

**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO**

73

**PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA
REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
EN SALUD EN COLOMBIA**

Amparo Hernández Bello



NACIONES UNIDAS

**PROYECTO CONJUNTO CEPAL/GTZ
"REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE"
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F.**

SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO

**PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA
REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
EN SALUD EN COLOMBIA**

Amparo Hernández Bello



NACIONES UNIDAS

**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
PROYECTO CEPAL/GTZ**

**"REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE"
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F**

Santiago de Chile, mayo de 1998

LC/L.1108
Mayo de 1998

Este trabajo fue preparado por la señora Amparo Hernández Bello, consultora de la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento de la CEPAL, dentro del marco del Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ "Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe". Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

| | Página |
|---|--------|
| RESUMEN..... | 5 |
| PRESENTACIÓN..... | 7 |
| 1. PERSPECTIVA DE GÉNERO, SALUD Y ASISTENCIA SANITARIA. DELIMITACIÓN TEÓRICO CONCEPTUAL DEL ESTUDIO..... | 9 |
| 1.1.- El enfoque de género aplicado al análisis de la situación de salud..... | 9 |
| 1.2.- Desigualdades intra y entre género en salud y en la prestación de servicios de salud | 11 |
| 1.3.- El concepto de equidad y equidad en salud en la perspectiva de género..... | 12 |
| 2. BREVE DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LAS MUJERES EN COLOMBIA. ANTECEDENTES | 15 |
| 2.1.- Panorama de los principales indicadores demográficos, sociales y económicos. . | 15 |
| 2.2.- Situación de la salud femenina | 17 |
| 3. REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. AVANCES EN LA COBERTURA DEL SISTEMA Y EFECTOS DE LA ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO POR REGÍMENES SOBRE EL ACCESO A LOS SERVICIOS..... | 19 |
| 3.1.- Cobertura por regímenes y distribución por sexo, edad, ocupación e ingresos de la población..... | 20 |
| 3.2.- Diferenciales en el acceso y uso de servicios de salud..... | 24 |
| 4. LAS MUJERES Y LOS MENORES, GRUPOS VULNERABLES DE LA POBLACIÓN EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. MECANISMOS PARA ASEGURAR EL ACCESO Y EVITAR LA SELECCIÓN ADVERSA | 27 |
| 5. PRINCIPALES HALLAZGOS..... | 31 |
| 6. HACIA UNA EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD. RECOMENDACIONES..... | 33 |
| NOTAS..... | 35 |
| CUADROS..... | 37 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 43 |

RESUMEN

El nuevo sistema de seguridad social colombiano tiene como uno de sus principios rectores a la equidad. El sistema tiene el reto de universalizar la cobertura, garantizando el acceso equitativo de toda la población a los servicios de salud, particularmente a los grupos tradicionalmente excluidos.

Luego de más de un año de funcionamiento pleno de la reforma, del análisis de las estadísticas puede inferirse que a pesar de las modificaciones en la organización y funcionamiento del nuevo modelo, los grupos de población en desventaja, sobre quienes recae la mayor carga de enfermedad y los más necesitados de atención, siguen estando en la práctica retrasados de los beneficios.

En el proceso de reforma del sistema de salud no se evidencia una consideración específica con respecto al género. Los datos sobre avance en la cobertura del sistema por regímenes y según características demográficas y socioeconómicas de la población, y el análisis de los mecanismos diseñados para garantizar el acceso de los grupos menos favorecidos, evidencian que para las mujeres el actual sistema no ha significado un cambio con respecto a las pasadas formas de vinculación-privilegio derivadas de las estructuras de parentesco, desconociendo su participación en la actividad laboral y la economía, y, aún cuando las mujeres en edad reproductiva han sido tradicionalmente un grupo representativo dentro de las políticas y programas estatales, las cifras indican un bajo impacto de las acciones sobre su salud.

En este trabajo se estudian los efectos de la estructura de financiamiento por regímenes del sistema de seguridad social en salud sobre el acceso diferencial de hombres y mujeres a los servicios de salud, a través del comportamiento en la cobertura del sistema y las características ocupacionales y económicas de la población y del análisis de los mecanismos diseñados por el sistema para garantizar el acceso equitativo.

El documento se estructura a partir de una consideración conceptual en torno a la perspectiva de género en relación con la salud. Se entrega un diagnóstico de las condiciones de vida y de salud de las mujeres y de los avances en materia de cobertura, acceso y uso de servicios y de las estrategias para evitar las exclusiones de grupos particulares. Finaliza con una interpretación de los principales hallazgos del diagnóstico y algunos lineamientos a manera de recomendaciones hacia una equidad de género en salud.

PRESENTACIÓN

El nuevo sistema de seguridad social en salud colombiano tiene como uno de sus principios rectores a la equidad, que se formula como una meta a alcanzar dadas las desigualdades existentes en materia de salud y de acceso a los servicios de salud entre géneros y entre personas de distintas condiciones sociales, económicas, culturales, étnicas y geográficas.

El Sistema tiene el reto de universalizar la cobertura garantizando el acceso equitativo de toda la población a los servicios de salud con particular atención sobre los grupos tradicionalmente excluidos, los pobres y vulnerables. Para ello diseñó una estructura de financiamiento por regímenes en la que las personas puedan acceder a recibir servicios de igual calidad según la necesidad, independientemente de la capacidad de pago.

A algo más de un año de funcionamiento pleno de la Reforma se han alcanzado importantes avances en la cobertura a expensas fundamentalmente de la cobertura familiar. Sin embargo, del análisis de las estadísticas puede inferirse que a pesar de las modificaciones en la organización y funcionamiento del nuevo modelo, los grupos de población en desventaja, sobre quienes recae la mayor carga de enfermedad y los más necesitados de atención, siguen estando en la práctica retrasados de los beneficios. Para los pobres la capacidad de pago es aún una limitante para acceder al Sistema o para recibir todos los servicios, entre tanto los mecanismos diseñados para el aseguramiento operan completamente y se establecen los recursos que permitan el equilibrio financiero del Sistema para cumplir con la meta de universalizar la cobertura, lo que en los cálculos más optimistas no se alcanzará antes de terminada la primera década del 2000.

En el proceso de reforma del sistema de salud no se evidencia una consideración específica con respecto al género a pesar de los lineamientos de política de equidad y participación de la mujer adicionados al Plan de Desarrollo de la actual administración, que deberían permitir organizar programas, actividades y definir estrategias orientadas a favorecer el posicionamiento de las mujeres en la sociedad ya garantizar su acceso a los bienes y servicios en favor de su bienestar.

De los datos sobre avance en la cobertura del sistema por regímenes y según características demográficas y socioeconómicas de la población, y del análisis de los mecanismos diseñados para garantizar el acceso a los servicios de los grupos menos favorecidos, se evidencia que para las mujeres el actual sistema no ha significado un cambio con respecto a las pasadas formas de vinculación-privilegio derivadas de las estructuras de parentesco, desconociendo su participación en la actividad laboral y la economía, y aún cuando las mujeres en edad reproductiva han sido tradicionalmente un grupo representativo dentro de las políticas y programas estatales, las cifras son indicativas del bajo impacto de las acciones sobre su salud.

En este trabajo se estudian los efectos de la estructura de financiamiento por regímenes del sistema de seguridad social en salud sobre el acceso diferencial de

hombres y mujeres a los servicios de salud, a través del comportamiento en la cobertura del sistema y las características ocupacionales y económicas de la población y del análisis de los mecanismos diseñados por el Sistema para garantizar el acceso equitativo.

Se trata de un estudio de tipo documental apoyado en fuentes secundarias de archivos y publicaciones oficiales del Ministerio de Salud (subdirecciones de régimen contributivo y subsidiado, la Superintendencia de Salud, y otras entidades del sector, además de los documentos oficiales, publicaciones y archivos del Departamento Nacional de Estadística, Dane y del Departamento Nacional de Planeación, DNP. Se consultaron también trabajos de reconocidos investigadores sobre el tema de la reforma de la salud y de los temas relacionados con la perspectiva de género.

El documento se estructura a partir de una consideración conceptual en torno a la perspectiva de género en relación con la salud, seguida de un diagnóstico de las condiciones de vida y de salud de las mujeres y de los avances en materia de cobertura, acceso y uso de servicios y de las estrategias para evitar las exclusiones de grupos particulares como las gestantes, las mujeres en edad reproductiva y los menores, y finaliza con una interpretación de los principales hallazgos del diagnóstico y algunos lineamientos a manera de recomendaciones hacia la construcción de una equidad de género en salud.

