

Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica

Elsa Gómez Gómez¹

RESUMEN

El presente artículo describe el marco conceptual y los objetivos que orientaron la iniciativa regional de investigación "Género, equidad y acceso a servicios de salud", patrocinada en 2001 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su propósito no es resumir los resultados de los estudios desarrollados, algunos de los cuales no han concluido la etapa de análisis, sino discutir los fundamentos de tal iniciativa y servir como introducción general a los estudios de país. Los países participantes fueron Barbados/Jamaica, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú.

El objetivo central de la iniciativa fue estimular la utilización de información cuantitativa ya existente en los países, con el fin de iniciar un proceso de documentación sistemática de las desigualdades injustas, innecesarias y evitables entre hombres y mujeres en el acceso a la atención de la salud, así como de la interacción entre estas desigualdades y otros factores socioeconómicos.

El concepto de equidad de género que orientó el examen de la atención de la salud no fue el que frecuentemente se asocia con la igualdad en la distribución de recursos, sino el que designa que los recursos se asignen y reciban diferencialmente según las necesidades particulares de cada sexo y que los servicios se paguen según la capacidad económica de las personas, y no su nivel riesgo. Se partió de la hipótesis de que las inequidades de género en la utilización y el financiamiento de la atención son producto de las asimetrías de género en los niveles macroeconómico y microeconómico de distribución de los recursos.

Se concluye que el logro de metas de equidad en el acceso a la atención exige mayor comprensión de las necesidades y barreras de género ligadas a la estructura social y al sistema de salud.

Palabras clave: acceso a los servicios de salud, equidad, género.

¹ Programa Mujer, Salud y Desarrollo, División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud. Dirección postal: 525, 23rd St., NW, Washington, D.C. 20037, Estados Unidos de América.

El presente artículo describe los antecedentes, el marco conceptual y los objetivos que orientaron la iniciativa regional de investigación "Género, equidad y acceso a servicios de salud", patrocinada por la OPS durante el período 2000–2001 en los siguientes países: Barbados/Jamaica, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú. El resumen y el análisis comparativo de los resultados de los estudios de país no es parte de este artículo y será materia de futura publicación. La discusión conceptual, sin embargo, incluirá referencias a algunos de los resultados preliminares de estos estudios y servirá como introducción al estudio de país (Brasil) que aparece en este mismo número.

ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA INICIATIVA DE INVESTIGACIÓN

A fines de 1999, la OPS, a través del Plan de Subvenciones de Investigación y del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la División de Salud y Desarrollo Humano, patrocinó un concurso regional de investigación sobre el tema "Género, equidad y acceso a servicios de salud".

El propósito que guió esta iniciativa fue generar información relevante para la toma de decisiones políticas en materia de reducción de las inequidades de género en cuanto al acceso a la atención de la salud. Los objetivos específicos fueron: a) identificar desigualdades de género en el acceso a los servicios de salud y su financiamiento; b) especificar las interacciones entre estas desigualdades y otros factores socioeconómicos, y c) examinar la relación entre estas desigualdades y distintas modalidades de oferta y financiamiento de la atención.

La convocatoria privilegió el análisis de información secundaria existente en cada país, priorizando las encuestas de hogares (empleo, gastos o condiciones de vida, con módulos de salud) y los registros administrativos del sector. El énfasis metodológico se colocó, por lo tanto, en un análisis cuantitativo, dejando abierta la opción de generar también información cualitativa que enriqueciera el análisis estadístico. Colombia y Ecuador hicieron uso de esta estrategia combinada.

De un total de 64 propuestas presentadas, se seleccionaron 6, procedentes de Barbados/Jamaica, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú. El trabajo se inició en abril de 2000 y se extendió por un período de aproximadamente 12 meses. Al concluir la

redacción de este artículo se encontraba pendiente la conclusión de dos de los proyectos.

Aunque se mantuvo un denominador común temático en los seis estudios, las metodologías se adaptaron a la información existente en cada país y a las preferencias del equipo investigador. Esta variación metodológica, junto con la derivada de diferencias en el contenido de las encuestas e indicadores utilizables, impide hacer comparaciones entre países en sentido estricto. Tal dificultad no imposibilitó, sin embargo, la observación de patrones de género en la utilización de los servicios y de interacciones de los factores de género con otras categorías del entorno social.

