998.

FORO RED: "El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres", Santiago de Chile, Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, 2002.

FORO RED: "Catastro sobre las iniciativas de la sociedad civil en salud sexual, salud reproductiva y derechos sexuales y reproductivos", Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Santiago-Chile (s/f).

Gobierno de Chile: *Hacia una sexualidad responsable: orientaciones para la acción*, Ministerio de Educación (MINEDUC)-Ministerio de Salud (MINSAL)-Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), 2001.

Gobierno de Chile: "Plan para el fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil", Santiago de Chile, Dirección de Organizaciones Sociales, 2001.

Gobierno de Chile: Chile. Informe Nacional de la implementación del Programa sobre Población y Desarrollo de El Cairo. 1994-1997, 1998.

Gysling, J.: "La investigación social en salud reproductiva en Chile: Panorama al inicio de los '90", Santiago de Chile, PIEG-FLACSO, 1995.

INAP: Informe diagnóstico "La participación social y ciudadanía en salud", realizado para la consultoría "Capacitación y Asistencia Técnica a Políticas y/o Programas Públicos de la Reforma de Salud y Políticas Participativas en Salud", BID-DOS, 2002.
INE: Anuarios de demografía, en www.ine.cl, 1998.
INE: Estadísticas de natalidad y mortalidad, en www.ine.cl, 1999.
INJUV: 2ª Encuesta Nacional de Juventud, Instituto Nacional de la Juventud, 1997.
Larraín, S.: "Participación ciudadana y salud", en *Género, equidad y reforma de la salud en Chile. Voces y propuestas desde la sociedad civil*, OPS-OMS/MINSAL, 2002.
López, S. *et al*.: "Percepción de la calidad de atención en salud de un grupo de mujeres de sectores populares", en *Realidades y desafíos de mujeres que trabajan en salud reproductiva*, 1992.
Marshall, T.: "Participación en salud: lecciones y desafíos", Santiago de Chile, Corsaps, 1990.
Martínez, J.: "Los bolsones de alta fecundidad en Chile y el caso de la población mapuche de la Región de la Araucanía", Serie Población y Pobreza 2, MIDEPLAN/FNUAP, 1998.
Martinic, S. y Bertoni, N.: "La participación social en salud desde el punto de vista de los equipos de salud y los beneficiarios"; en Bertoni, Téllez y Solimano (eds.): *Salud y municipio: aporte desde la investigación*, Santiago de Chile, CORSAPS, 1995.
Matamala, M. I.: "Género, salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el contexto de la reforma", en *Género, equidad y Reforma de la Salud en Chile. Voces y propuestas desde la sociedad civil*, OPS-OMS/MINSAL, 2002.
Matamala, M. I. *et al*.: Calidad de atención y Género. ¿Salud reproductiva de las mujeres?, 1995.
MINSAL: Programa Salud de la Mujer. Objetivos Sanitarios-metas 2010, enero de 2002.
MINSAL: II Congreso Chileno de Promoción de la Salud. Resumen de Trabajo, 2002.
MINSAL: Objetivos sanitarios 2000-2010, 2002.
MINSAL: Transversalización de la perspectiva de género en las políticas de reforma de la salud en Chile, 2001.
MINSAL: El Nuevo Modelo Integral de Atención, 2001.
MINSAL: Indicadores según Servicios de Salud, en www.minsal.cl, 2000.
MINSAL: Orientaciones para la pesquisa y control del cáncer de mama, 1998.
MINSAL: Información Programa Salud de la Mujer y de la Prioridad Nacional de Salud Reproductiva y Sexual, 1998.
MINSAL: Programa Nacional Salud de la Mujer. División Salud de las Personas, 1997.
MINSAL: Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes. División Salud de las Personas, s/f.

MINSAL: Aportes al desarrollo de la participación social en la gestión de salud. Unidad de Participación Social, 1994.
Municipalidad de Cabildo: Plan Comunal de Salud comuna de Cabildo. Departamento de Salud Municipal, 2002.
Naciones Unidas: Cairo, Mexico City and Bucarest. An analitical comparison, 1995.
Naciones Unidas: Plan de Acción de Beijing, 1995.
Naciones Unidas: Plan de Acción de El Cairo, 1994.
Naciones Unidas: Plan de Acción Mundial adoptado en la Conferencia Mundial de Población, Bucarest, 1974.
OPS/OMS: Boletín Epidemiológico, vol. 22, N° 4, diciembre de 2001.
OPS/OMS: "Modalidades de descentralización del sector salud y sus contribuciones a la equidad: elementos fundamentales para la formulación de un marco normativo", Serie Informes Técnicos Nº 76, 2001.
PNUD: Informe de Desarrollo Humano, Santiago de Chile, 2000.
PNUD: Informe de Desarrollo Humano, Santiago de Chile, 1998.
Provoste, P.: "Participación en la Salud Pública: una aproximación de Género", en OPS, OMS y MINSAL *Género, equidad y reforma de la Salud*, cuaderno Nº 2. Santiago de Chile, 2002.
Provoste, P. y Valdés, A.: "Democratización de la gestión municipal y ciudadanía de las mujeres. Sistematización de experiencias Innovadoras", CAPP-FNSP, Santiago de Chile, 2000.
Racynsky, D. y Serrano, C.: "Lineamientos para construir una matriz de indicadores de participación social en programas nacionales participativos, Informe final de consultoría", Asesorías para el desarrollo-CIEPLAN, Santiago de Chile, 1998.
Ramírez, A.: "Situación de la mujer trabajadora en el sistema ISAPRE", Economía y Trabajo en Chile, PET, Informe anual, 1997 y 1998.
RSMLAC: "Los Consensos de El Cairo, Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres", Santiago de Chile, 1998.
Salinas, J. *et al*.: "Espacios Locales y Desarrollo de la Ciudadanía. 30 innovaciones para construir democracia", CAPP-FNSP, Santiago de Chile, 1998.
SEGPRES: Proyecto de Ley Base de Participación, en www.segpres.cl, 2000.
SEGPRES: Instructivo Presidencial Definición de Compromisos de Participación por todos los ministerios a nivel nacional y regional, 2000.
SERNAM/INE: Mujeres chilenas: estadísticas para el nuevo siglo, Santiago de Chile, 2001.
SERNAM: Informe del Gobierno de Chile sobre los compromisos contraídos en la IV Conferencia Mundial de la Mujer, contenidos en la Plataforma de Acción de Beijing, Santiago de Chile, 2000.
SUBDERE: Sistema de Información de la Nación, Subsecretaría de Desarrollo Regional, en www.subdere.cl, s/f.
Superintendencia de ISAPRE: Estadísticas Superintendencia de ISAPRE (SISP), en www.sisp.cl, 2003.

Surawski, A. *et al.*: "Los Caminos que buscamos: 30 innovaciones en el fortalecimiento del espacio Público Local", Centro de Análisis de Políticas Públicas-Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza, 2000.

Szasz, I.: Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno infantil. En curso electrónico Cultura, Salud y Reproducción en América Latina. Foro de Salud Reproductiva, www.hsph.harvard.edu/organizations/healthnet/_spanish/course, 1998.

ANEXO CHILE

ANEXO I. CHILE: PAUTAS TALLER DIÁLOGO

Diálogo Nacional-Chile
Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva
en la Reforma del Sector Salud
Organiza: Instituto de Asuntos Públicos/Universidad de Chile
Patrocinan: OPS/OMS-FNUAP/PNUD-SERNAM-MINSAL
Auspicia: Banco Interamericano de Desarrollo/
Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Lugar: Sala Ignacio Domeyko/Casa Central Universidad de Chile
Fecha: 21 y 22 de agosto de 2003

TALLER
Elaboración de Orientaciones de Política y Recomendaciones
para la Promoción de la Salud Reproductiva en la Reforma
del Sector Salud
Viernes 22 de agosto

Preguntas orientadoras Mesas de trabajo

MESA 1: DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS) Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD

a) ¿Qué oportunidades ofrece la actual reforma en materia de promoción de los derechos sexuales y reproductivos?
b) En el marco del actual proceso de reforma de salud ¿Qué mecanismos deberían instalarse para asegurar la rendición de cuentas en los diferentes niveles institucionales – planeación, implementación, evaluación?
c) ¿Cómo promover la legitimación social e institucional del aporte del sistema doméstico a la promoción y atención de la salud y particularmente de la salud sexual y reproductiva?