1. PERSPECTIVA DE GÉNERO, SALUD Y ASISTENCIA SANITARIA. DELIMITACIÓN TEÓRICO CONCEPTUAL DEL ESTUDIO.

De manera tradicional, la salud de las mujeres ha estado ligada a la diferencia biológica reproductiva lo cual se refleja en los programas y servicios ofrecidos. Las mujeres han sido beneficiarias de los servicios de salud como esposas y madres, es decir, como trabajadoras no pagas lo cual define cierta *estructura* de los servicios de salud y en particular de los sistemas de seguridad social duales que incluyen el seguro más la asistencia social (Lewis, 1992, citado por Williams, 1997).

Más allá de la diferencia biológica, existen desigualdades de acceso a los servicios de salud entre hombres y mujeres asociadas por ejemplo, a la definición legal de trabajo como requisito para recibir prestaciones de salud y seguridad social, o a la desprotección prestacional durante la vejez que afecta en mayor grado a las mujeres que a los hombres como resultado de las menores tasas de empleo femenino en el sector formal, o a la discontinuidad de la participación laboral asociada con la maternidad y la menor remuneración laboral percibida por la mujer comparada con el hombre (De Los Ríos, 1991).

En el esfuerzo de incorporar el género dentro del estudio de la política social, se reconoce la relación entre trabajo remunerado, trabajo no remunerado y bienestar y nuevos paradigmas se vislumbran para la formulación de políticas con perspectiva de género.

1.1. - El enfoque de género aplicado al análisis de la situación de salud.

Durante las últimas dos décadas las tendencias que vinculan a la mujeres con el desarrollo han tenido gran influencia sobre los enfoques acerca de la salud de la mujer. La lógica del desarrollo orientado al crecimiento en la producción y a la inserción de las economías en las relaciones económicas internacionales, trajo consigo una cierta interpretación del papel de aquellos grupos de la población excluidos de los supuestos beneficios del crecimiento económico, las mujeres por ejemplo, y de las condiciones que limitaban su inserción en el nuevo modelo, tales como, la baja escolaridad y la baja calificación ocupacional, la poca productividad en el trabajo, la elevada fecundidad, la desnutrición y el deteriorado perfil de salud.

Las propuestas orientadas a disminuir las brechas entre hombres y mujeres a partir de un enfoque de igualdad de oportunidades, estuvieron orientadas a integrar a las mujeres en el proceso de desarrollo económico y social sin profundizar en las causas de la discriminación y la desigualdad¹ y quedaron plasmadas en estrategias de supervivencia para las mujeres pobres en un intento por disminuir la desigualdad de ingresos entre los sexos.

Finalizando los ochenta y como resultado de las medidas de ajuste económico, el énfasis de la vinculación entre mujer y desarrollo estuvo puesto sobre su participación en proyectos comunitarios y en la gestión social. La escolaridad femenina aumentó, la fuerza de trabajo femenina se insertó progresivamente en la actividad económica participando de la generación de ingresos y los indicadores de salud mejoraron, lo que parece se debió más que a actividades y programas para la mujer a las estrategias globales de desarrollo (Cepal, 1988, citado por *Ibid*, p.13).

En el contexto de estas tesis de integración el sector salud tuvo también su participación en el discurso sobre la mujer. La salud de la mujer se planteó como una condición del desarrollo tanto para garantizar la reproducción biológica y la supervivencia de los menores como por su participación en el desarrollo de programas y servicios de salud y sus efectos sobre la salud general de la población. La mujer fue vista como un agente decisivo para alcanzar los objetivos de aumentar las coberturas de los servicios de salud y disminuir los costos de los programas, pero pocas consideraciones se tuvieron sobre su propia salud, salvo las referidas a su rol reproductivo y de socialización en el entorno familiar.

Aunque las mujeres han sido sobrerrepresentadas como madres, las evidencias muestran que aunadas las estrategias de los últimos decenios, persisten en la región de América Latina y el Caribe grandes disparidades entre países en las tasas de mortalidad materna que podría ser evitada, tanto así que en muchos de ellos las complicaciones del embarazo, parto y puerperio continúan siendo una de las cinco primeras causas de muerte de las mujeres entre 15 y 44 años.

Las desigualdades en términos de educación, empleo y salud que no han podido ser explicadas ni mejoradas con los modelos de desarrollo establecidos, hacen imperiosa la necesidad de repensar la intervención social, económica y política con respecto a la mujer y el desarrollo con miras al logro de una real equidad entre los sexos. Hacia este objetivo apunta la incorporación del género como una categoría de análisis útil en el estudio y definición de políticas dirigidas a la mujer, que tiene como objeto dar cuenta de los procesos sociales y de desarrollo que involucran tanto a hombres como a mujeres y así disminuir las brechas de vida existentes entre ellos.

Género se entiende como un principio que organiza la vida social. El género se refiere a las cualidades, cultural y socialmente construidas que distinguen a los hombres y a las mujeres. Es ante todo una categoría que se expresa "a través de relaciones de poder-subordinación representadas en la adscripción de funciones, actividades, normas y conductas especiales para hombres y mujeres en cada sociedad" (De Los Ríos, 1991, p.13) y aún cuando en esas relaciones existen varios escenarios probables, es común que en la práctica se entienda a partir del dominio masculino sobre el femenino en distintos ámbitos de la vida social (Rico, 1993).

La propuesta actual es un enfoque de género centrado en el desarrollo humano que incida sobre las causas que estructuran la subordinación y que dan origen al acceso y control desigual sobre los satisfactores de las necesidades humanas básicas, más que la óptica tradicional soportada en el análisis de los problemas de salud y el rol de las mujeres en la oferta de servicios y provisión de cuidados de salud (Gómez, 1997). Es un enfoque orientado hacia un desarrollo sano, independiente y participativo de toda la población. Significa el paso del enfoque de *mujer, salud y desarrollo* al de *género, salud y desarrollo* (De Los Ríos, 1991, p.17). Como anota Ana Rico,

"los cambios en las relaciones de género no pueden hacerse solamente tomando en consideración los espacios, las ópticas y las representaciones que las mujeres tienen de sí mismas, sino que tiene que reconocer, renegociar y acercar

los espacios, las ópticas y las representaciones que los hombres tienen de sí mismos, y que cada uno y una tiene respecto del otro" (Rico de Alonso, 1997, p.2),

lo que en últimas implica reconocer necesidades específicas diferentes para hombres y para mujeres.

En salud la utilidad de la construcción social de género radica en que lejos de conducir a la reducción de la categoría género a una variable más explicativa del proceso salud-enfermedad, enriquece los marcos teóricos que permiten señalar y estudiar los diferenciales empíricos entre hombres y mujeres en relación con la salud. Esto es, las diferentes necesidades de atención que afectan a ambos sexos, riesgos distintos asociados con actividades o tareas definidas como masculinas o femeninas, percepciones diferentes sobre la enfermedad, sus causas y las prácticas asociadas que condicionan distintas conductas de búsqueda de atención, desigualdades en el grado de acceso a recursos básicos para la protección de la salud como alimentos, información o seguridad social; así como desigualdades en las prioridades de recursos públicos para la provisión de medios y cuidados de la salud y a la investigación sobre problemas que afectan diferencial o exclusivamente a uno de los sexos.

El enfoque de género no se reduce al reconocimiento de las diferencias y desigualdades existentes entre géneros sino que también apunta al análisis del comportamiento de las variables que expresan las condiciones de vida, salud y bienestar entre distintos grupos o estratos de la sociedad. Son múltiples los trabajos que muestran que además de existir diferencias injustas entre hombres y mujeres en lo que a condiciones de salud y acceso a servicios de asistencia sanitaria se refiere, dichas diferencias se presentan también entre clases socioeconómicas, lo que hace que no sólo las mujeres se encuentran en desventaja sobre su salud y el acceso a servicios sociales, sino que más aún es sobre las mujeres pobres, las más pobres de los pobres, sobre quienes recae el mayor peso de las desigualdades.

1.2. - Desigualdades intra y entre género en salud y en la prestación de servicios de salud.

Las relaciones entre géneros son una de los determinantes más importantes en relación con la salud de la mujer. La desigualdad entre hombres y mujeres se expresa en diferencias en el acceso a recursos, la valoración y retribución social del trabajo e incluso en la capacidad de decidir, planear y disfrutar de la vida.

Si bien los servicios y programas de salud son un aspecto esencial para el mejoramiento del estado de salud y las condiciones de equidad de la mujer, cuando existen, se orientan más al aspecto reproductivo con muy poca atención a las enfermedades crónicas o a las necesidades de grupos específicos como las adolescentes o las ancianas, lo cual refleja en parte la falta de participación femenina en la planeación, ejecución y evaluación de los servicios y programas de salud.