El proceso se inició con un taller de trabajo para unificar criterios básicos de investigación y discutir estrategias de comunicación para su utilización en el diseño de políticas. Dichas estrategias incluyeron la formación de un "comité político asesor" en cada país, integrado por planificadores y tomadores de decisiones del gobierno y por representantes de grupos de la sociedad civil. El equipo de investigación de cada país se reunió con este grupo asesor por lo menos tres veces durante el transcurso del proyecto: 1) a su inicio, para refinar las preguntas de investigación, de manera que sus respuestas pudiesen contestar también a preocupaciones prácticas en el orden de las políticas de salud; 2) a mediados del proceso, para informar sobre el avance de la investigación y afinar la dirección del análisis, y 3) al final del proyecto, para presentar y discutir resultados.

El propósito de esta estrategia fue crear un puente de comunicación entre las esferas de investigación y de políticas, con el fin de generar información relevante para la toma de decisiones, fomentar un sentido de propiedad del proceso de investigación por parte de los usuarios potenciales y facilitar así la utilización de la información producida. Esta promoción del diálogo entre investigadores y políticos constituyó una innovación frente a la tendencia general de comunicar los resultados de las investigaciones a estos últimos solo después de su conclusión. Valga decir que el desarrollo y los logros de esta estrategia variaron sustancialmente entre los países.

A continuación se sintetizan los elementos conceptuales que sirvieron de denominador común a esta iniciativa de investigación y que enmarcarán los resultados de los estudios de los países que participaron en el proceso.

La presentación se ha ordenado en tres secciones: la primera se refiere al significado de los conceptos básicos; la segunda, a las hipótesis explicativas de las diferencias por sexo en la utilización de los servicios de salud, y la tercera, a las relaciones entre género y otras categorías sociales, ilustrando tales relaciones con información preliminar proveniente de los estudios participantes.

SIGNIFICADO DE LOS CONCEPTOS BÁSICOS²

A diferencia del término *sexo*, que alude a la diferencia *biológica* entre el hombre y la mujer, *género* hace referencia al significado *social* de la diferencia biológica entre los sexos. Este significado se asocia con la construcción social de esferas de actividad masculinas y femeninas, cuya diferenciación se traduce en asimetrías institucionalizadas entre hombres y mujeres en el acceso a los recursos y en el poder sobre ellos. El objeto de interés en materia de género no son la mujer o el hombre, *per se*, sino las *relaciones de desigualdad social* entre ellos y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas.

Es importante destacar que no toda desigualdad en salud entre mujeres y hombres implica inequidad de género; este concepto se reserva para aquellas desigualdades que se consideran "*innecesarias, evitables y, además, injustas*" (1)³ y que se asocian a desventajas sistemáticas en el plano socioeconómico.

Operacionalmente, la equidad de género en salud no se traduce en tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino en la eliminación de diferencias remediabiles en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles. Asimismo, la equidad de género en la atención de la salud no se manifiesta en cuotas iguales de recursos y servicios para hombres y mujeres; exige, por el contrario, que los recursos se asignen y se reciban diferencialmente, de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo y en cada contexto socioeconómico.

La equidad de género en el acceso a la atención supone, entonces, que:

- los recursos de atención se asignen diferencialmente según las necesidades particulares de mujeres y hombres;
- los servicios se reciban de acuerdo con las necesidades de cada sexo, y
- los servicios se paguen según la capacidad económica de las personas, no según la necesidad o riesgo diferencial por sexo (2).

Desde una perspectiva de género, el eje central del análisis de la atención de la salud es el impacto de la división por sexo del trabajo y del poder sobre el acceso diferencial a recursos que posibilitan el pago directo de servicios o la participación en

² Para una discusión más detallada de estos conceptos, véase el artículo "Género, equidad y salud" en la sección "Temas de actualidad" de este mismo número.

³ Concepto adoptado por la Organización Panamericana de la Salud.

planes contributivos de aseguramiento público o privado.

La atención de la salud es solo uno de los determinantes del estado de salud, pero uno importante, particularmente para las mujeres. Pese a los avances en el conocimiento y la tecnología médica, el acceso a la atención de la salud continúa marcado por profundas desigualdades entre países y en un mismo país. A las inequidades en el acceso económico, geográfico y cultural se han sumado las creadas por políticas recientes de reforma del sector que han promovido esquemas de financiamiento privatizador y regresivo. Tales políticas, además de restringir el acceso a la atención, pueden imponer costos "empobrecedores" a aquellos que logran acceder, agudizando así inequidades existentes en las condiciones de vida (3).