MESA N° 2: MARCO POLÍTICO – INSTITUCIONAL EN SALUD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

a) ¿Cuáles son/han sido los principales obstaculizadores para la aprobación del Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos?
b) ¿Qué oportunidades ofrece la actual institucionalidad a la promoción de un enfoque integral de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos?
c) ¿Qué desafíos emergen en materia de complementariedad entre programas sectoriales, para abordar la salud sexual y reproductiva?

MESA N° 3: PROGRAMAS Y ACCIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LOS RECURSOS QUE INVOLUCRA

Se partió de la pregunta ¿Qué requerimientos humanos y financieros se deben considerar para el desarrollo de programas integrales en salud sexual y reproductiva? La valoración y promoción de la participación ciudadana constituyó un tema transversal. Se plantearon los siguientes ejes de reflexión:

a) Marco institucional y normativo que resguarda los programas y acciones en salud sexual y reproductiva y orientaciones en programas que la abordan.
b) Recursos humanos.
c) Registros financieros y transparencia de los gastos y la inversión en salud sexual y reproductiva.

ANEXO II. CHILE

LISTADO DE ASISTENTES AL DIÁLOGO NACIONAL-CHILE 21 Y 22 DE AGOSTO DE 2003

Apellido y nombre	Cargo	Institución	Dirección electrónica
Accorsi, Enrique	Presidente	Congreso Nacional, Cámara Diputados, Comisión Salud	eaccorsi@congreso.cl
Achondo, Trinidad	Jefa	Servicio Salud Metropolitano Norte, Unidad Salud Familiar y Comunitaria	tachondo@ssmn.cl
Agar, Lorenzo	Secretario Ejecutivo	Instituto de Asuntos Públicos	agar@uchile.cl
Aguilar, Gladis	Periodista	Unidad de Gestión Provincial de Salud, Chiloé	gladysa@telsur.cl
Aguilera, Nancy	Delegada	REMOS V Región	
Ahumada, Sandra	Unidad Sexualidad	Departamento de Obstetricia y Ginecología/Hosptital J. J. Aguirre	sahumada@ns.hospital.uchile.cl
Aldunate, Victoria	Encargada	MOSAICO (org. VIH/SIDA)	victorialdunate@hotmail.com
Aliaga, Patricia	Jefa Unidad Sexualidad	Departamento de Obstetricia y Ginecología/Hospital J. J. Aguirre	paliaga@ns.hospital.uchile.cl
Almeida, Celia	Investigadora	Fundación Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil	calmeida@ensp.fiocruz.br
Amaratunga, Carol	Chair	Instituto de Salud de las Poblaciones U Otawa- Estudios de Salud de la Mujer	camaratu@uotawa.ca
Ambrosio, Valeria	Asesora en Género y Políticas Públicas	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD-UNFPA-UNIFEM	valeria.ambrosio@undp.org

Apellido y nombre	Cargo	Institución	Dirección electrónica
Andrade, Elena	Capacitación	Educación para el Mejoramiento de la Calidad de Vida, EDUK	
Araujo, María José	Coordinadora	Ministerio de Salud - Área Técnica de Salud de la Mujer, Brasil	mazearaujo@saude.gov.br
Aravena, Benedicta	Coordinadora Nacional	Foro-Red Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, CHILE	forosalud@forosalud.cl
Araya, Ruth	Matrona	Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Hospital Luis Tisné	
Araya, Rosa	Delegada	VIVO POSITIVO	
Arteaga, Pedro	Asistente	Grupo Estudios de salud sexual y reproductiva, Universidad Central de Chile	pedroarteagaj@terra.cl
Asebal, Elga		Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM	
Atiya, Viviana	Encargada de Comunicaciones	Red de salud y Derechos sexuales y Reproductivos	forosalud@forosalud.cl
Avendaño, Fresia	Delegada	Foro-Red Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, V Región	
Avilés, María Cristina	Funcionaria	Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM	mcaviles@sernam.gov.cl
Ayala, Ana	Matrona Asesora	MINSAL, Programa Salud de la Mujer	aayala@minsal.cl
Barría, María Soledad	Médica	MINGA, Consultores	mbarriab@mi.cl
Berlagoscky, Fanny	Asesora	MINSAL, Unidad Participación	fberlagoscky@minsal.gov.cl
Besnier, Arnaldo	Asistente	Grupo Estudios de salud sexual y reproductiva, Universidad Central de Chile	arnaldojlo@hormail.com

Apellido y nombre	Cargo	Institución	Dirección electrónica
Cáceres, Lilian	Delegada	REMOS V Región	
Calvin, María Eugenia	Encargada Planificación	Fundación Educación Popular en Salud EPES	mecalvin@tutopia.comepes@entelchile.net
Camus, María Olga	Académica	Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Chile	mcamus@machi.med.uchile.cl
Camus, Miriam	Dirigenta	REMOS - Mujeres sin fronteras	mapm1970@hotmail.com
Candia, Bernarda	Delegada	Unión Junta Vecinos V Región	
Cárdenas, Valia	DAP	Servicio Salud Viña Quillota	
Carrarco, Ximena	Asesora DPP	Servicio Salud Llanquihue, Chiloé, Palena (Llanchipal)	xcarrasco@llanchipal
Carrasco, Marina	Investigadora	Universidad Arcis	marinacarrascos@yahoo.com
Carvallo, Ximena	Ayudante de investigación	Programa Género U Academia Humanismo Cristiano	dellia@tutopia.com
Castillo, Roxana	Secretaria ejecutiva	Fundación Educación Popular en Salud EPES	rcastillo_epes@entelchile.net
Castro, René	Jefe	MINSAL, Programa Salud de la Mujer	rcastro@minsal.cl
Castro Santoro, René	Encargado	Programa de la Mujer, MINSAL	rcastro@minsal.cl
Cavalla, Antonio	Asesor Estudios	Ministerio de Salud, MINSAL	acavalla@minsal.cl
Cerón, Esperanza	Coordinadora General	Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe	cogeneral@yahoo.com
Chao, Viviana	Asistente	Grupo de Estudios de salud sexual y reproductiva, Universidad Central de Chile	
Cid, Paulina	Educadora	Fundación Educación Popular en Salud EPES	paucidv@yahoo.com
Corvalán, Hugo	Coordinador Área Salud sexual y reproductiva	Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile	hcorvalan@machi.med.uchile.cl

Apellido y nombre	Cargo	Institución	Dirección electrónica
Covarrubias, Sonia	Educadora	Fundación Educación Popular en Salud EPES	scovarrubias_epes@entelchile.net
Cristi, Andrea	Académica	Universidad de Chile	nenukyta@latinmail.com
De los Reyes, Mónica	Académica	Universidad de Chile	mdlreyes@uchile.cl
Dehnhardt, Karin	Asistente	Grupo Estudios de salud sexual y reproductiva, Universidad Central de Chile	semillitademaldad@hotmail.com
Deliyanis, Vasili	Coordinador	VIVO POSITIVO	vdeliyanis@vivopositivo.org
Díaz, Soledad	Investigadora	Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, ICMER	
Díaz Muñoz, Ana Rita	Investigadora	SIEMPRO	anarita@siempro.com.ar
Dides, Claudia	Investigadora asociada	Intituto Chileno de Medicina Reproductiva-Coporación de Salud y Políticas Sociales	claudiadides@vtr.net
Dobbs, María Cristina	Matrona supervisora	Servicio Salud Concepción	cdobbs@ssconcepción.cl
Espíndola, Rosa	Coordinadora Nacional	Red de salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	forosalud@forosalud.cl
Fernández, Marianela	Delegada	Unión Junta Vecinos V Región	
Fernández, María Bernardita	Asesora DTPS	Servicio Salud Metropolitano Sur	promujer@ssms.cl fbernardita@mi.cl
Fernández, Lautaro	Funcionario	Servicio Salud Metropolitano Sur	lautarofermi@ssms.cl
Ferrada, Rosa	Delegada	Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena, MEMCH	memch@entelchile.cl
Ferrer, Marcela	Académica	Instituto de Asuntos Públicos	maferrer@uchile.cl
Flores, Jacqueline	Delegada	CASA MALEN	
Flores, Talía	Asesora	MINSAL, Secretaría Regional Ministerial Región Metropolitana	tflores@minsal.cl
Fuentes, Jorge	Encargado	Consultorio Valledor 3, Programa de la Mujer	joya@vtr.net <joya@vtr.net>