Para Szasz (Szasz, citado por *Ibid*), la desigualdad entre los géneros afecta otras esferas de la salud de la mujer distintas de la capacidad reproductiva. La asignación exclusiva de la crianza a las mujeres y el conflicto de roles derivado de las dificultades para ejercerla entre mujeres trabajadoras, conlleva situaciones de tensión emocional, conflicto familiar y riesgos para la salud infantil. Los riesgos de accidente por agotamiento físico son, por ejemplo, más frecuentes como consecuencia de la doble

jornada familiar. La discriminación ocupacional y salarial por género determina además mayor pobreza femenina y menor acceso a seguridad social entre las mujeres trabajadoras en comparación con los hombres con igual nivel de instrucción, calificación y origen social. Además, existe desventaja nutricional y desatención de la salud como producto del menor ejercicio de poder y acceso a recursos en la esfera familiar.

Las desigualdades de género asociadas con riesgos para la salud femenina, se encuentran moldeadas a su vez por otras formas de desigualdad social. Así, las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio son más frecuentes en grupos de población con condiciones de vida y de nutrición desventajosas, siendo el aborto en condiciones clandestinas una de las principales causas de morbilidad materna. Los embarazos tempranos y tardíos, la multiparidad y la brevedad de los intervalos entre embarazos son recurrentes en mujeres con escaso acceso a oportunidades de escolaridad y empleo formal con las consecuencias para su salud. La inaccesibilidad y la falta de información acerca de los métodos de control de la natalidad "llevan al rápido deterioro de la salud de la mujer, como resultado de embarazos muy seguidos cuando todavía es muy joven y de abortos ilegales realizados en condiciones peligrosas e insalubres" (CIDA, 1989, citado por OMS, 1990, p.10).

Otros procesos sociales afectan simultáneamente la salud de las mujeres. La creciente globalización de la economía y los procesos de crisis, ajuste, reconversión productiva e internacionalización de la producción y el consumo de bienes y servicios han profundizado las desigualdades sociales con profundo impacto en la participación económica de las mujeres, las características de su inserción laboral y el aumento de su movilidad espacial.

Por otra parte, con las recientes tendencias de modernización, las modificaciones en el papel del Estado han redefinido las esferas pública y privada. Al crecimiento de la pobreza y a la flexibilización de los mercados de trabajo se suma la delegación de responsabilidades en los propios grupos necesitados. Las mujeres y las familias han asumido esferas de la reproducción social que antes se situaban en el dominio gubernamental o de las empresas, aumentando su participación en actividades comunitarias y de autogestión de servicios, como el asignar a las mujeres la responsabilidad por los cuidados relativos a la salud en el hogar como extensión de los roles femeninos.

1.3. - El concepto de equidad y equidad en salud en la perspectiva de género.

La equidad puede ser más genéricamente interpretada como una idea de lo que es considerado justo en la sociedad. Aunque la equidad ha sido de hecho una preocupación en distintos momentos de la historia y en distintas sociedades, en los últimos tiempos viene siendo un término comúnmente incorporado en los discursos político y económico; "...la búsqueda del desarrollo equitativo se ha convertido no sólo en un imperativo ético de la sociedad y de la política pública, sino en un requisito funcional de la estabilidad social y del afianzamiento de la democracia". (Altimir, 1990, citado por De La Hoz, 1995, p.6).

Si bien resulta un término familiar, la equidad -y la justicia-, han sufrido tantas lecturas como autores se puedan consultar desde distintas posiciones políticas, de las cuales están presentes en el debate durante la presente década las propuestas del liberalismo moderno y la social democracia y algunas interpretaciones de las tesis socialistas². Retomando algunos puntos de esta discusión, la equidad podría ser

interpretada como la justa redistribución que toma en cuenta las diferencias de los individuos tanto en capacidades como en necesidades.

La organización Mundial de Salud viene trabajando en el tema de la equidad en salud a partir de las propuestas del trabajo de Margaret Whitehead (1992)³. Se parte de reconocer la existencia de diferencias en salud entre los distintos grupos sociales de la población, entre sexos, grupos étnicos y entre áreas geográficas de un mismo país, que se expresan como amplias divergencias en la esperanza de vida, morbilidad, mortalidad y otros aspectos de la calidad de la vida, con el agravante de que quienes son más afectados son los grupos menos aventajados en sus condiciones sociales, económicas y políticas en general, los que a su vez son quienes menos cuidados médicos reciben⁴.

Las inequidades en salud se refieren a diferencias innecesarias y evitables que comportan un sentido de injusticia, comprometen la estructura básica de la sociedad y tienen que ver con la poca o nula selección de las condiciones de vida y de trabajo. Equidad en salud, implica que cada quien tenga igual oportunidad de lograr su máximo potencial en salud y, más pragmáticamente, que no exista desventaja por consideraciones de raza, género, etnia o condición socioeconómico en alcanzar ese potencial si ello puede ser evitado. La equidad en los cuidados de salud se plantea a partir de tres premisas: "igual acceso a los cuidados disponibles para igual necesidad, igual utilización para igual necesidad e igual calidad de la atención para todos" (Ibid, p.434).

Con respecto al género, se hablaría de equidad a partir de dos componentes de análisis: especificidad de la necesidad, como en el caso de la salud reproductiva, diferente de la necesidad del varón e inequidad en la distribución de bienes y servicios por exclusión, discriminación o marginamiento de cualesquiera de los géneros o sectores sociales. La equidad de género significa minimizar las diferencias existentes en términos de acceso a los recursos, públicos y privados, y a las posibilidades para desarrollarse como ser humano de acuerdo con las necesidades y talentos de cada individuo y no según estereotipos que asignan atributos a las personas según sus rasgos biológicos (Gómez, 1997). Implica también la igualdad de oportunidades para el control de dichos recursos y la distribución del poder de decisión sobre las prácticas y servicios de salud (Rico, 1993).

Ahora bien, el diagnóstico sobre la equidad no debe basarse solamente en la comparación de las condiciones y posición de la mujer frente al hombre, sino que debe dar cuenta de las enormes desigualdades intragénero, de tal manera que las políticas encaminadas a lograr la equidad deben apuntar a reducir ambas desigualdades.

Esta discusión general en torno al tema de la equidad y algunas de las tesis expuestas sobre lo que se considera justo en salud se reflejan en los contenidos de las políticas en salud y las propuestas de reforma del sector salud que se adelantan en los sistemas de salud de muchas naciones; aunque en pocos existe una formulación específica sobre equidad de género que permita integrar los distintos intereses y trabajos de mujeres y hombres en la producción social de la salud (Gómez, 1997).

2. BREVE DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LAS MUJERES EN COLOMBIA. ANTECEDENTES.

En esta sección se examinan algunos de los principales indicadores que muestran las condiciones de vida y de salud de las mujeres en Colombia y reflejan las enormes desigualdades existentes entre géneros y entre grupos sociales.

2.1. - Panorama de los principales indicadores demográficos, sociales y económicos.

En Colombia hay un total de 39.860.967 habitantes de los cuales el 49 por ciento son hombres y el 51 por ciento mujeres. 68 por ciento de la población reside en las áreas urbanas y el porcentaje restante habita en la zona rural⁵. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995 (Profamilia, 1995), los menores de quince años representan el 34 por ciento de la población y los mayores de 64 años el 5 por ciento del total.

La población femenina en edad fértil representa el 27 por ciento de la población y el 52 por ciento del total de la población femenina, siendo mayor en la zona urbana que en la rural, debido principalmente a la mayor migración de mujeres que de hombres desde las zonas rurales a las urbanas.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares de junio de 1996⁶ muestran que el 79 por ciento del total de mujeres son mayores de 12 años (Población en Edad de Trabajar), de las cuales el 37 por ciento conforman el mercado laboral femenino (Población Económicamente Activa). Al momento de la encuesta el 85 por ciento de las mujeres se encontraba trabajando y el 15 por ciento restante buscaba trabajo.

El 24 por ciento de las personas son jefes de hogar, 25.1 por ciento mujeres (11.6 por ciento del total de mujeres) en su mayoría por encima de los 25 años, datos que coinciden con los hallazgos de la ENDS-95 en la que el 23.6 por ciento de los jefes de hogar eran mujeres.

El fenómeno de la jefatura femenina de los hogares no es un fenómeno reciente en la historia mundial ni en la historia de Colombia. De hecho se demuestra que en no pocos estudios⁷ sobre el tema, del total de hogares pobres, una proporción elevada de ellos está encabezada por mujeres, a lo cual han aportado factores de diversa índole como el resquebrajamiento del modelo de familia patriarcal, el aumento en la ruptura de uniones familiares y la recomposición familiar, el incremento de formas de reproducción biológica al margen de la nupcialidad, la migración selectiva de mujeres del campo a la ciudad, la violencia, los patrones de sexualidad no legal y el ingreso temprano de jóvenes pobres a la unión.