HIPÓTESIS EXPLICATIVAS DE LAS DIFERENCIAS POR SEXO EN LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

Es un hecho conocido que las mujeres consumen más servicios de salud que los hombres. Sin embargo, este mayor consumo no constituye necesariamente una expresión de privilegio social. Las diferencias en los patrones de utilización de servicios entre hombres y mujeres son el reflejo de: 1) principalmente, distintos tipos de necesidades de atención; 2) patrones de socialización diferencial con respecto al reconocimiento de los síntomas, la percepción de la enfermedad y la conducta de búsqueda de atención, y 3) factores estructurales e institucionales que facilitan u obstroen diferencialmente el acceso a los servicios de salud (4).

Hipótesis de la necesidad diferencial

Las mujeres tienen una necesidad *objetiva* de servicios de salud mayor que los hombres. Además de los problemas que comparten con los varones, las funciones reproductivas femeninas generan un conjunto de necesidades particulares de atención referidas a la anticoncepción, embarazo, parto y puerperio. Asimismo, en comparación con los hombres, las mujeres presentan tasas más altas de morbilidad y discapacidad a lo largo de la vida y, por su mayor longevidad, tienen mayores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas asociadas con la edad (5).

Como han señalado numerosos estudios, la auto-percepción de la enfermedad es también sistemáticamente más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, y esta diferencia se mantiene en diferentes culturas, regiones geográficas y estratos socioeconómicos. Tal percepción refleja la realidad

objetiva de carácter epidemiológico, pero, como se plantea a continuación, responde también a condicionamientos culturales de género que afectan al reconocimiento de las dolencias y a la libertad o inhibición para expresarlas.

Hipótesis de la socialización de género

La socialización diferencial de mujeres y hombres influye sobre sus actitudes y conductas de búsqueda de atención de salud. Las expectativas culturales y el ejercicio de las mismas en cuanto al rol de "cuidadoras" de la salud hacen que las mujeres, más que los hombres, aprendan a familiarizarse con la detección de síntomas de enfermedad y con los procesos formales o informales de cuidado de la salud. En cambio, como han sugerido algunos estudios, entre ellos el componente cualitativo del proyecto en Colombia,⁴ los hombres tienden a ver la enfermedad y la búsqueda de atención como manifestaciones de debilidad que se contradicen con la imagen cultural masculina de fortaleza, valentía, autosuficiencia y dominio. La contribución de estos factores aprendidos a la conducta de búsqueda de atención es, sin embargo, difícil de dimensionar. Al respecto, varios autores coinciden en afirmar que, aunque las mujeres muestran una mayor preocupación por la salud y tienden a solicitar ayuda más frecuentemente que los hombres, cuando se enfrentan a problemas de salud graves, las mujeres y los hombres no difieren sustancialmente en su conducta de búsqueda de atención (4). Este fenómeno fue destacado también en el estudio de Brasil.⁵

Hipótesis referidas a factores institucionales y estructurales

Las hipótesis referidas al sistema de salud han sido las menos desarrolladas. Desde esta perspectiva, las diferencias de género en el acceso y utilización de servicios se ven, en parte, como función de los sesgos de género existentes en los sistemas de provisión y financiamiento de la atención de la salud que favorecen a uno u otro sexo. El sistema

⁴ Serra M, Gómez OL, Méndez F, González E. Equidad y género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. Informe de investigación. Concurso de investigación "Género, equidad y acceso a los servicios de salud". Washington, D.C.; Organización Panamericana de la Salud; 2001.

⁵ Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Género, desigualdade social e utilização de serviços de saúde no Brasil. Informe de investigación. Concurso de investigación "Género, equidad y acceso a los servicios de salud". Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2001.

puede contribuir a una mayor utilización por parte de las mujeres a través de la medicalización de procesos biológicos, el subsidio financiero a cierto tipo de servicios (anticonceptivos, por ejemplo) y las ineficiencias en la provisión de atención que se derivan de la fragmentación de la atención. Además, la mayor utilización de servicios preventivos puede traducirse en una mayor exposición a la posibilidad de detección de síntomas y a la aparición de trastornos iatrogénicos que requieran una subsecuente utilización (4).