Apellido y nombre	Cargo	Institución	Dirección electrónica
Gajardo, Mercedes	Presidenta del Grupo Salud Villa Santa Elena	REMOS	mapm1970@hotmail.com
García, Yazmín	Matrona Asesora	Servicio Salud Metropolitano Centro	yg_palacios2003@yahoo.com
García, Yasmín	Matrona	Servicio Salud Metropolitano Norte	
García, Viviana	Encargada	Servicio Salud Metropolitano Norte, Salud Integral del Adolescente	secpromocion@ssmn.cl
Gogna, Mónica	Investigadora titular	CEDES - CONICET	monicag@cedes.org
Gómez, Adriana	Comunicaciones	Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe	redsalud@ctcreuna.cl
González, Cynthia	Programa Servicio País	Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza	longavi@fundacionpobreza.cl
González, Cinthia	Asistente social	Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza, Longaví	longavi@fundacionpobreza.cl
Gutiérrez, María Elena	Supervisora	Servicio Salud Osorno, Programa Salud de la Mujer	mater.hbo@sso.cl
Hirane, Bernardita	Asistente	Grupo Estudios de salud sexual y reproductiva	bernarditahirane@hotmail.com
Honorato, Claudia	Coordinadora de investigación	Corporación Chilena de Prevención del SIDA	chilaids@cchps.tie.cl
Ibaceta, María	Coordinadora de la Carrera de Obstetricia	Universidad de Valparaíso	maria.ibaceta@uv.cl
Ibarra, Nora	Directora Ejecutiva	Asociación Chilena de Protección de la Familia, APROFA	aprofa@aprofa.cl

Apellido y nombre	Cargo	Institución	Dirección electrónica
Inostroza, Rosa	Asesora	Servicio Salud Metropolitano Centro	
Jiménez, Gonzalo	Área Comunitaria	Educación para el Mejoramiento de la Calidad de Vida, EDUK	eduk@eduk.tie.cl
Kleincsek, Magdalena	Directora	Educación para el Mejoramiento de la Calidad de Vida, EDUK	magdalenakleincsek@yahoo.com
Lamadrid, Silvia	Unidad Mujer, Familia y Calidad de Vida	Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM	slamadrid@sernam.gov.cl
Landaeta, Romané	Docente	Universidad Diego Portales	manelandaeta@hotmail.com
Lemyre, Louise	Chair	Instituto de Salud de las Poblaciones U Otawa- de Área Investigación en Aspectos Psicosociales del Riesgo en Salud	llemyre@uotawa.ca
Leyton, Elayne	Presidenta	Agrupación de Personas viviendo con VIH/SIDA	eleyton@sernam.gov.cl
Leyton, Carmen	Jefa	SERNAM, Área Mujer, Familia y Calidad de Vida	cleyton@sernam.cl
López, Carmen	Encargada Adolescencia	MINSAL, Programa Salud del Adolescente	clopez@minsal.gov.cl
Martínez, Andrea	Directora	Instituto de Estudios de las Mujeres, Universidad de Ottawa	martinez@uotawa.ca
Martinolli, Patricia	Delegada	Colegio de Psicólogos de Chile	p_martinoli@yahoo.com.ar
Matamala, María Isabel	Coordinadora Proyecto	OPS/OMS	matamala@chi.ops-oms.org
Maturana, Camila	Coordinadora Monitoreo CIPD Chile	Foro-Red Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos-CHILE	cmk@vtr.net forosalud@forosalud.cl
Maureira, Mónica		Fundación Instituto de la Mujer	mmaureira@insmujer.cl
Medici, Andre	Economista Senior en Salud	Banco Interamericano de Desarrollo, División de Desarrollo Social	andrem@iadb.org

Apellido y nombre	Cargo	Institución	Dirección electrónica
Mercer, Raúl	Investigador	CONSULTOR	merces@netverk.com.ar
Molina, Ramiro	Profesor titular	Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, CEMERA	cemera@uchile.cl
Monsalves, María Isabel	Investigadora	Instituto de Asuntos Públicos	mmonsalv@uchile.cl
Montaner, María Gloria	Encargada Educación	Educación para el Mejoramiento de la Calidad de Vida, EDUK	
Mora, Juana		Asociación Chilena de Protección de la Familia, APROFA	juanamoralara@hotmail.com
Muñoz, Mónica	Delegada	CASA MALEN	monipauly@hotmail.com
Muñoz, M. Graciela	Asesora	MINSAL, Departamento de Atención Primaria	mmunoz@minsal.cl
Narvai, Rosa	Consejera	Unidos por la Vida Belona	narvai1960@hotmail.com
Navarro, Miguel	Asesor del Equipo Reforma	MINSAL, Equipo Reforma Salud	
Niemhuser, Germán	Delegado	VIVO POSITIVO	gnienhuser@vivopositivo.org
Norambuena, Victoria	Encagada	Servicio Salud Osorno, Programa Mujer	pmujer@sso.cl
Nuñez, Patricia		Universidad Complutense	patitanz@hotmail.com
Olavarría, José	Profesor - Investigador	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile	jolavarr@flacso.cl
Oñate, Silvia	Delegada	Centro de Padres, Viña del Mar (REMOS)	
Orrego, Jkarin	Sistema Referencial	Educación para el Mejoramiento de la Calidad de Vida, EDUK	orregok@hotmail.com
Ortiz, Paula	Encargada de Campañas	Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe	camprsmlac@redsalud.tie.cl

Apellido y nombre	Cargo	Institución	Dirección electrónica
Oxman, María	Dirigenta	Asociación Nacional de Usuarios de Salud Privada, ANADEUS	
Padilla, Claudia	Asesora	MINSAL, Unidad Salud y Pueblos Indígenas	cpadilla@minsal.cl
Palma, Irma	Coordinadora	Proyecto FONDEFF, Universidad de Chile	ipalma@uchile.cl
Pardo, Ana	Encargada Comunal	Consultorio Lo Valledor 3. Programa Promoción de la Salud	joya@vtr.net <joya@vtr.net>
Paredes, Mónica	Sistema Referencial	Educación para el Mejoramiento de la Calidad de Vida, EDUK	moneparedes@hotmail.com
Pefaur, Patricio	Capacitación	Educación para el Mejoramiento de la Calidad de Vida, EDUK	eduk@eduk.tie.cl
Pérez, Cecilia	Ministra	Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM	fossandon@sernam.gov.cl
Pérez Revecco, Marta	Representante (APRUS)	Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Hospital Luis Tisné	
Pessoa, Sylvia	Académica División de Política y Gestión	Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile	spessoa@machi.med.uchile.cl
Pichulmán, Ana	Presidenta	REMOS	mapm1970@hotmail.com
Planet, Pilar	Encargada del Área ETS	MINSAL, División Rectoría y Regulación, CONASIDA	pplanet@minsal.cl
Provoste, Patricia	Investigadora	Hexagrama	patypro@ctcreuna.cl
Rebolledo, Hugo	Matrón UGPS, Chiloé	Unidad de Gestión Provincial de Salud, Chiloé	mechuque@telsur.clhrebolledo@telsur.cl
Reyes, Andrea	Unidad Mujer, Familia y Calidad de Vida	Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM	areyes@sernam.gov.cl