La jefatura femenina es un fenómeno de áreas urbanas (25 por ciento del total) más que de rurales (17 por ciento), de grupos de edad por encima de los 40 años y, según la composición familiar, caracterizada por un predominio de la familia extensa incompleta (41.8 por ciento). El examen entre mujeres pobres y no pobres muestra que

el 74.8 por ciento de los hogares no pobres con jefatura femenina corresponde a mujeres sin compañero, proporción ligeramente menor en los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas, NBI y en las primeras, el número de hijos por mujer es 2.1 hijos menor que en las mujeres pobres en quienes el promedio de hijos es de 5.1. Las jefas no pobres tienen más del doble de años promedio de educación que las pobres, 6.3 vs. 2.9.

Más de la mitad de las jefas de hogar están desocupadas o son inactivas y de las ocupadas el 54.9 por ciento son trabajadoras por cuenta propia (un porcentaje importante como empleadas domésticas) y 25.8 por ciento son obreras.

Del total de la población en edad escolar el 46.9 por ciento son hombres y el 53.1 por ciento mujeres. De las mujeres en edad escolar, el 24.7 por ciento han cursado y aprobado algún grado de educación secundaria, 18.2 por ciento algún grado de primaria y sólo el 7 por ciento algún grado de educación superior. El 40.7 son mujeres entre los 5 y 11 años de edad, 34.3 por ciento entre 12 y 17 años, 17.5 por ciento entre 18 y 24 años y el 7.4 por ciento restante son mayores de 25 años.

De los 13.5 millones de hombres en edad de trabajar entre los 15 y 60 años, el 69 por ciento está ocupado, mientras que del total de mujeres en edad de trabajar sólo el 28 por ciento se encuentran ocupadas. Si bien esta cifra supera en algo más del 10 por ciento los datos de las últimas dos décadas, frente al creciente desempleo las mujeres duplican a los hombres.

En la distribución por rama de actividad, cerca del 50 por ciento de las mujeres ocupadas se concentra en el renglón de los servicios personales que son sólo una prolongación del trabajo del hogar. De ellas, más del 70 por ciento son empleadas domésticas con largas jornadas de más de 48 horas semanales, salarios inferiores al mínimo, pocas prestaciones sociales y escasa atención médica, muchas de quienes son jefas de hogar y tienen un alto porcentaje de personas a cargo.

Un ejemplo de esto son los datos del trabajo presentado por Yolanda Nieto (1997) en el IV Congreso Iberoamericano sobre Familia en septiembre de 1997 titulado *La Mujer Trabajadora frente a la Seguridad Social*, que muestra las características de ocupación, afiliación a la seguridad social, dependencia e ingresos en la experiencia de los afiliados a la Caja de Subsidio Familiar, Colsubsidio. De los trabajadores beneficiarios del subsidio familiar en la Caja, el 51 por ciento son mujeres vinculadas al sector de servicios, seguidas de las que pertenecen al sector del comercio y la industria manufacturera. La mayoría de las mujeres afiliadas son solteras, cabeza de familia y tienen la responsabilidad del sustento en el hogar con el 67 por ciento del total de personas a cargo y un alto porcentaje de ellas recibe menos de dos salarios mínimos legales.

Según el Informe sobre Desarrollo Humano de 1996 (PNUD, 1996), en Colombia predomina la vinculación de las mujeres al sector de los servicios, 229 mujeres por cada 100 hombres, en contraste con la razón de 150:100 en países industrializados. Entre tanto, hay 72 mujeres por cada 100 hombres que se desempeñan como profesionales o técnicos y solo el 27 por ciento de los ejecutivos o gerentes son mujeres.

Del total de ocupados, el 54.8 por ciento de las personas están afiliadas a una entidad de seguridad social por su trabajo, de los cuales 57 por ciento son hombres y 43 por ciento mujeres. De los ocupados informales, 30.1 por ciento del total está afiliado a una entidad de seguridad social, 55.7 por ciento hombres y 44.3 por ciento mujeres.

2.2. - Situación de la salud femenina.

Los problemas de salud femeninos se articulan a los procesos que ha vivido la sociedad y que han generado importantes transformaciones en la forma y las condiciones de vida de las mujeres; procesos que se expresan en los cambios demográficos, la transformación de los roles femeninos en la familia, la vinculación de las mujeres a la esfera laboral, la mayor educación femenina, la disminución en las tasas de mortalidad materna e infantil, la salud mental femenina, las distintas formas de maltrato y violencia contra las mujeres, el papel de la mujer como proveedora de servicios de salud y las distintas políticas mundiales y nacionales en pro de las mujeres.

La composición de la población colombiana ha sufrido variaciones importantes en las tres últimas décadas, pasando de ser una población eminentemente joven a una población con tendencia al envejecimiento como lo demuestra la proporción creciente de mayores de 60 años. El principal factor asociado con estos cambios es el descenso sostenido y prolongado en las tasas globales de fecundidad a partir de la mitad del presente siglo. El promedio de hijos por mujer que en 1950 fuera de 6.76, descendió a cerca de 2.67 hijos por mujer en 1993 (Dane, 1993) (3 hijos en promedio para el período 1992-1994 según la ENDS-95), con importantes diferenciales regionales y por estratos socioeconómicos.

Este descenso aunado a un proceso de creciente urbanización y al cambio en los patrones de natalidad y de mortalidad, en particular de la mortalidad infantil que pasó de 72 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1970 a 25.5 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1990 según la encuesta CASEN (Departamento Nacional de Planeación, 1994), han significado modificaciones substanciales en los patrones de enfermedad y muerte en los tres últimos decenios y un aumento en la esperanza de vida al nacer que pasó de 52.6 años en las mujeres y 48.8 en hombres en el período 1950-55 a 66 años en hombres y 71 en mujeres para el período 1990-95.

Aunque las mujeres presentan una esperanza de vida mucho mayor a la de los hombres, la mortalidad infantil presenta diferenciales a la inversa, mueren más niñas menores de un año que niños en la misma edad y estos diferenciales se acentúan según nivel educativo. Los cálculos elaborados por Ana Rico (1997, p.16) con base en datos del Instituto Nacional de Salud señalan que la esperanza de vida de una mujer con menos de cinco años de educación es de 12 años menor frente a sus congéneres con más de seis años de escolaridad.

El Estudio Sectorial de Salud (Departamento Nacional de Planeación-MinSalud, 1990) en su diagnóstico sobre situación de salud, definió como problemas específicos de las mujeres aquellos debidos a eventos asociados con la vida reproductiva, vale decir, las complicaciones de la gestación, parto y puerperio. Aunque la mortalidad materna en el país descendió durante los últimos veinte años pasando de 3 a 1 hijos por cada mil nacidos vivos, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio continúan siendo las principales causas de morbilidad en las mujeres, con importantes repercusiones sobre la salud de los menores de un año. El Estudio también encontró que el 16 por ciento de las muertes femeninas son debidas al cáncer, de las cuales cerca de la mitad son ocasionadas por cáncer de los genitales femeninos, cáncer cérvico-uterino y de mama.

Estos hallazgos coinciden con los obtenidos en el estudio de Carga de la Enfermedad en Colombia (Ministerio de Salud, 1994) en el que se examinan las causas de mortalidad prematura e incapacidad de la población a través del indicador de Años de Vida Saludable Perdidos -Avisa. En éste se demostró que en el país la pérdida de

vida saludable, más debida a la mortalidad que a la incapacidad, se distribuye en proporciones iguales del 39 por ciento para los grupos de enfermedades no transmisibles (grupo 2) y para las lesiones (grupo 3), siendo de 22 por ciento para el grupo de las causas transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición, y al interior de cada grupo desigualmente según género y grupo étnico.

El comportamiento del indicador por zona de residencia, sexo y edad muestra que en el grupo de mujeres predomina la carga de la enfermedad en la zona urbana a partir de los 45 años, a diferencia de los hombres por encima de los 15 años en quienes la mayor carga se presenta en los habitantes de las zonas urbanas, fenómeno que puede ser explicado por la mayor mortalidad masculina debida a la violencia que afecta a los hombres entre los 15 y 44 años.

La distribución de la carga de la enfermedad por sexo muestra que las lesiones (complejo trauma-violencia) explican el 51 por ciento de los años de vida saludable perdidos por los hombres en tanto que son las enfermedades no transmisibles como los tumores (53 por ciento) las causas que explican la mayor pérdida de vida saludable de las mujeres, seguidas de las enfermedades transmisibles y nutricionales, 31 por ciento y las enfermedades producidas por lesiones, 16 por ciento (Ministerio de Salud, 1995).

Por grupo de edad y género, la distribución es algo distinta. En el grupo de enfermedades transmisibles las diferencias son apreciables entre los 15 y 59 años en los que las causas asociadas con la maternidad explican el predominio de las mujeres sobre los hombres. Los resultados de la carga para el grupo de patologías no transmisibles muestran que entre los 15 y 59 años las enfermedades cardiovasculares son responsables del 36 por ciento de la carga en hombres y las enfermedades tumorales del 18 por ciento, mientras en mujeres las enfermedades del corazón representan el 31 por ciento y el cáncer el 22 por ciento de las causas. Con respecto al grupo de las lesiones, la carga debida a homicidios en el rango de 15 a 59 años muestra diferencias importantes por género siendo de 75 por ciento en hombres comparado con el 51 por ciento en mujeres. En los mayores de 65 años, la mayor parte de las muertes en hombres es debida a homicidios mientras en mujeres el porcentaje más alto está representado en lesiones traumáticas como las caídas.