No obstante, el género todavía no se ha integrado en el análisis de los servicios de salud, que se ha limitado a considerar las necesidades asociadas a las diferencias biológicas de sexo. Raramente se consideran las interacciones entre el sexo y variables no relacionadas con necesidades biológicas, tales como la cobertura y modalidad de aseguramiento, el nivel de ingreso discrecional, la autonomía en la toma de decisiones, la carga de responsabilidad familiar o los modelos de atención, pese a su potencial para producir inequidades en la atención y a la posibilidad de modificarlas a través de intervenciones.

Género y barreras financieras al acceso a la atención. La relación entre el género y las barreras estructurales económicas al acceso a la atención es central en este contexto. El principio de equidad distributiva de la carga financiera de la atención, según el cual el pago respondería a la capacidad económica de las personas, se ve vulnerado doblemente en el caso de las mujeres dentro de los sistemas de financiamiento no solidario. Primero, por su mayor nivel de necesidad, las mujeres demandan, como grupo social, más servicios y se ven forzadas a pagar más que los hombres por mantener su salud. Segundo, esta desigualdad absoluta se agudiza en términos proporcionales al considerar la menor capacidad económica que, también como grupo, tienen las mujeres. En la siguiente sección se presentan cifras ilustrativas a este respecto.

La desventaja femenina en cuanto a la capacidad de pago se deriva en primer lugar de la división del trabajo por género, que descarga sobre las mujeres la responsabilidad principal del trabajo doméstico, restringiendo así sus oportunidades en el mercado laboral. El segundo factor, tal vez más importante aún, es la desvalorización social del trabajo que realizan las mujeres en el hogar y en el mercado de trabajo.

Algunas cifras ilustran bien el fenómeno de la división y valorización diferencial del trabajo según el género en América Latina y el Caribe:

- más del 50% de las mujeres (desde el 43% en México hasta el 61% en Paraguay) no participan en la fuerza de trabajo remunerada (6);

- las tasas de desempleo femenino son invariablemente mayores que las masculinas (6);
- las mujeres se concentran en ocupaciones de baja remuneración o perciben salarios inferiores por el mismo trabajo —el ingreso medio de las mujeres como porcentaje del ingreso de los hombres varía entre el 57% en México y el 79% en Colombia (6), y el ingreso por remuneración de las mujeres representa en promedio el 70% del ingreso masculino en la Región (7)—;
- hay una sobrerrepresentación femenina en ocupaciones no cubiertas por la seguridad social, como son el trabajo en el sector informal (6) y el empleo a tiempo parcial, y
- el acceso a través del trabajo a beneficios de seguro de salud a largo plazo es más limitado para las mujeres, debido a las discontinuidades laborales ocasionadas por la gestación y la crianza de los hijos.

Este patrón de trabajo femenino actúa en desmedro no solo de su capacidad económica para acceder a la compra de servicios, sino también de su elegibilidad para participar en planes de aseguramiento contributivo, público y privado, tema que se discutirá más adelante.

PATRONES DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

La mayor utilización de servicios por parte de las mujeres no es una constante en todos los grupos sociales. Por el contrario, la naturaleza y la magnitud de las diferencias por sexo en la utilización de servicios de salud son mediadas por factores de ingreso económico, edad, etnia y lugar de residencia, así como por variables ligadas al tipo de esquema de financiamiento y organización de tales servicios.

Según necesidad

El análisis de la equidad en la utilización de servicios tiene como fundamento central el concepto de *necesidad*. Si se considera que, de acuerdo con los principios de equidad distributiva, los servicios deberían coincidir con la necesidad, aquellos grupos con mayor necesidad deberían recibir más recursos. Dadas las diferencias por sexo no solo en la función reproductiva, sino también en la incidencia y prevalencia de enfermedades, particularmente de las asociadas con la mayor longevidad, resulta lógico esperar que, por término medio, las mujeres reciban y utilicen los servicios de salud más frecuentemente que los hombres. Sin embargo, la determinación de cuánto más, en qué contextos, y para qué mujeres, ha

sido un tema de investigación que permanece sin respuesta, e incluso sin preguntas.