Apellido y nombre	Cargo	Institución	Dirección electrónica
Riquelme, Karen	Encargada de Desarrollo Comunitario	Educación para el Mejoramiento de la Calidad de Vida, EDUK	kriquelme@esfera.cl
Riveros, María Elena	Investigadora en salud sexual y reproductiva	Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile	mriveros@machi.med.uchile.cl
Rodríguez, Hernán	Académico	Facultad de Médicina, Universidad de Chile	hrodrigu@machi.med.uchile.cl
Rojas, Margarira	Asistente	Servicio de Salud Osorno, Hospital Base Osorno, Programa Salud de la Mujer	ssocial.hbo@sso.cl
Rojas Cuéllar, Norma	Dirigenta	Asociación Nacional de Usuarios de Salud Privada, ANADEUS	
Román, Anita	Dirigenta Encargada Departamento Género	Federación Nacional de Profesionales Universitarios de Servicios de Salud, FENPRUSS	anitarom@mi.terra.cl
Román, Manuela	Encargada	Servicio de Salud Aconcagua, Programa Salud de la Mujer	dirprodps@ssaconcagua.cl
Salinas, Clara	Matrona	Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Hospital Luis Tisné	clarasalinas@esfera.cl
San Martín, Cristina	Encargada de estudios	Universidad Arcis	csanmartin@universidadarcis.cl
Sánchez, Sergio	Investigador	Escuela Salud Pública, Universidad de Chile	
Sánchez Cortés, Gilda	Directora	Consultorio Con Con	gsc_salud@hotmail.com
Schiappacasse, Verónica	Coordinadora	Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, ICMER	vschiappa@icmer.org
Segovia, Ivelice	Encargada	Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Hospital Luis Tisné	isegovia@ssvq.cl
Serani, Fanny	Académica	Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile	fserani@machi.med.uchile.cl

Apellido y nombre	Cargo	Institución	Dirección electrónica
Silva, Jacqueline	Presidenta	Agrupación de Personas con VIH/SIDA Axion humana	pulgitar@hotmail.com
Silva, Polette	Delegada	Colegio de Psicólogos de Chile	polettesilva@hotmail.com
Tchernitchin, Andrei	Presidente	Colegio Médico de Chile, Comisión de Medioambiente	atcherni@machi.med.uchile.cl
Tijeros, Marcia	Investigadora	Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, ICMER	
Torres, Edgardo	Profesor titular	APROFA, Universidad de Chile, UTEM	torreti@hotmail.com
Torres, María Soledad	Médica	Hospital Clínico, Universidad de Chile	soledad@fatoga.cl
Tossi, Rodrigo	Coordinador Área Prevención	VIVO POSITIVO	prevenion@vivopositivo.orgrodrigo_tossi@hotmail.com
Troncoso, Gaby	Matrona	Servicio Salud Viña Quillota/Dirección Atención Primaria, Petorca SSQV	areapetorca@ssvq.cl
Urrutia, Anita	Coordinadora Regional	Red Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, X Región	forodecima@hotmail.comhuerfi@hotmail.com
Valdebenito, Mireya	Tesista	Universidad de Chile	mireya_valdebenito@hotmail.com
Valdés, Alejandra	Investigadora	Instituto de Asuntos Públicos	alejandravaldes@vtr.net
Valenzuela, Ana	Presidenta	Presidenta Junta de Vecinos V Región	
Valenzuela, Sandra	Académica Fac Medicina	Universidad de Concepción	svalenzu@ude.cl
Valls, María Gabriela	Directora Proyectos	Análisis y Desarrollo Consultores	gvalls@ayd.cl
Vásquez, María Elena	Trabajo Clínico	VIVO POSITIVO	psicovasquez@123mail.cl
Vejar, Omar	Director	Unidad de Gestión Provincial de Salud Chiloé	ugps@telsur.cl
Verdugo, Angélica	Jefa	MINSAL, Unidad de Gestión de Atención primaria. Depto Atención Primaria	averdugo@minsal.cl
Vidal, Francisco	Área de Estudios	VIVO POSITIVO, Universidad ARCIS	franciscovidal@vtr.netrpascal@vivopositivo.org
Vilches, Ana	Delegada	Organización Unidos por la Vida, Hospital del Salvador	agrupacionporlavida@hotmail.com
Vivallo, Paola	Representante	Unidad de Gestión Provincial Chiloé	
Watkins, Nancy	Psicóloga	Oficina Protección de Derechos	nancywatkins@vtr.net
Zavala, Ximena	Directora	Fundación Instituto de la Mujer	xzavala@insmujer.cl
Zorrila, Sergio	Investigador	Facultad de Ciencias Médicas, Programa Bioética, Universidad de Santiago	zorrilla@123.cl

ANEXO III. CHILE: DATOS ESTADÍSTICOS

Población

CUADRO 1
POBLACIÓN TOTAL, POR REGIÓN
CHILE. 2002

Región	Población total
Total país	15.116.435
I	428.594
II	493.984
II	254.336
IV	603.210
V	1.539.852
VI	780.627
VII	908.097
VIII	1.861.562
IX	869.535
X	1.073.135
XI	91.492
XII	150.826
Región Metropolitana de Santiago	6.061.185

Fuente: INE: Censo 2002.

CUADRO 2
EVOLUCIÓN DE LA POBREZA Y LA INDIGENCIA
CHILE. 1990-2000

Año	Pobres no indigentes %	Indigentes %
1990	25,7	12,9
1992	23,8	8,8
1994	19,9	7,6
1996	17,4	5,8
1998	16,1	5,6
2000	14,9	5,7

Fuente: MIDEPLAN, CASEN, 2000.

Perfil epidemiológico

CUADRO 3
EVOLUCIÓN TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD
CHILE. 1980-2005

Período	Tasa global de fecundidad
1980-1985	2,7
1985-1990	2,7
1990-1995	2,5
1995-2000	2,4
2000-2005	2,4

Fuente: INE/CELADE: "CHILE: Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad. Total país. 1950-2050", en www.ine.cl.

CUADRO 4
TASA DE FECUNDIDAD DE MUJERES MENORES DE VEINTIÚN AÑOS
POR 1.000 NACIDOS VIVOS, SEGÚN REGIÓN
CHILE. 1998

Región	Tasa de fecundidad
Total país	42,2
I	59,7
II	62,4
III	42,4
IV	52,3
V	46,6
VI	46,7
VII	49,4
VIII	43,1
IX	47,7
X	51,0
XI	52,9
XII	41,4
Región Metropolitana de Santiago	45,0

Fuente: INE: *Enfoques Estadísticos de Fecundidad*, octubre de 2000.

CUADRO 5
TASA DE FECUNDIDAD DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS
POR 1.000 NACIDOS VIVOS
CHILE. 1980-2000

Año	Tasa de fecundidad
1980	64,9
1990	66,1
1999	64,9
2000	64,1

Fuente: INE: *Anuario de estadísticas vitales*, 2000.

CUADRO 6
EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y POR ABORTO
CHILE. 1960-1999

Años	Muertes maternas		Muertes por aborto[2]		
	N	Tasa[1]	N	Tasa[1]	%[3]
1960	845	29,9	302	10,7	35,7
1970	439	16,8	185	7,1	42,1
1980	185	7,3	71	2,8	38,4
1990	123	4,0	23	1,3	18,7
1994	73	2,6	19	0,69	26,0
1995	86	3,23	20	0,75	23,3
1996	63	2,38	14	0,53	22,2
1997	61	2,35	12	0,46	19,7
1998	55	2,14	14	0,54	25,5
1999	60	2,39	5	0,2	8,3
1994-1999	398		84		21,1

Notas: 1. Tasa por 10 mil nacidos vivos.
2. Casos subestimados en virtud de la penalización del aborto en Chile.
3. Porcentaje respecto del total de muertes maternas.
Fuente: INE: *Anuarios demográficos*.

CUADRO 7
MORTALIDAD MATERNA SEGÚN CAUSAS
CHILE. 1994-1999

Causas[1]	Casos	Porcentaje
Causas obstétricas directas	91	22,9
Hipertensión gestacional	89	22,4
Aborto	84	21,1
Causas obstétricas indirectas	69	17,3
Hemorragias	33	8,3
Complicaciones puerperio	25	6,3
Infecciones	5	1,3
Parto obstruido	2	0,5
Total 1994-1999	398	100,0

Nota: 1. Clasificación de causas de muerte materna aplicada en Monitoreo Regional del PA CIPD, 1994.
Fuente: INE: *Anuarios demográficos*.

CUADRO 8
MUERTES MATERNAS SEGÚN EDAD
CHILE. 1994-1998

Edad	1994		1995		1996		1997		1998	
	Nº	Tasa[1]	Nº	Tasa[1]	Nº	Tasa[1]	Nº	Tasa[1]	Nº	Tasa[1]
< 15	0	0	1	9,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15-19	7	1,8	5	1,3	7	1,8	3	0,7	3	0,7
20-34	47	2,3	51	2,6	37	1,9	45	2,4	35	1,9
> 35	19	5,9	29	8,8	19	5,6	13	3,7	17	4,8
Total	73	2,5	86	3,1	63	2,3	61	2,2	55	2,0

Nota: 1. Tasa por 1.000 nacidos vivos.
Fuente: INE: *Anuarios demográficos*.