Las cifras evidencian que existen diferencias en la mortalidad y morbilidad debidas a la diferencia biológica entre hombres y mujeres pero que la carga de la enfermedad en estas últimas no es sólo debida a la reproducción sino que en ella pesan otras causas que es necesario atender y que se manifiestan desigualmente entre géneros, lo que parece no estar adecuadamente representado en el diseño de los servicios y programas de salud existentes.

3. LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. AVANCES EN LA COBERTURA DEL SISTEMA Y EFECTOS DE LA ESTRUCTURA DE FINANCIAMIENTO POR REGÍMENES SOBRE EL ACCESO A LOS SERVICIOS.

El Sistema Nacional de Salud colombiano creado hace ya 20 años, ha sido objeto de una importante reforma estructural desde 1993, en consonancia con el ordenamiento de Constitución de 1991 y el proceso de apertura económica y de modernización del Estado iniciado hace más de una década. Ha pasado de ser un Sistema Nacional de Salud a un Sistema de Seguridad Social en Salud que pretende mejorar las condiciones de salud de los colombianos enfrentando el reto de resolver tanto la inequidad como la ineficiencia mediante la universalización en la prestación de los servicios y la reorganización administrativa y financiera del Sistema.

En la búsqueda de un modelo de salud universal, solidario y eficiente, el nuevo Sistema propone relaciones competitivas reguladas entre sus agentes, libre elección del usuario y facilidades de acceso a sus beneficios en favor de los sectores más vulnerables de la población a través de un conjunto mínimo de beneficios y subsidios estatales para las personas sin capacidad de pago y establece la transformación de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda. Para ello, la Ley separa la administración y financiación del Sistema de la prestación de los servicios creando dos tipos distintos de instituciones para el efecto, las Empresas Promotoras de Salud, EPS encargadas de la afiliación y el recaudo, y la Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS responsables por las prestaciones médico-asistenciales; estimula la cobertura universal mediante la afiliación obligatoria para lo cual establece dos regímenes, el contributivo para la población con capacidad de pago y el subsidiado para cubrir las necesidades de los grupos menos favorecidos de la sociedad con énfasis en la cobertura familiar; establece un paquete igual de beneficios de salud para todos denominado el Plan Obligatorio de salud, POS y, crea mecanismos de control de costos y de libre competencia para cumplir con el objetivo de la eficiencia (Jaramillo, 1994).

Uno de los elementos más importantes de la reforma al sistema de salud es el que tiene que ver con la equidad, que se legitima en el reconocimiento constitucional de la desigualdad entre grupos sociales y en la necesidad de dar respuesta a estas diferencias injustas por la vía de la igualdad de derechos, libertades y oportunidades, y de la protección especial de los más débiles o discriminados por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política, opinión filosófica o condición económica, física o mental⁸.

Según la ley 100 el Sistema pretende ofrecer servicios de salud para todos los habitantes independientemente de su capacidad de pago y señala además que "para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para la población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa"⁹.

Las estrategias planteadas para garantizar la equidad se comprometen con la ampliación de la cobertura en consideración de los preceptos constitucionales de

universalidad y solidaridad. El primero supone la obligatoriedad de afiliación bien sea por la vía del aporte para quienes tienen capacidad contributiva, o por la de los subsidios procedentes de recursos fiscales y de solidaridad para quienes carecen total o parcialmente de medios financieros. Para garantizar la cobertura de afiliación y el aseguramiento de la población pobre y vulnerable el sistema utiliza el criterio de focalización a través del Sistema de Selección de Beneficiarios, Sisben, para identificar la población beneficiaria de los subsidios.

La solidaridad se plantea como la ayuda mutua entre personas, generaciones, sectores económicos, regiones y comunidades, concretada a partir del flujo de recursos entre individuos y personas de distintas dotaciones iniciales (vgr. ingresos, niveles educativos o condiciones de salud).

La afiliación de los más pobres o de los vulnerables no deberá tener restricciones, para lo cual el Estado regula a las distintas empresas con el fin de evitar la selección adversa. Los beneficios para la población se otorgarán a partir de un Plan Obligatorio de Salud que operará en forma efectiva para la población subsidiada a partir del año 2001. Durante la transición, los pobres tendrán menos beneficios que las personas del régimen contributivo.

En este período de transición mientras la implementación del sistema es total y se alcanza la meta que todos los colombianos se encuentren afiliados en calidad de subsidiados o de afiliados al régimen contributivo, se establece un tercer grupo de integrantes, el de los participantes vinculados, el cual corresponde a las personas identificadas por el proceso de focalización con alguna capacidad de pago, pero insuficiente para contribuir (nivel 3 de Sisben), las personas del régimen subsidiado que requieran servicios de salud no contenidos en el POS subsidiado, las no identificadas y aquellas pertenecientes al nivel 1 y 2 de Sisben que aún no se encuentran afiliadas, quienes reciben servicios de salud en las instituciones (adscritas y vinculadas) de la red pública, financiados con recursos estatales por la vía del subsidio a la oferta.

3.1. - Cobertura por regímenes y distribución por sexo, edad, ocupación e ingresos de la población.

La deficiencia en los sistemas de información existentes hace que sea muy difícil conocer las condiciones de salud y de acceso y uso de servicios de salud diferencialmente por sexo y entre los distintos sectores socioeconómicos, por lo que las conclusiones a las que se da lugar con los datos disponibles pueden tener un alto grado de interpretación de fenómenos distintos a los que ocurren en la realidad.

En 1992 uno de cada cuatro colombianos que se sintieron enfermos no pudo acceder a los servicios de salud por limitaciones económicas. Sólo 20 por ciento de la población disfrutaba el beneficio del aseguramiento, con el agravante que aquellos con mayor capacidad de pago estaban doble y hasta triplemente asegurados. Los recursos se distribuían de manera desigual e incluso al interior de la principal entidad el Instituto de Seguros Sociales, ISS eran pocos los afiliados que gozaban de cobertura familiar. Algunos grupos vulnerables de la población, como las mujeres en edad reproductiva y los niños quedaban por fuera de la atención. Enfermarse en Colombia era en el pasado particularmente caro para los pobres.

La mayoría de las fuentes oficiales y de las investigaciones coinciden en los porcentajes de cobertura del pasado, en las diferencias entre subsectores y en la baja solidaridad entre ellos como se observa en la tabla No. 1. Mientras el sistema público de

previsión social tenía una cobertura casi universal del 95 por ciento entre los funcionarios públicos, el sistema privado de seguridad social cubría sólo al 21 por ciento de la población económicamente activa y al 46 por ciento de la población asalariada. Con la incorporación de las cajas de compensación, cuyo objeto era eludir la selección adversa de los trabajadores con muchos hijos, se amplió la cobertura de otros beneficios del bienestar a las familias. Debido a que el ISS solo aplicó la cobertura familiar al 18 por ciento de sus afiliados, el sistema de cajas, que cubría al 85 por ciento de los afiliados al ISS permitió ofrecer, aunque con limitaciones de integralidad, beneficios a las familias no cubiertas.

Las carencias de los sistemas de salud, seguridad social y previsión social favorecieron la aparición de muchos sistemas privados de atención de salud, los cuales en el mejor de los casos cubrían al 10 por ciento de la población, generalmente la población afiliada a la seguridad social. El resto de la población estaba en manos del subsistema público que en el mejor de los casos cubría al 40 por ciento de la población, quedando un 30 por ciento de las personas al margen de la atención en salud.

La puesta en marcha de la ley 100 ha configurado dos tipos distintos de regímenes de afiliación en el sistema de seguridad social en salud: el contributivo y el subsidiado, que corresponden a dos tipos también distintos de beneficios y beneficiarios; lo que en la práctica significa desvirtuar los objetivos de equidad que el Sistema pretende lograr estableciendo diferencias en la población según su capacidad de pago. Quedan entre el tintero las personas cuya capacidad es reducida y aún así no son beneficiarios de los subsidios del Estado, y quienes entre tanto reciben servicios por la vía del subsidio a la oferta.

A casi cuatro años de formulada la Ley y en la práctica a un año de su implementación, los logros alcanzados muestran que si bien se ha avanzado en algunos campos como el de la cobertura familiar y se ha avanzado en la afiliación de las personas con menor capacidad de pago, las metas propuestas a lograr al terminar el cuatrienio 1995-1998 aparecen retrasadas lo que a la postre significa no alcanzar el objetivo de afiliar al total de la población y alcanzar la cobertura universal para el 2001.