La mayor utilización femenina de servicios por término medio enmascara la existencia de inequidades de género en ciertos grupos socioeconómicos y con respecto a la satisfacción de ciertos tipos de necesidades. En ausencia de un examen de tales especificidades es imposible distinguir en qué medida la menor utilización de servicios por parte de los hombres responde a una menor necesidad o a un déficit de atención.

La tarea de establecer comparaciones en la utilización, ajustada por necesidad, constituye ciertamente un difícil desafío metodológico, pero es también una exigencia inaplazable en la búsqueda de la equidad. Una medida indirecta de la necesidad utilizada frecuentemente en distintos tipos de encuestas y análisis es la declaración de problemas de salud durante un período de referencia. Pero nótese que la utilización de este indicador indirecto de la necesidad de atención adolece, entre otros problemas, de la profunda limitación de restringir su alcance al ámbito curativo.⁶ Si se considera que dentro del ámbito preventivo figuran las necesidades de anticoncepción, atención al embarazo, parto y puerperio, y detección del cáncer cérvicouterino, el empleo de este indicador origina una subestimación desproporcionada de las necesidades de atención propias de las mujeres.

La literatura reciente, incluida la información preliminar proporcionada por los estudios de país de esta iniciativa, coincide en señalar un nivel de necesidad declarada uniformemente mayor en las mujeres que en los hombres (cuadro 1). Sin embargo, al ajustar la utilización por *necesidad*, los datos revelan que esta tendencia no es uniforme y que en países de menores recursos la utilización de servicios de salud no siempre es mayor entre las mujeres (cuadro 2).

Según etapa del ciclo vital

Los datos aportados por esta iniciativa confirman lo observado en países industrializados: 1) que las mayores diferencias por sexo y la mayor utilización femenina de servicios ocurren durante la edad reproductiva, y 2) que las diferencias por sexo en la utilización de servicios tienden a reducirse, e incluso a desaparecer en algunos países, en edades avanzadas (figura 1).

⁶ Además de apoyarse en factores subjetivos influidos por el entorno socioeconómico que entorpecen la comparación entre grupos socioeconómicos, las variaciones de esta pregunta en el período de referencia dificultan la comparación entre países.

CUADRO 1. Declaración de problemas de salud o accidente, según sexo. Cinco países de América Latina, 1997–2000

	Hombres (%)	Mujeres (%)
Brasil	20,2	25,5
Chile	20,0	24,0
Colombia	17,5	22,6
Ecuador	43,9	50,4
Perú	23,1	26,4

Fuente: Referencia 9.

CUADRO 2. Utilización de servicios de salud en caso de enfermedad, según sexo. Cinco países de América Latina, 1997–2000

	Hombres (%)	Mujeres (%)
Brasil	9,9	15,4
Chile	87,0	85,0
Colombia	68,5	70,9
Ecuador	53,6	46,4
Perú	55,8	55,4

Fuente: Referencia 9.

Además, la información proporcionada por los distintos países participantes, coincidente con la de estudios realizados en otros países en desarrollo (8), sugirió la presencia de una mayor utilización por parte de los niños que de las niñas durante los primeros años de vida, y en algunos casos, hasta los 15 años.

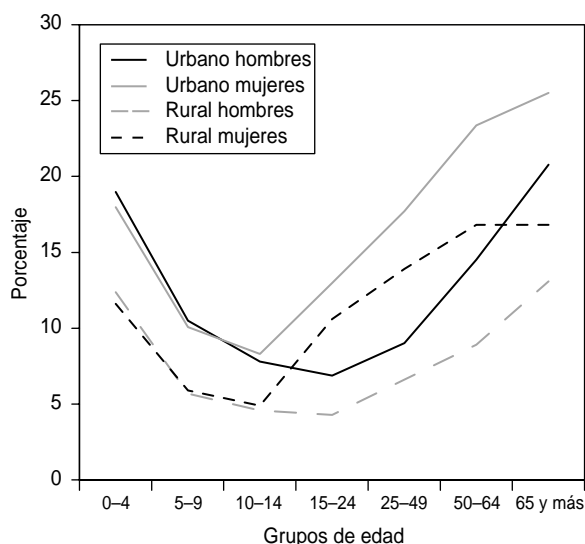
Según estrato socioeconómico

La tendencia media hacia una mayor utilización de servicios por parte de las mujeres ha sido observada en distintos contextos culturales, con diferentes niveles de ingreso y gasto familiar (9). En el caso de los países participantes, esta tendencia mostró algunas excepciones en los grupos de menores ingresos. En efecto, al ajustar la utilización por *necesidad*, la utilización femenina de servicios en los estratos pobres dejó de ser mayor que la masculina, fenómeno que afectó a los promedios nacionales de Ecuador y Perú.