CUADRO 9
MUERTES MATERNAS POR ABORTO, SEGÚN EDAD
CHILE. 1994-1999

Edad Años	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
1994	0	3	2	5	4	2	3	0	19
1995	1	1	3	3	4	7	0	1	20
1996	0	0	5	0	5	4	0	0	14
1997	0	1	3	6	1	1	0	0	12
1998	0	0	0	1	7	5	0	1	14
1999	0	0	1	1	1	1	1	0	5
Total	1	5	14	16	22	20	4	2	84

Fuente: INE: *Anuarios demográficos*.

CUADRO 10
HOSPITALIZACIONES POR ABORTO. EGRESOS HOSPITALARIOS POR ABORTO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD
CHILE. 1960-1996

Grupos de edad	1960		1981		1988		1991		1996	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	57.368	100	43.792	100	45.041	100	43.297	100	36.709	100
5-9	-	-	-	-	-	-	4	0,009	-	-
10-14	332	0,6	124	0,3	136	0,3	143	0,3	186	0,5
15-19	5.734	10,0	4.621	10,6	4.062	9,0	-	-	-	-
20-24	14.004	24,4	12.431	28,4	11.158	24,8	13.125	30,3	10.912	29,7
25-34	25.074	43,7	19.802	45,2	21.412	47,5	20.905	48,3	16.421	44,7
35-44	11.115	19,4	6.487	14,8	7.785	17,3	8.764	20,2	8.825	24,0
45 y +	992	1,7	327	0,7	488	1,1	356	0,8	365	1,0
Ignorado	117	0,2	-	0,0	-	-	-		-	-

Fuente: SERNAM/INE, 2001.

CUADRO 11
TENDENCIA ANUAL DE LOS ENFERMOS DE SIDA
Y DE LOS VIH POSITIVOS NOTIFICADOS SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO[1]
CHILE. 1984-2001

Año	Total por año		Tasa de incidencia[2]	
	SIDA	VIH	SIDA	VIH
1984	6	0	0,05	0,00
1985	10	1	0,08	0,01
1986	20	6	0,16	0,05
1987	39	24	0,31	0,19
1988	59	45	0,47	0,36
1989	79	75	0,61	0,58
1990	147	114	1,12	0,87
1991	178	194	1,34	1,46
1992	201	221	1,48	1,63
1993	246	259	1,79	1,88
1994	318	277	2,27	1,98
1995	351	337	2,47	2,37
1996	427	474	2,96	3,29
1997	551	524	3,77	3,58
1998	491	578	3,31	3,90
1999	548	681	3,65	4,53
2000[3]	522	760	3,43	5,00
2001[3]	556	706	3,61	4,58
Total	4.749	5.276	34,8	38,63

Notas: 1. Información al 31 de diciembre de 2001.
2. Tasa por 100.000 habitantes. Proyecciones de población INE, Censo 1992.
3. Cifra preliminar debido a la latencia de la notificación.
Fuente: CONASIDA-MINSAL, 2002, págs. 245-261.

CUADRO 12
RAZÓN HOMBRE/MUJER DE ENFERMOS DE SIDA NOTIFICADOS[1]
CHILE. 1990-2000

Año	Razón hombre/mujer
1990	28,4
1991	15,1
1992	9
1993	15,4
1994	9,5
1995	8,5
1996	7,6
1997	8,4
1998[2]	7,2
1999[2]	5,8
2000[2]	10,8

Notas: 1. Información al 30 de junio de 2000.
2. Cifra preliminar debido a la latencia de la notificación.
Fuente: CONASIDA: *Boletín epidemiológico semestral del VIH/SIDA*, Serie documentos CONASIDA Nº 12, junio de 2000.

CUADRO 13
CASOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
(NO INCLUYE VIH/SIDA), SEGÚN SEXO
CHILE. 1990 Y 1999

Sexo	1990		1999		% disminución
	Casos	%	Casos	%	en período
Total	12.575	100,0	2.152	100,0	-82,9
Hombre	8.307	66,0	885	41,1	-89,3
Mujer	4.268	34,0	1.267	58,8	-70,3

Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Estadística.

Cobertura y equidad

CUADRO 14
DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN SEGÚN SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD
CHILE. 1990-2000

Tipo de cobertura	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Público	67,6	62,6	63,4	59,6	61,9	66,5
FF.AA.	2,5	2,7	2,7	3,1	2,9	3,1
ISAPRE	15,1	20	23,7	24,7	23	19,8
Particular	12	12,3	8	11	10,9	9,7
Otro sistema	1,5	0,8	0,9	0,5	0,3	0,4
No sabe	1,4	1,6	1,3	1	0,9	0,6

Fuente. MIDEPLAN, CASEN, 2000.

CUADRO 15
POBLACIÓN POR QUINTIL DE INGRESO AUTÓNOMO REGIONAL,
SEGÚN SISTEMA PROVISIONAL DE SALUD[1]
CHILE. 2000

Tipo de cobertura	Quintil nacional					
	I	II	III	IV	V	Total
	%	%	%	%	%	%
Sistema público	87,5	80,1	67,0	53,4	29,6	66,4
FF.AA.	0,5	1,6	4,4	5,6	4,8	3,1
Isapre	3,1	7,8	17,6	29,5	54,2	19,9
Particular	8,5	9,7	10,0	10,3	10,4	9,7
Otro sistema	0,1	0,3	0,3	0,6	0,6	0,4
No sabe, No responde	0,4	0,6	0,7	0,6	0,4	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: 1. Se excluye servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar.
Fuente: MIDEPLAN, CASEN, 2000.

CUADRO 16
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR SEXO SEGÚN SISTEMA PREVISIONAL
(EN PORCENTAJES)
CHILE. 2000

Tipo de cobertura	Mujer	Hombre
Público	69,1	63,7
ISAPRE	19,2	20,5
Particular y otros	11,7	15,7

Fuente. MIDEPLAN, CASEN, 2000.

CUADRO 17
POBLACIÓN SEGÚN SISTEMA PREVISIONAL, POR TRAMO DE EDAD
CHILE. 1998

Tramo	Público	FF.AA.	Isapre	Particulares	Otro	No sabe	Total
< 1	66,4	2,3	24,7	5,9	0,0	0,7	100,0
1-4	65,3	2,6	24,6	6,8	0,2	0,5	100,0
5-14	64,4	2,6	23,7	8,4	0,3	0,6	100,0
15-24	58,3	2,7	22,4	14,8	0,4	1,3	100,0
25-49	56,5	2,5	27,2	12,5	0,3	1,1	100,0
50-64	65,0	3,8	19,4	10,7	0,4	0,7	100,0
65 y +	80,4	5,7	6,7	5,9	0,5	0,7	100,0
TOTAL	61,9	3,0	23,1	10,9	0,3	0,9	100,0

Fuente. MIDEPLAN, CASEN, 1998.

Financiamiento

CUADRO 18
INDICADORES FINANCIEROS DEL SISTEMA ISAPRE[1]
CHILE. 1997-2001

Variables	Años				
	1997	1998	1999	2000	2001
Ingresos operacionales anuales (millones de pesos)	669.382	694.725	683.912	684.664	702.612
Costos operacionales anuales (millones de pesos)	538.719	563.542	556.058	557.170	586.795
Tasa de siniestralidad (%)[2]	80,5	81,1	81,3	81,4	83,5
Ingreso operacional anual promedio por beneficiario (pesos)	173.392	182.051	197.788	213.635	233.957
Costo operacional anual por beneficiario (pesos)	139.546	147.675	160.813	173.853	195.392
Gastos de adm. y ventas anual por beneficiario (pesos)	32.918	34.424	38.130	37.919	37.294

Notas: 1. Cifras monetarias en pesos de diciembre 2001.
2. Tasa de siniestralidad = costo operacional/ingreso operacional.
Fuente: Superintendencia de ISAPRE.