Según el informe sobre *La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro de Implementación del Proyecto de la Reforma del Sector Salud en Colombia* (Ministerio de Salud-Programa Universidad de Harvard, 1996), a diciembre de 1995, de un total de población de 35.886.400 sólo 17.075.400 se encontraban cubiertas por algún régimen, faltando asegurar al 52.4 por ciento de las personas.

El 75.3 por ciento de los afiliados pertenecían al régimen contributivo, el 4.3 por ciento recibían servicios por la vía del aseguramiento privado únicamente y el porcentaje restante estaba afiliado al régimen subsidiado. Aunque el total de subsidiados contabilizados eran a la fecha 4.681.000, sólo 2.187.400 estaban carnetizados y afiliados a las entidades territoriales y recibían subsidio a la demanda, 500.000 estaban afiliados a alguna Empresa Solidaria de Salud y los otros 1.993.600 estaban financiados con recursos para la oferta como se aprecia en la tabla No. 2. Del total de 18.811.000 personas no cubiertas, el 37.4 por ciento recibían ingresos correspondientes a los estratos 1 y 2 y el 62.6 por ciento tenían ingresos en estratos superiores al 2. No se dispone de datos de distribución por sexo del número de afiliados por régimen ni de los no cubiertos.

Aunque el 50 por ciento de la fuerza laboral en el país está representada por los trabajadores independientes¹⁰, el Informe muestra que sólo el 13 por ciento de ellos se encuentra afiliado al régimen contributivo siendo el 85 por ciento empleados y el 2 por ciento pensionados (ibid, p.76-77).

Los datos de aseguramiento de las fuentes oficiales son incompletos sobre la distribución por sexo o características de ocupación, nivel educativo o ingresos de la población, por lo que debe acudir a la información procesada por otras fuentes como las encuestas del DANE.

Según la Encuesta Nacional de Hogares de junio de 1996, del total de personas ocupadas en las diez áreas metropolitanas estudiadas, 3.277.363 (54.8 por ciento) estaban afiliadas por su trabajo a una entidad de seguridad social, de las cuales 1.867.038 eran hombres y 1.410.325 mujeres. Un total de 985.260 ocupados en el sector informal (30.1 por ciento del total de personas ocupadas y 16.5 por ciento con respecto al empleo total) se encontraban afiliados a una entidad de seguridad social, 55.7 hombres y 44.3 por ciento mujeres. Tabla No. 3.

La Encuesta de diciembre del 96¹¹ muestra que del total de personas encuestadas que respondieron sobre su afiliación a la seguridad social, sólo el 51.8 por ciento estaban afiliadas a alguno de los regímenes, 51.9 por ciento de las mujeres y 51.6 de los hombres, siendo las personas no cubiertas en su mayoría menores de 44 años. Tablas No. 4 y No. 5.

De los encuestados afiliados, el 94.4 por ciento afirma pertenecer al régimen contributivo y sólo 5.6 por ciento pertenece al régimen subsidiado. De los afiliados al régimen contributivo 43.2 por ciento cotizan y 56.7 por ciento son beneficiarios, siendo más numerosas las mujeres beneficiarias y los hombres cotizantes, tabla No. 6. La mayoría de los cotizantes se encuentra vinculado a alguna actividad laboral o es pensionado, y de los beneficiarios, el porcentaje más alto lo constituyen personas que se encuentran estudiando o se dedican al hogar.

Por rango de ingresos, 83.6 por ciento de las personas afiliadas que informan sobre sus ingresos (10 por ciento del total) perciben menos de tres salarios mínimos y son cotizantes el 71.5 por ciento de ellas.

Datos de la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Salud sobre la población total muestran que el total de afiliados al régimen contributivo a diciembre de 1996, excepto los afiliados al ISS que se estimaban a la fecha en 9.319.654 personas (78.25 por ciento de la capacidad de afiliación autorizada), era de 2.834.499, de los cuales 667.844 eran mujeres entre los 15 y 44 años y 143.809 eran mayores de 60 años. 41 por ciento de los afiliados eran cotizantes y 59 por ciento beneficiarios, con una razón de dependencia aproximada afiliado/cotizante de 2.35.

A junio de 1997, los afiliados subsidiados eran 5.981.774 y los pertenecientes al régimen contributivo eran 15.531.059 incluyendo los asegurados por el ISS que proyectados a la fecha eran 10.800.000 personas sin discriminación por sexo ni edad, faltando por asegurar al 66.1 por ciento de la población. Tabla No. 7.

Cálculos apoyados en cifras de población menos elevadas son más halagadores. Datos del Centro de Gestión Hospitalaria muestran que a la fecha el 53 por ciento de los colombianos se encontraba asegurado por algún régimen, aproximadamente 19.3 millones de personas, faltando por afiliar al 47 por ciento de la población lo cual puede ser interpretado como un logro si se cuenta que en 1992 sólo el 20 por ciento de los colombianos tenía acceso a los servicios de salud por la vía de la seguridad social y que un porcentaje importante de la población, la más pobre, estaba excluida de los servicios. Estas cifras coinciden con los reportes del Ministerio de Salud.

Del total de EPS distintas al ISS, el 54.6 por ciento de los afiliados son hombres y el 45.4 por ciento restante mujeres distribuidos por grupos de edad como se muestra en la tabla No. 8. 38.5 por ciento de ellos son cotizantes y 60,3 por ciento beneficiarios.

Por tipo de cotizantes según rango salarial los datos muestran que del total de EPS que discriminan las cifras, exceptuadas el ISS y algunas empresas de reciente conformación, el 87 por ciento de los cotizantes son dependientes, 4.7 por ciento son trabajadores independientes y 8.3 por ciento pensionados, de los cuales el 69.9 por ciento devengan menos de tres salarios mínimos.

Si bien existe por lo menos una Administradora del Régimen Subsidiado, ARS por departamento, excepto Vaupés¹², y las EPS encargadas del régimen contributivo tienen representación en todas las regiones, la cobertura avanza desigualmente. En diciembre de 1996, los departamentos de Antioquia, Cundinamarca, Santander y el Distrito Capital mostraban avances importantes en sus coberturas, en particular con respecto a los afiliados al régimen subsidiado.

El censo de pobreza de 1995 reportó 1.300.000 personas con Necesidades Básicas Insatisfechas, NBI en el departamento de Antioquia, de las cuales a diciembre de 1996 se encontraban carnetizadas por el Sisben 768.232 personas y 822.720 pertenecían al régimen contributivo (sin contabilizar los asegurados al ISS) según consolidados del Ministerio de Salud. Para junio de 1997 ya 1.002.000 personas pertenecían al régimen subsidiado según cifras de la Secretaría de Salud de Antioquia, y se espera que al finalizar 1997 la cobertura se haya extendido a 118.000 personas más, cumpliendo con la meta de afiliar al total de beneficiarios al terminar 1998. Para el gobernador del Departamento¹³, el éxito en la gestión del régimen subsidiado se debe a los incentivos para que los centros hospitalarios participaran como socios de EPS privadas, EPS de las Cajas de Compensación Familiar y EPS del sector solidario conformadas por cooperativas, evitando la conformación de EPS públicas.

En diciembre de 1996, 1.738.098 personas en Santa Fe de Bogotá, sin incluir el número de afiliados al ISS, accedían a los servicios de salud por el régimen contributivo como cotizantes o beneficiarios y 647.293 del total de 1.029.232 personas con NBI calculadas según la Encuesta de Pobreza y Calidad de Vida de 1991 pertenecían al régimen subsidiado (Dane, Boletín 486, 1993); lo que equivale al 34.7 por ciento de un total de 7 millones de habitantes en que se calcula la población del Distrito incluyendo la población flotante y los desplazados por cifras ajustadas del censo de 1993.

Del total de población estudiada a septiembre de 1997 (Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 1997), 29.8 por ciento de las personas son potenciales beneficiarias de los subsidios (niveles 1 y 2 del Sisben), de los cuales se encuentran afiliados 312.210 hombres y 265.519 mujeres (52.9 por ciento) y se estima en 1.500.000 la cifra de participantes vinculados (nivel 3 del Sisben). En diciembre de 1997 el total de afiliados se había incrementado en un 57 por ciento, para un total de 910.474 personas.

Con estos datos parece constatar en términos globales un aumento efectivo de la cobertura que no ha estado unida a un incremento proporcional en la oferta de servicios y más parece tratarse de un aumento en la eficiencia en el uso de los recursos por parte de las instituciones que aún así están siendo incapaces de absorber la demanda, lo cual podría constituirse en graves restricciones al acceso a los servicios. La universalidad de la cobertura depende en últimas de la capacidad financiera del sistema para abarcar al conjunto de la población y de los mecanismos diseñados para evitar la exclusión de beneficiarios potenciales que no tienen capacidad de pago o constituyen grupos de riesgo costosos.