Según tipo de servicio

El tamaño y la dirección de la diferencia por sexos en la utilización de servicios varía sustancial-

FIGURA 1. Tasa de utilización de servicios de salud por enfermedad o accidente, según sexo, edad y área de residencia. Brasil 1998



Fuente: Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Gênero, desigualdade social e utilização de serviços de saúde no Brasil. Informe de investigación. Concurso de investigación "Gênero, equidad y acceso a los servicios de salud". Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2001.

mente según el tipo de servicio demandado. Las mujeres tienden a utilizar más frecuentemente los servicios de salud tanto preventivos como terapéuticos, pero de manera particular los preventivos. Los hombres, por su parte, tienden a utilizar más los servicios de urgencia y, en algunos casos, los servicios de internamiento hospitalario, como sugieren los cuadros 3, 4 y 5. Tales tendencias obedecen primordialmente a la naturaleza diferenciada de las necesidades de las mujeres y los hombres, particularmente en el ámbito reproductivo, pero también a diferencias de género en la socialización con respecto al cuidado de la salud y, posiblemente, a factores institucionales que inhiben la atención preventiva por parte de los hombres.

Según sistema de aseguramiento

Finalmente, los modelos de acceso y utilización de servicios de salud por sexo pueden variar sensiblemente de acuerdo con la afiliación de las personas a distintos tipos de sistemas de planes de aseguramiento de salud. Esta es una de las dimensiones sobre las cuales se cuenta con menos información y donde se torna crítico el papel de las políticas de financiamiento de la atención.

El acceso a seguros de salud y a servicios específicos dentro de tales seguros depende en la mayoría de

CUADRO 3. Tasa de consultas preventivas, según quintiles de ingreso y sexo. Colombia, 1997

	1	2	3	4	5
Hombres	24,4	31,3	38,6	49,1	58,8
Mujeres	29,2	36,9	45,1	55,1	65,2

Fuente: Referencia 9.

CUADRO 4. Tasa de consultas de urgencia, según quintil de ingreso y sexo. Chile, 1998

	1	2	3	4	5
Hombres	19,0	19,0	15,5	17,0	13,0
Mujeres	16,0	15,5	14,0	14,0	10,5

Fuente: Referencia 9.

CUADRO 5. Tasa de internamiento, según quintiles de ingreso y sexo. Perú, 2000

	1	2	3	4	5
Hombres	2,3	2,9	5,8	4,9	3,4
Mujeres	3,8	1,9	3,9	5,4	3,4

Fuente: Referencia 9.

los países del estatus laboral, del estatus de familiar dependiente con respecto a la persona asegurada y de la capacidad económica. Lógicamente, la distribución diferencial de hombres y mujeres en torno a estas categorías afecta diferencialmente a su acceso a tales seguros. Es importante destacar que el carácter de *dependiente* de una proporción importante de mujeres, permite en algunos sistemas su acceso indirecto a seguros de salud, pero al mismo tiempo las sitúa en riesgo de desprotección en caso de viudez, abandono, separación marital, cambios en la situación de empleo del cónyuge o cambios en las regulaciones con respecto a la cobertura de dependientes. El hecho de que más de un 30% de los hogares de la Región sean encabezados por mujeres constituye un indicador de la dinámica marital contemporánea.

Como se mencionó en la sección anterior, los sistemas de financiamiento no solidario que exigen cuotas importantes de gasto de bolsillo demandan de las mujeres un mayor gasto en salud asociado a sus mayores necesidades y utilización. En Estados Unidos, por ejemplo, durante la edad reproductiva, el gasto de bolsillo en salud fue un 68% mayor para las mujeres que para los hombres (10). En Chile, la

prima de aseguramiento privado durante la edad reproductiva era 2,2 veces mayor para las mujeres que para los hombres (11). En cuatro países de América Latina y el Caribe para los cuales se contó con información pertinente de encuestas de hogares, el gasto de bolsillo en salud fue entre un 16 y un 40% mayor para la atención de las mujeres que para la de los hombres (figura 2).