CUADRO 19
INDICADORES FINANCIEROS DEL SISTEMA PÚBLICO
CHILE. 1999-2001
(EN PESOS AÑO 2001)

Indicadores	1999	2000	2001
Gasto en prestaciones por beneficiario del Sistema Público de Salud	101.043	101.035	107.297
Gasto en administración por beneficiario del Sistema Público de Salud	1.398	1.259	1.276
Gasto en bienes públicos per cápita[1]	7.832	5.647	6.009
Gasto total por beneficiario del sistema público de salud	110.273	107.942	114.582
Gasto público en salud como % del PBI[2]	3,13	3,10	3,25
Gasto fiscal en salud como % del PBI (incluido en anterior)	1,70	1,68	1,76

Notas: 1. Considera el programa nacional de alimentación complementaria, vacunaciones, campañas sanitarias y auxilios extraordinarios, prestaciones ambientales y subsidio de reposo maternal. En su deducción contempla toda la población nacional.
2. No incluye el gasto municipal directo ni el gasto de Fuerzas Armadas, también públicos.
Fuente: FONASA.

CUADRO 20
COBERTURA PNAC[1] EN EMBARAZADAS,
POR QUINTIL DE INGRESO AUTÓNOMO
CHILE. 2000

	Porcentaje cobertura
I	81,4
II	80,3
III	72,2
IV	51,4
V	17,2

Nota: 1. PNAC: Programa Nacional de Alimentación Complementaria, entregado a menores de seis años y embarazadas bajo control.
Fuente: MIDEPLAN, CASEN, 2000.

REFLEXIONES FINALES

Los análisis presentados en los estudios de casos y las conclusiones y recomendaciones de los diálogos nacionales de la Argentina y Chile incorporan la visión de los actores locales y aportan valiosos elementos para una evaluación de las potencialidades que ofrecen los procesos de reforma sectorial en estos países para avanzar hacia la plena vigencia de los derechos sexuales y reproductivos.

La interpelación a los objetivos de las reformas del sector salud desde una visión que sustenta el derecho de varones y mujeres a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y de tomar decisiones libres e informadas respecto de la reproducción, implicó un estimulante desafío, tanto para la elaboración de los análisis de estos procesos que en cada país sirvieron de base al diálogo, como para las instituciones y personas convocadas a participar. Metas comunes a las reformas, como las de alcanzar mayor acceso de la población a los servicios de salud y mejorar la calidad de los servicios brindados, tuvieron una traducción concreta en términos de necesidades y demandas específicas, cuya satisfacción se constituye en requisito para hacer efectivos los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina y Chile.

La amplia respuesta a la convocatoria al diálogo –observada tanto en Chile como en la Argentina– puso en evidencia la apertura y disposición para la construcción de consensos que existe entre muchos de los actores institucionales con responsabilidad en la toma de decisiones a nivel de gobierno y de la sociedad civil. El compromiso con

el que se asumió la participación en las jornadas del diálogo puede ser considerado un indicador de la oportunidad que representó la propuesta del diálogo al ofrecer un espacio de encuentro y debate.

Diferentes factores contribuyeron para que la salud sexual y reproductiva fuera históricamente postergada en las consideraciones de política pública en ambos países. En la Argentina durante mucho tiempo primó la falta de voluntad política y de interés por la comprensión de esta problemática. Por otra parte, la temprana transición demográfica experimentada y el alto nivel económico, en términos comparativos con otros países de la región, excluyeron al país de la agenda de las agencias preocupadas por la temática de natalidad y le asignaron baja prioridad a los programas de asistencia y a la cooperación técnica internacional, situación que la coyuntura de la crisis por la que ha atravesado el país en los últimos años tendió a revertir. Ello, junto con una decisión política que desde el gobierno promueve un rol muy activo en esta área, plantea una singular circunstancia para avanzar en este terreno. En Chile, en tanto, los importantes logros alcanzados en materia de salud materna e infantil, con la baja sostenida de la mortalidad y de la fecundidad en las últimas décadas, fundamentaron una postura centrada en la madre y el niño, desplazando el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como ámbito de la salud de varones y mujeres en las diferentes etapas de la vida y desde una perspectiva de género.

Un rasgo que ha sido destacado en ambos países y que incide en la instalación del tema en la agenda pública, se refiere a la escasa presencia y debilidad institucional de las organizaciones de la sociedad civil en este campo. En la Argentina, los distintos niveles de gobierno apelan a su aporte en los diseños programáticos, sin que ello signifique apoyo para su fortalecimiento. El desarrollo de las organizaciones de la sociedad civil se vio favorecido y su labor visibilizada por su inclusión en el diseño y ejecución de proyectos sociales promovidos por los organismos multilaterales de crédito, sin embargo dada la escasa consolidación de metodologías de intervención que las incorporen en las políticas sociales, su rol en este campo debe aún ser fortalecido. En el caso de Chile, la participación de las organizaciones de la sociedad civil se ha centrado en la promoción de derechos y en el seguimiento y monitoreo del cumplimiento de acuerdos en este campo. Estas organizaciones tuvieron un rol decisivo en la promulgación de la Ley de Sida y en la presentación del Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Si bien existe consenso sobre la necesidad de su participación, no está claro cuál es el rol que se le asigna. La indagación sobre el papel que cumplen en los casos analizados ha permitido explorar las potencialidades de su contribución.

Por otra parte, en ambos países emerge una nueva consideración de la salud sexual y reproductiva, aunque los avances no son lineales y se registra una brecha entre los desarrollos conceptuales y las visiones que se promueven desde grupos que buscan tener influencia en las decisiones en este campo y la definición de políticas públicas. Al respecto, no se ha logrado legitimar la salud sexual como un componente de la salud global del individuo, lo que se expresa en la vigencia de un abordaje que enfatiza lo patológico por sobre la búsqueda del bienestar, un concepto de sexualidad socialmente arraigado que supedita la sexualidad a una lógica reproductiva y en la persistencia de sesgos etarios, de género, de opciones sexuales, de tipo de familia. Si bien se abren espacios para la reflexión y la acción en torno al tema de sexualidad, son aún fuertes las influencias que, desde la cultura y la religión, pugnan por invisibilizar los temas referidos a los derechos sexuales y reproductivos.

En la Argentina, la definición de un marco jurídico en la Ciudad de Buenos Aires y en la mayoría de las provincias y la reciente sanción de la Ley de Salud Reproductiva a nivel nacional dan sustento a las acciones en esta área. La legislación que avale la acción en este campo aparece como un requisito dentro de la cultura institucional del país, aunque no siempre vaya acompañada de los instrumentos requeridos para concretar las medidas que se proponen. A partir de esta legislación han cobrado nuevo impulso las actividades de los programas provinciales de salud reproductiva y han sido respaldadas las acciones desarrolladas en provincias que no cuentan con un instrumento legal de apoyo.

En Chile, las políticas sanitarias fueron dando curso a programas y acciones que incorporaron –aunque de manera muy parcial– la oportunidad de la atención de la salud sexual y reproductiva. Ejemplo de ello lo constituye el Programa de Salud de la Mujer, continuador del Programa de salud materno infantil, que establece explícitamente en sus orientaciones programáticas la atención de las patologías relacionadas con la salud sexual y reproductiva, aunque se basa fundamentalmente en el reconocimiento de la responsabilidad de la mujer en el proceso reproductivo, sin incorporar una perspectiva de derechos y

sin evidenciar una mirada de género. En el campo legislativo se destaca la baja prioridad otorgada al proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, a la vez que una serie de iniciativas de carácter legal y reglamentario tienden a reafirmar en el derecho interno la protección de los derechos sexuales y reproductivos, en particular en lo relacionado con los delitos contra la libertad sexual, el aborto, la planificación familiar, el embarazo adolescente y el VIH/SIDA.

Las características y los alcances de las reformas al sistema de salud se vinculan al marco institucional vigente en cada país. De tal manera, instrumentos comunes propuestos a partir de la década de los ochenta, como la descentralización, la privatización y la focalización, que ambos países asumieron, adquieren rasgos disímiles y ofrecen oportunidades diferentes en cada país para la consideración de la salud sexual y reproductiva.

Las reformas al sector salud encaradas en Chile a partir de la década de los ochenta fueron pioneras en la región y constituyeron un modelo de aplicación de las estrategias diseñadas por los organismos de financiamiento internacional. De manera común, en ambos países la descentralización estuvo signada por el imperativo de reducir el gasto público en salud y de transferir responsabilidades de los niveles centrales a los locales.