Datos de la Subdirección de Régimen Subsidiado del Ministerio de Salud de junio de 1997 reportan un total de 6.5 millones de afiliados subsidiados, 43 por ciento de los 15 millones de la meta total, y se calcula que al terminar el cuatrienio 1995-1998 la

cifra habrá ascendido a tan solo 7.5 millones de personas de 12 millones esperados para el período.

3.2. - Diferenciales en el acceso y uso de servicios de salud.

Los estudios de Molina (1994) y otros muestran como hasta 1993, el 20 por ciento de la población informaba no tener acceso a los servicios de salud, siendo más elevado el porcentaje de la población pobre (36 por ciento) y en particular de la población pobre rural (40 por ciento). Según cálculos de Fedesarrollo, estos mismos investigadores, con base en los datos de la Encuesta Nacional de Hogares de 1992 encontraron que dentro de las razones de no asistencia a los servicios de salud en caso de necesidad, el 50.5 por ciento de los consultados no acudió por el costo de los servicios y el 13 por ciento por razones funcionales como la no disponibilidad de centros de atención o la falta de atención en los centros disponibles como se aprecia en la tabla No. 9, siendo mayor la inasistencia por incapacidad de pago en las personas con más bajos ingresos.

Estas cifras corroboran los hallazgos de la Encuesta Nacional sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas en Salud 1986-1989 sobre Demanda y Utilización de Servicios de Salud (Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud, 1991) en la que se indagó con los entrevistados quienes tuvieron necesidad de consultar a los servicios de salud en las últimas dos semanas sobre los motivos de no consulta, siendo en un porcentaje importante (28.5 por ciento) el costo de la consulta la principal causa entre otras como la demora en la atención y la inaccesibilidad geográfica.

En este estudio se interrogó además a las mujeres cuyos embarazos terminados no fueron atendidos institucionalmente en el parto o durante aborto sobre los motivos principales de no atención encontrándose que el 18.3 por ciento adujo como motivo principal el no poder pagar el costo del servicio, en 15 por ciento la institución quedaba lejos y en 4.6 por ciento la mala atención fue la principal razón. El 30.4 por ciento restante prefirió la casa. Razones similares fueron esgrimidas al preguntar sobre la asistencia a las consultas de control prenatal y demás actividades como la consulta general y hospitalización.

Aunque la reforma de la seguridad social supone la eliminación de las barreras económicas al acceso, y centra su atención en los grupos sociales tradicionalmente excluidos de los beneficios y los mas necesitados, no se han realizado estudios que permitan conocer de las barreras que limitan el acceso y uso de los servicios por parte de la población ni de cuál es el comportamiento diferencial según género o condición socioeconómica de la población. Sin embargo, el examen de algunos casos muestra que en la práctica el costo de los servicios y la capacidad de pago por parte de la población siguen siendo las principales barreras tanto para pertenecer al sistema como para utilizar los servicios de salud que se necesitan.

Un ejemplo de ello son los resultados del estudio de caracterización de la jefatura femenina urbana en Colombia elaborado por Rico de Alonso y otros (1997) que indagó sobre las características socioeconómicas, composición familiar y acceso a servicios sociales de una muestra de 256 mujeres en las cuatro principales ciudades del país (Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla), con el propósito de proponer recomendaciones al ICBF para orientar el diseño de programas dirigidos a las jefas de hogar y a los niños dependientes de ellas con base en diagnósticos más realistas.

De las mujeres encuestadas, trabajadoras del sector informal de la economía como vendedoras ambulantes, empleadas domésticas o trabajadoras sexuales en su

mayoría, sólo el 12.5 por ciento refirió estar afiliada a la seguridad social, 1.5 por ciento tener carné de Sisben, 7.6 por ciento encontrarse afiliada a una EPS distinta del seguro social y una alta proporción, 64.5 por ciento, refirió no tener acceso a ningún servicio de salud como se muestra en la tabla No. 10.

En caso de enfermedad, el 52.8 por ciento de las mujeres usa los servicios del hospital, 27.2 por ciento acude al vecino y 16.6 por ciento acude a la medicación en droguería o a la automedicación para resolver sus necesidades de salud. Cruzados estos datos según tipo de afiliación, el mayor porcentaje de mujeres quienes acuden al hospital, al vecino o a la droguería son las que no tienen ningún tipo de afiliación seguidas de las vinculadas al seguro social (la mayoría como beneficiarias), las beneficiarias de subsidios según el Sisben y, por último, las pertenecientes a otras empresas promotoras de salud distintas del seguro social. Tabla No. 11.

En la mayoría de las entrevistadas el acceso a los servicios de salud se hace todavía por la vía de los subsidios a la oferta y la mayoría acude a los centros de salud estatales para recibir atención, siendo los costos de la atención y la escasa capacidad de pago las principales limitantes al acceso como se demuestra en algunos de los testimonios:

Rosalba, 32 años, gestora de salud y vendedora ambulante en Barranquilla: "como gestora de salud tengo derecho a ir al médico en el puesto de salud y a llevar a mis hijos. Lo único que tengo que pagar es la droga. A mis sobrinos los puedo llevar, pero pagando".

Yomaira, 46 años, empleada doméstica "externa" en Barranquilla: " cuando se me enferman... (los hijos), yo tengo una ayuda en la clínica, con Prosalud, porque una doctora Aura conoce mi situación y ella me ayuda..." "pero yo no tengo ninguna afiliación. Lo de Prosalud se va a acabar. A veces me regalan la droga y a veces si tengo que comprarla. Por eso yo no dejo de rebuscarme así ni me dejo desamparar".

Leopoldina, 50 años, recicladora y vendedora de chontaduro en Cali: "El colegio del Padre Alfredo Walker es la economía del pobre. Nosotros somos lo que somos (allá en el distrito de Aguablanca) por el padre Alfredo. Allá hay droga barata, operación barata, la limosna le da a los niños la comida a cincuenta pesos la boletica y todo eso lo solventa a uno..." "Yo no tengo el Sisben, me salió muy alto por equivocación y no me lo han dado. Cuando necesito ayuda médica voy adonde el Padre".

Rosita, 34 años, empleada doméstica externa en Bogotá: "mi esposo nos va a afiliarse al Seguro Social. Yo en este momento no estoy afiliada a nada ni los niños tampoco... Yo tengo "afiliados" a los niños al centro de salud, siempre me han atendido bien".

Aurora, 35 años, vendedora de flores en Bogotá: "Cuando un hijo se me enferma, ahí si me toca acudir a mis familiares porque yo sin ningún recurso económico y sin ningún ahorrito, pues ahí si me toca decirles, me pasó tal cosa...". "Cuando el Sisben yo estaba haciendo la cola; comenzó desde las 8 de la mañana y llegué a las dos de la tarde. Hice todas las vueltas, pero el carné no nos ha llegado todavía. Estamos esperando a que nos llegue... Estoy que deseo lo del Sisben porque estoy enferma de los riñones".

Luz Stella, 34 años, trabajadora sexual en Medellín: "Cuando los niños se me enferman a mi me toca hacerme cargo. Cuando yo no estoy, a veces ellos mismos se curan porque yo les tengo la droga seleccionada y ellos ya saben que el Dolex es para el dolor, cuál es para la diarrea y si no, van y le preguntan a un vecino. Si son cosas leves les hago remedios caseros, pero cuando es algo mayor, como una fiebre alta o laringitis, y misma los llevo al médico del centro de salud. Yo no tengo Sisben ni ninguna entidad que me apoye en ese sentido. Los gastos de salud me tocan a mí. Si no tengo, en el puesto de salud me fían. En Caja, cuando me toca pagar, yo les digo que no tengo, que no es que no les vaya a pagar, que en ocho o quince días les hago un abono o cancelo todo según la cuenta y se le paga con varias noches de trasnocho".

Ana, 55 años, vendedora de la plaza de mercado minorista de Medellín: "En la plaza nosotros tenemos un sistema de ayuda; si por ejemplo una compañera está enferma, nosotros hacemos una recolecta entre los compañeros y se la llevamos para la droga o para el mercado... La última vez que estuve hospitalizada, los compañeros de la plaza le ayudaron a mi hija a hacer una recolecta para pagar la cuenta pues no teníamos de donde sacar...

Antes en la plaza estábamos organizados en un sindicato que hablaba por nosotros y nos ayudaba a solucionar problemas, por ejemplo, cuando alguien se enfermaba, el sindicato recogía colaboración de todos para ayudar. Pero con los cambios de administración el sindicato se acabó. Ahora no pertenezco a ninguna organización, no tengo Sisben ni afiliación a nada".