Finalmente, las mujeres tienden a depender más que los hombres de programas de aseguramiento público, como reveló el estudio de Chile. Al examinar la afiliación diferencial por edad y sexo, se observó que los seguros privados atraían a los grupos con menor riesgo de enfermar, hombres jóvenes, mientras que el sector público aglutinaba a las mujeres en edad reproductiva y a los hombres y mujeres mayores (11).

CONCLUSIONES

La consideración de los factores de género es indiscutiblemente relevante en el análisis de la equidad en el acceso a los servicios de salud. La aplicación de los principios de equidad distributiva de beneficios y cargas de la atención de la salud exige considerar la correspondencia entre servicios y necesidades diferentes de mujeres y hombres a lo largo de la vida, y entre pago por servicios y capacidad económica de las personas.

Más allá del análisis de necesidades diferenciales, resulta esencial examinar también los factores sociales de género que crean inequidades en el acceso

a los servicios. Entre estos factores se cuentan la mayor carga de responsabilidades familiares de las mujeres, su menor poder adquisitivo para comprar directamente servicios y las características del trabajo, que las sitúan en desventaja para acceder a planes de aseguramiento.

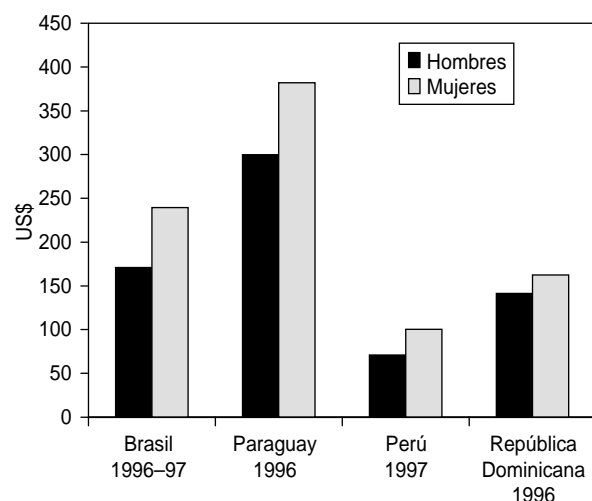
La mayor utilización media por parte de las mujeres puede llevar a concluir, sin base sólida, que las inequidades de género en la atención no afectan negativamente a las mujeres. El hecho de que las mujeres utilicen los servicios de salud más frecuentemente que los hombres obedece, fundamentalmente, a un mayor nivel de necesidad, particularmente en la esfera preventiva, y no implica que las necesidades femeninas estén mejor o peor atendidas que las masculinas. La falta de indicadores que permitan una medición idónea del carácter y el nivel de necesidad impide un cotejo de la adecuación de los servicios a los requerimientos de atención particulares de cada sexo, y por tanto, una evaluación apropiada de la equidad.

La mayor utilización femenina que masculina de los servicios no es una constante; ocurre principalmente en la edad reproductiva, en los servicios preventivos y en los estratos socioeconómicos altos. En algunos países, el diferencial por sexo tiende a reducirse e, incluso a desaparecer, en las edades avanzadas, en los quintiles menores de ingreso y en los servicios de mayor complejidad.

Particularmente interesantes en cuanto a su significado para las políticas de salud fueron el mayor uso de los servicios preventivos por parte de las mujeres y la mayor utilización de servicios terciarios por parte de los hombres. Es necesario investigar mejor el impacto de las reformas que debilitan la atención primaria y que afectan de manera desproporcionada a las mujeres, así como los factores de necesidad, actitudes o barreras institucionales que inciden sobre el reducido uso masculino de los servicios preventivos.

Desde el punto de vista de las políticas, el hecho más claro es que la mayor diferencia por sexo en la utilización de servicios ocurre durante la edad reproductiva, cuando los planes de aseguramiento no solidarios discriminan en contra de las mujeres. La consecuencia inmediata de esta lógica actuarial es que el costo de la función social de reproducir la especie recae fundamentalmente sobre las mujeres, quienes, en una proporción creciente, no tienen un compañero para compartirlo. El mayor gasto en salud ocasionado por una mayor utilización de servicios durante la edad reproductiva es una desigualdad que vulnera los principios de equidad en la distribución de la carga financiera y que adquiere mayor gravedad cuando se considera la menor capacidad adquisitiva que, como grupo, tienen las mujeres.