En la Argentina, en la medida que la descentralización implica una mayor soberanía por parte de las provincias en la toma de decisiones, también representa una oportunidad para la promoción de la salud sexual y reproductiva en tanto favorece el debate local sobre la prioridad del tema en la definición de políticas, a partir del cual se han generado iniciativas que precedieron a las asumidas a nivel central. Sin embargo, dadas las limitaciones financieras que este proceso pone en evidencia, las provincias no siempre pueden incorporar de manera eficiente los consensos sociales sobre la necesidad de una intervención sistemática en esta materia.

Desde el diseño institucional, una fuerte limitación se plantea en el caso de la Argentina por la existencia de una multiplicidad de programas y jurisdicciones con competencias sobre la salud sexual y reproductiva. El escaso nivel de articulación, las diferencias de enfoque, la existencia de estructuras paralelas y la superposición de funciones atentan contra el uso eficiente y equitativo de fondos, generalmente insuficientes. La reforma sectorial no ha logrado resolver este problema estructural del sistema de atención argentino.

El acceso a servicios sociales en la Argentina está profundamente marcado por desigualdades sociales, de género y generacionales, que trazan riesgos sanitarios diferenciales y expresan la estructura de oportunidades que la sociedad y el Estado brindan a sus habitantes. El sistema de atención de la salud no representa una excepción. No sólo considera pobremente las desigualdades preexistentes, sino que a través de su oferta tiende a reproducirlas y profundizarlas. Asociadas a los procesos de descentralización, persisten acentuadas las iniquidades regionales que en este campo se expresan en el acceso diferencial a la información y a la atención. La focalización aplicada ha tenido limitado impacto en la reducción de estas iniquidades.

En Chile, la aplicación del conjunto de estrategias de reforma aumentó la segmentación y fragmentación del sistema de salud, potenciando desigualdades evitables e injustas en el estado de salud de la población y en la atención de salud. El sistema privado, por tratarse de seguros individuales con diferentes tipos de planes, coberturas disímiles y una gran desinformación de los usuarios, presenta una grave discriminación hacia la mujer por su alto "grado de siniestralidad", vinculada a su demanda de atención de salud reproductiva.

De manera común, se constata que existe una escasa conexión entre las medidas de reforma implementadas y la salud sexual y reproductiva. La falta de centralidad de esta problemática ha hecho que los cambios no hayan sido pensados para producir impacto en este campo particular y que los posibles impactos no hayan sido evaluados. En el caso de la Argentina, resulta destacable la imagen difusa que los actores locales involucrados en la atención de la salud sexual y reproductiva tienen de la reforma y que los cambios detectados en términos de las prestaciones específicas (aumento de controles prenatales, Papanicolau y consulta de anticoncepción) sólo sean atribuidos a la acción de los respectivos Programas Provinciales de Salud Reproductiva.

El análisis de estos casos permite rescatar la complejidad de los procesos, la multiplicidad de factores que se ponen en juego al momento de diseñar medidas e implementar acciones, y el peso que tienen los condicionantes socioeconómicos y políticos y la cultura local para definir los cursos de acción en este campo.

Las discusiones y consideraciones hechas en el marco del desarrollo del diálogo en cada país han permitido reafirmar y extender algunas orientaciones para la acción que permitirían avanzar en la articu-

lación del enfoque de salud sexual y reproductiva y la agenda de la reforma sectorial en estos países:

Constitución de un marco político-jurídico en salud sexual y reproductiva como derecho humano y como derecho social. La salud sexual y reproductiva debe ser reconocida como un derecho humano básico a la luz del principio de justicia y como un derecho social. En este sentido se debe resguardar el ejercicio como derecho humano, sin consideraciones sociales, de género, económicas, culturales o étnicas y avanzar en la incorporación de los distintos aspectos involucrados en su pleno ejercicio. El reconocimiento del derecho a la atención de la salud reproductiva, y dentro de ella de la atención en salud sexual, ha permitido ampliar los marcos normativos relacionados con los derechos sexuales y reproductivos. El reconocimiento de los derechos sexuales como derechos sociales permite no sólo eliminar el sesgo de género y etario, sino también incluir actores cuyos comportamientos u orientaciones sexuales no apuntan a la reproducción biológica. Por ello, la operacionalización del concepto de salud sexual y reproductiva debiera ir más allá de la búsqueda de respuestas adecuadas a las necesidades asociadas a las diferencias y complementación biológicas entre varones y mujeres, incorporando a las personas homo y heterosexuales de todas las edades.

Promoción de la participación de la sociedad civil en salud sexual y reproductiva. Diversas acciones han sido emprendidas por organizaciones de la sociedad civil en la materia, tanto a nivel de difusión, promoción, capacitación y formación, prestación de servicios, investigación científica y social, como de seguimiento de acuerdos internacionales y desarrollo de propuestas de intervención y políticas públicas. El desafío es avanzar en el reconocimiento del rol que han asumido y potenciar las capacidades ya generadas.

Desarrollo de políticas explícitas en salud sexual y reproductiva y ejecución de programas integrales y acciones multisectoriales. Se trata de avanzar incorporando o consolidando políticas que de manera explícita se aboquen a la atención de la salud sexual y reproductiva desde una concepción amplia. Ello implica el reconocimiento como sujetos de atención de grupos hoy menos atendidos, como los varones, los adolescentes, adultos mayores y pueblos indígenas. Asimismo, se trata de promover la adecuada coordinación intra e intersectorial, que atienda en el sistema de salud las distintas complejidades y, desde los distintos sectores (salud, educación), las diferentes dimensiones de la salud sexual y reproductiva.

Incorporación de la perspectiva de género en el diseño de medidas. Esta perspectiva excede la consideración directa y centrada en la mujer de la salud sexual y reproductiva. Requiere una mirada amplia que incorpore necesidades de varones y mujeres, promueva un rol más activo de los primeros y considere las distintas vulnerabilidades que los atraviesan, incluyendo las sociales, económicas y culturales.

Gestión eficiente y eficaz de la atención de la salud. Se trata de aumentar la capacidad de resolución de los servicios, promover la capacidad de anticiparse a los daños en salud y promover la participación ciudadana en los procesos de diagnóstico, seguimiento y monitoreo de la situación de salud.

Diseño de una política de recursos humanos acorde con las necesidades de la reforma sectorial. Los liderazgos representan un importante recurso para la inclusión de la problemática de la salud sexual y reproductiva en la agenda social, en la movilización de recursos para la prevención y la atención, en la remoción de barreras ideológicas y en la consolidación de los espacios ganados. El estímulo y la orientación de estos liderazgos, así como la capacitación, constituyen objetivos de una adecuada política de recursos humanos. Esto implica revisar la currícula de pre y posgrado en las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, así como también el diseño de programas de educación continua para los prestadores. En tanto, la continuidad de equipos técnicos insertos en procesos de capacitación permanente permite capitalizar el aporte de su crecimiento profesional y la formación de los nuevos recursos humanos requeridos.

Difusión en la comunidad de manera amplia de información sobre los objetivos y alcances de las reformas sectoriales. Se trata de fortalecer los mecanismos de comunicación social utilizados para informar a la población sobre los alcances de la reforma. La participación de la comunidad como apoyo a los procesos de reforma y la incorporación de la salud sexual y reproductiva en estos procesos es un factor importante en su consolidación, y la información, un requisito básico.

Promoción del conocimiento sobre los objetivos, instrumentos y proyecciones de la reforma entre los equipos técnicos de gobierno y entre los proveedores de servicios del sector. El estudio pudo constatar que existe un escaso conocimiento y comprensión de los objetivos e instrumentos de la reforma, aun entre los equipos técnicos y proveedores de servicios. Con frecuencia se aplican las medidas de reforma diseñadas con una percepción difusa sobre sus proyecciones. Esto opera limitando su

aporte al proceso ya que pueden desconocer los incentivos planteados para su propia actividad y/o estar inadecuadamente preparados para explicar los alcances de las medidas que instrumentan.