FIGURA 2. Gastos de bolsillo en salud para hombres y mujeres (en dólares estadounidenses: US\$). Cuatro países de América Latina y el Caribe, 1996–1997



Fuente: Encuestas de condiciones de vida para Brasil, Paraguay y Perú. Encuestas de demografía y salud, para la República Dominicana.

Dada la participación desventajosa de las mujeres en el mercado laboral, la vinculación de los planes de aseguramiento con el empleo crea inequidades de género en contra de las mujeres, en términos del acceso y de la cobertura de servicios ofrecidas por tales planes. Aunque en muchos casos la posición familiar de dependiente permite el acceso indirecto a la atención, subordina tal acceso a tres tipos de incertidumbre: la estabilidad del vínculo familiar, la estabilidad laboral del afiliado y la estabilidad de las regulaciones de la cobertura a dependientes.

Los datos citados en este artículo llevan a concluir que, para el logro de los objetivos de equidad en el acceso a los servicios se requiere una mayor comprensión de las necesidades de género en la atención, así como de las barreras de género del sector y de la sociedad en general que afectan al ejercicio del derecho ciudadano a la atención de la salud.

Agradecimientos. A Adriana Alves por su asistencia en la preparación de cuadros y figuras.

SYNOPSIS

Gender, equity, and access to health services: an empirical approximation

This piece describes the conceptual framework and the objectives that guided a research initiative in the Region of the

Americas that was called "Gender, Equity, and Access to Health Services" and that was sponsored in 2001 by the Pan American Health Organization. The piece does not summarize the results of the six projects that were carried under the initiative, whose analyses have not all been completed. Instead, the piece discusses some of the foundations of the initiative and provides a general introduction to the country studies that were done. The six studies were done in Barbados/Jamaica, Brazil, Chile, Colombia, Ecuador, and Peru. The primary objective of the initiative was to stimulate the use of existing quantitative information in the countries, with the goal of starting a process of systematically documenting two things: 1) the unfair, unnecessary, and avoidable inequalities between men and women in their access to health care and 2) the linkages between those inequalities and other socioeconomic factors. The concept of gender equity that guided this examination of health care was not the usual one calling for the equal distribution of resources. Rather, it was the notion that resources should be allocated differentially, according to the particular needs of men and of women, and that persons should pay for health services according to their economic ability rather than their risk level. The starting point for the initiative was the premise that gender inequities in utilizing and paying for health care result from gender differences in the macroeconomic and microeconomic distribution of resources. The piece concludes that achieving equity in health care access will require a better understanding of the gender needs and gender barriers that are linked to social structures and health systems.

REFERENCIAS

1. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization Office for Europe; 1990. (Document EUR/ICP/RPD/414).
2. Braveman P. Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 1998. p. 2. (Document WHO/CSH/HSS/98.1)
3. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (eds.). Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001. p. 10.
4. Weisman CS. Women's health care. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1998. pp. 106-110.
5. Verbrugge LM. Pathways in health and death. En: Apple R (ed.). Women, health and medicine in America. New York: Garland; 1990.
6. Naciones Unidas/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina, 1999-2000. Santiago de Chile: CEPAL; 2000. Anexo Estadístico.
7. World Bank. Workers in an integrating world—World development indicators. World development report 1995. Washington, D.C.: World Bank; 1995.
8. Gómez E. Discriminación por sexo y sobremortalidad femenina en la niñez. En: Género, mujer y salud en las Américas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1993. (Publicación Científica No. 541).
9. Hojas-resumen sobre desigualdades en salud. [Sitio en Internet] Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/hdd-fact-dachs.htm>. Acceso el 13 mayo 2002.
10. Women's Research and Education Institute. Women's health care costs and experiences. Washington, D.C.: WREI; 1994. p. 2.
11. Vega J, Bedregal P, Jadue L, Delgado I. Equidad de género en el acceso y financiamiento de la atención de salud en Chile. [Sitio en Internet] Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en <http://www.puc.cl/equidadchile/html/genero.pdf>. Acceso el 13 mayo 2002.