Habilitación de espacios que convoquen a los actores involucrados en las medidas de reforma. El análisis del debate y la movilización social generados alrededor de los procesos de reforma y de promulgación de medidas en el campo de la salud sexual y reproductiva dan cuenta de la potencialidad de las instancias participativas para reflejar adecuadamente las necesidades, lograr adhesiones y compromisos y sumar voluntades para trabajar por objetivos que pueden ser comprendidos y consensuados. Esto refiere a la necesidad de diseñar mecanismos que permitan incorporar la voz de un amplio espectro de actores: organizaciones de la sociedad civil representativas de las comunidades, organizaciones técnicas, entidades académicas, profesionales, empresarios del sector, líderes de opinión, entre otros.

Elaboración de análisis de los posibles impactos de las medidas de reforma. Se trata de incorporar en este tipo de análisis un conjunto amplio de dimensiones que pueden ser modificadas como resultado de la adopción de las medidas de reforma, de manera de prever y orientar sus alcances. Se trata de estimar el posible impacto de las medidas que permita considerar más adecuadamente las distintas alternativas de diseño de reforma. Ello requerirá actualización de la información y elaboración de nuevos indicadores que permitan reflejar las dimensiones incorporadas.

Actualización y profundización de los estudios de caso nacionales y difusión de resultados. Los casos analizados son ilustrativos del diferente impacto que pueden tener las medidas de reforma sectorial, en función de los contextos nacionales. La posibilidad de asociar tanto éxitos como fracasos en este campo a variables de contexto representa un enorme potencial para el diseño de políticas. En tanto que los resultados de los estudios conforman una base sistemática para compartir experiencias entre distintos países y un provechoso ejercicio para el diseño y la ejecución de políticas públicas, la experiencia de los diálogos nacionales muestra un camino fecundo para extender el debate sobre las reformas y la salud sexual y reproductiva a un amplio espectro de actores y consolidar los avances.

ACERCA DE LOS AUTORES

Lorenzo Agar Corbinos

Sociólogo, Universidad de París, Francia. Master y DEA en Sociología, Universidad de París. Magister en Planificación del Desarrollo Urbano y Regional, Universidad Católica de Chile. Profesor de la Facultad de Ciencias Sociales y del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile. Ex Director del Programa Global en Población y Desarrollo Sostenible del UNFPA y ex consultor de la CEPAL y de la Unidad de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud.

Valeria Alonso

Licenciada en Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires. Magister en Ciencias Sociales y Salud, CEDES-FLACSO sede Buenos Aires. Consultora. Becaria de la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (Foro Mundial para la Investigación en Salud, OMS), y del Programa para el Mejoramiento de las Encuestas de Hogares y la Medición de las Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe-Argentina (BID-INDEC). Consultora de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, Ministerio de Salud de la Nación. Docente invitada de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Ana Rita Díaz Muñoz

Licenciada en Sociología, Universidad Católica de Chile. Magister

en Demografía Social, Universidad Nacional de Luján, provincia de Buenos Aires. Investigadora en el campo de la sociología de la salud y evaluadora de proyectos sociales y de salud. Consultora de organismos internacionales (PNUD, OPS/OMS, BID) y asesora de instituciones públicas y privadas nacionales. Ex coordinadora del Programa de Atención a Grupos Vulnerables (Ministerio de Desarrollo Social-BID). Ex consultora del Sistema de Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO). Actualmente consultora del Proyecto "Actividades de apoyo a la prevención y control del VIH/SIDA en la Argentina", Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis.

Marcela Ferrer Lues

Socióloga y Licenciada en Sociología, Universidad de Chile. Master en Bioética (MHSc), University of Toronto, Canadá. Diploma en Salud Internacional, OPS/OMS, Washington D.C. Diploma en Población y Desarrollo, UNFPA/CELADE, Santiago de Chile. Ha ejercido docencia y realizado investigación en las áreas de políticas públicas de salud, salud pública y bioética, población y desarrollo, y ética de la investigación. Ha sido consultora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE/CEPAL). Académica del Departamento de Políticas Públicas, Instituto de Asuntos Públicos, Universidad de Chile.

Mónica Gogna

Licenciada en Sociología, Universidad del Salvador, Buenos Aires. Diploma Superior en Ciencias Sociales, FLACSO sede Buenos Aires. Doctoranda de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (2001-). Investigadora Adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) e Investigadora Titular del CEDES. Docente de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud, CEDES-FLACSO sede Argentina. Integrante del Cuerpo de Consultores ad hoc de Cadernos de Saúde Pública (Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz, Brasil). Ha realizado consultorías para UNICEF, el Fondo de Población de Naciones Unidas (Oficina de Brasilia), la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

Claudia Gutiérrez Villegas

Socióloga y Licenciada en Sociología, Universidad de Chile. Postítulo Internacional en Población y Desarrollo, Universidad de Chile, Santiago de Chile. Magister en Antropología y Desarrollo, Universidad de Chile. Académica, Departamento de Políticas Públicas y Secretaria de Estudios del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile. Docente de la Universidad Central de Chile. Consultora en temas de población, salud, género y políticas públicas.

Daniel Maceira

Licenciado en Economía, Universidad de Buenos Aires. Estudios de posgrado, Instituto Di Tella, Buenos Aires, Argentina. Ph.D. en Economía, Boston University, especializado en economía de la salud y organización industrial. Investigador Asociado del CEDES, Investigador Adjunto de la Carrera de Investigador del CONICET. Miembro del Consejo Directivo del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) y del Centro de Estudios Globales y Regionales (CEGRE). Docente de la Maestría en Economía de la Universidad de Buenos Aires; de la Maestría en Salud y Ciencias Sociales CEDES-FLACSO sede Argentina; del Programa de Efectividad Clínica del Hospital Italiano, Universidad de Buenos Aires-Escuela de Salud Pública de Harvard, y de la Licenciatura en Economía Industrial, Universidad de General Sarmiento, provincia de Buenos Aires.

Raúl Gerardo Mercer

Médico, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata. Especialista en Pediatría y Puericultura, Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires. Master en Ciencias (Epidemiología), Department of Preventive Medicine, University of Wisconsin, Madison, Estados Unidos. Médico Sanitarista, Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, Academia Nacional de Medicina. Coordinador Académico y docente de la Maestría de Ciencias Sociales y Salud CEDES-FLACSO sede Buenos Aires (2001-2003). Miembro del Consejo Académico de la Maestría de Salud Familiar y Comunitaria (UNER). Docente en cursos de posgrado de instituciones públicas y privadas del país y del extranjero. Consultor y coordinador de programas de salud materno infanto juvenil.

Fabián Portnoy

Médico, Universidad de Buenos Aires. Capacitación de posgrado en Residencias completas de Medicina General y Educación para la

Salud. Especialista en Medicina General. Realizó el Curso Superior en Administración de Servicios de Salud, Colegio de Médicos, provincia de Buenos Aires; capacitación en Administración en Atención Primaria de Salud, Universidad de Barcelona, y en Gestión de la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH/sida, Direction Générale de la Santé, Ministere de l'Emploi et de la Solidarité, Francia. Coordinador del Área Perinatal de Coordinación Sida, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Consultor y docente en cursos de posgrado en instituciones públicas y privadas de salud, en áreas de gestión en salud, salud reproductiva y VIH/sida.

Antonieta Surawski C.

Arquitecta y Licenciada en Arquitectura, Universidad de Valparaíso, Chile. Master en Estudios del Medio Ambiente (M.E.S.) (Planificación Urbana y Regional), York University, Toronto, Canadá. Miembro del Canadian Institute of Planners. Consultora en Población y Políticas Sociales. Consultora en Desarrollo Urbano y Medio Ambiente. Investigadora y coordinadora académica, Programa Ciudadanía, Participación y Políticas Públicas, Departamento de Políticas Públicas, Instituto de Asuntos Públicos, Universidad de Chile, 1999.

Nina Zamberlin

Bachelor of Arts en Estudios Internacionales y Sociología (Honor Magna Cum Laude), Hamline University, St. Paul, Minnesota, Estados Unidos. Becaria del Programa Minnesota Studies in International Development, Minneapolis, Estados Unidos. Tema de investigación: "Comportamiento contraceptivo en sectores rurales y urbano marginales del Ecuador". Becaria del Programa de Becarios Residentes en Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad, CEDES, Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Consultora y docente Ayudante de primera en el Seminario de Investigación de la Cátedra de Sociología de la Salud, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Se imprimieron 2.000 ejemplares en noviembre de 2004
en Talleres Gráficos Leograf, Rucci 408,
Valentín Alsina, Argentina