Estos testimonios reflejan uno de los principales problemas a que se enfrenta el sistema, la dificultad en el proceso de focalización de los subsidios y de como el Sisben resulta en algunos casos un mecanismo insuficiente para detectar a quienes en la población poseen limitaciones de tipo económico para acceder y usar los servicios de salud y satisfacen sus necesidades haciendo uso de la oferta pública de servicios financiada por la vía de los subsidios a la demanda. En este sentido, una dificultad importante es la insuficiencia de mecanismos y de recursos financieros para garantizar el aseguramiento de las personas identificadas como pobres y simultáneamente garantizar la atención de los llamados vinculados. Los hospitales públicos se han transformado lentamente en Empresas Sociales del Estado. Sin embargo, siguen comportándose como hospitales públicos financiados con recursos del Estado que soportan la mayor carga de la atención y cuyas capacidades de competir por los subsidios a la demanda están restringidas con respecto a la oferta privada. Finalmente, no existe claridad en la sustitución de las fuentes financieras, de tal manera que son las fuentes de recursos fiscales sobre las que recae el mayor peso durante el período de transición (Assalud, 1997).

4. LAS MUJERES Y LOS MENORES, GRUPOS VULNERABLES DE LA POBLACIÓN EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. MECANISMOS PARA ASEGURAR EL ACCESO Y EVITAR LA SELECCIÓN ADVERSA.

La Ley 100 no incorpora de manera específica la perspectiva de género en el objetivo de mejorar la cobertura, pero reconoce en el enfoque de riesgo que define el conjunto mínimo de beneficios y el costo de dichos beneficios, que existen necesidades diferenciales de salud y de asistencia según sexo y que los gastos promedio de atender la salud son también distintos por edad y sexo lo que implica diseñar mecanismos que garanticen el acceso a los servicios de salud dadas dichas diferencias.

En relación con este objetivo de la equidad de género, en el capítulo sobre los derechos sociales, económicos y culturales de la Constitución Nacional de 1991, el artículo 43o. plantea la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres, la prohibición de la discriminación en contra de la mujer y se postula el derecho a la asistencia y protección por parte del Estado durante el embarazo y después del parto, con especial atención a las mujeres jefas de hogar.

Para cumplir con el compromiso prioritario de instaurar una estrategia para alcanzar la equidad de género, el actual gobierno formuló la *Política para la Equidad y Participación de la Mujer, Epam* incluida en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-1998 *El Salto Social* con el objeto de "garantizar que las mujeres alcancen y desempeñen posiciones de poder y de decisión en todos los ámbitos; que tengan acceso y control de los recursos para su desempeño con eficiencia y que sus intereses y derechos se transformen en un compromiso de la sociedad" (Ministerio del Medio Ambiente, 1995). Apoyado en los objetivos señalados en el Conpes sobre salud de enero de 1995 (Departamento Nacional de Planeación-Ministerio de Salud, 1995), de reducir en el cuatrienio la carga de la enfermedad, disminuir la mortalidad materna en 50 por ciento y aumentar de la Esperanza de Vida al Nacer, se propone el proyecto *Esperanza de Vida Femenina* cuya población sujeto son las mujeres más pobres del país.

El Proyecto tiene como estrategias: la constitución de una dependencia encargada de la Salud de la Mujer dentro del organigrama del Ministerio de Salud encaminada al diseño, implementación, seguimiento y evaluación del proyecto mediante el fortalecimiento de la información sobre perfiles epidemiológicos, regionales y por sector socioeconómico desagregada por sexo, y con el propósito de garantizar la afiliación de las mujeres más pobres al régimen de subsidios en salud con especial atención a las mujeres sin compañero ni trabajo estables y a las mayores de 65 años sobre quienes recae la mayor carga de enfermedad.

Interpretando esta necesidad de diseñar estrategias para responder a las necesidades de salud de las mujeres, en particular de las mujeres en edad reproductiva, se creó el Programa de Salud Sexual y reproductiva dentro de la División de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud en el cual se inscriben todos los programas y acciones específicas incluido el Programa de Atención Materno Infantil, PAMI, uno de los planes complementarios diseñado por el Sistema cuyas acciones adicionales a las

contenidas en el POS pretende elevar el nivel de salud de las mujeres consideradas como grupo vulnerable de la población en razón de su capacidad reproductiva.

Del total de población pobre en el país al menos el 50 por ciento son mujeres y menores de quince años de los cuales cerca del 50 por ciento se encuentran en indigencia, principalmente en las zonas rurales. Las recientes propuestas en materia de seguridad social y bienestar en el país insisten en la atención de grupos de pobres y de otros grupos vulnerables de la población como las mujeres gestantes, sus hijos menores de un año, y las mujeres jefas de hogar.

Para evitar la selección adversa de los distintos grupos de bajos ingresos y alto costo, los pobres, viejos, mujeres en edad reproductiva, enfermos crónicos y con enfermedades catastróficas, la Ley 100 previó una serie de estrategias y de cómo ellas operan depende también el éxito en la cobertura y en alcanzar el objetivo último de garantizar el acceso al Sistema, a los servicios, e incidir positivamente en el mejoramiento del estado de salud de la población.

Las mujeres en edad reproductiva constituyen uno de los grupos de mayor costo de la atención tanto por las prestaciones médico-asistenciales que requieren en la atención prenatal, en el parto y en el posparto como por las prestaciones económicas que acompañan a la maternidad. Para evitar la selección adversa una de las estrategias en marcha es el pago de las licencias por fuera del valor de la UPC (valor del paquete de servicios esenciales), el reconocimiento de un valor diferencial en la UPC para las maternas y la equidad en la participación femenina en las EPS en el grupo de edad entre los 15 y 44 años.

Pese a las provisiones para garantizar la universalidad y solidaridad y de la reglamentación, han sido evidentes los esfuerzos de las EPS por evitar la afiliación masiva de mujeres en edad reproductiva o mujeres mayores de 65 años. Según el Informe Harvard (Ministerio de Salud-Programa Universidad de Harvard, 1996) el ajuste específico de riesgo que la Ley plantea permite aún la selección por edad y sexo. En las entrevistas con funcionarios de distintas EPS, los investigadores del Informe encontraron que algunas de las empresas han inscrito cantidades desproporcionadas de mujeres entre los 40 y 44 años que si bien caen todavía en el grupo de edad reproductiva y el valor de la UPC es igual, sus posibilidades de tener hijos son reducidas comparadas con los patrones de fecundidad de las mujeres menores de 40, y por tanto en promedio cuestan menos. Resultados similares se han presentado en la afiliación de los mayores de 60 años en los que las contingencias de salud son más costosas.

Simultáneamente con el reconocimiento del riesgo diferencial y del costo de los servicios según edad y sexo, la salud de las mujeres y los niños ha sido considerada un indicador del grado de desarrollo de un país y del acceso a servicios de salud, por lo que los programas y actividades especialmente dirigidos han constituido tradicionalmente una prioridad. En el nuevo sistema de salud, otro mecanismo diseñado para atender a estos grupos es el Programa de Atención Materno Infantil, PAMI, cuya meta es proporcionar servicios financiados por el gobierno para las mujeres durante el embarazo y el parto y la atención de sus hijos hasta el año de edad con el objeto de reducir la elevada mortalidad y discapacidad materno-infantil.

La elevada mortalidad materna en algunas regiones, en contraste con el descenso en las tasas en países con similar nivel de desarrollo, la baja cobertura de estos servicios y la existencia de intervenciones altamente costo-efectivas para prevenir la mortalidad y la discapacidad asociadas a la esfera reproductiva son los principales argumentos que justifican la existencia de este programa. En cifras, esto puede verse claramente en el comportamiento de los principales indicadores en el período 1990-1995 según las encuestas de Demografía y Salud de Profamilia (Jaramillo, 1997). La

tasa de mortalidad infantil que en 1990 se estimó en 27 por mil ascendió a 28 por mil según la misma fuente en 1995, similar al estimado de la mortalidad de menores de cinco años que pasó de 35 por mil niños a 36 por mil. Los porcentajes de vacunación total disminuyeron de 67.5 por ciento a 56.2 por ciento, la tasa global de fecundidad aumentó (2.91 hijos por mujer en el 90 a 2.97 hijos por mujer en el 95) y la proporción de embarazadas atendidas por profesional se mantuvo estable (82 por ciento a 82.6 por ciento).

El PAMI ofrece servicios de educación en salud, nutrición, salud oral y control, prenatal durante el embarazo, atención del parto de bajo y alto riesgo y atención infantil hasta el año de vida de los recién nacidos que incluye programas de nutrición y fomento de la lactancia materna, vacunación, servicios de consulta externa y tratamiento hospitalario para dolencias comunes como la diarrea y la infección respiratoria. Se financia con recursos de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Si bien el PAMI es un plan de beneficios complementarios a los contenidos en el POS y en el Plan de Atención Básica, PAB, no se ha establecido claramente la responsabilidad por la prestación de estos servicios ni se ha esclarecido si podrá darse duplicidades en algunas áreas entre planes. Entre tanto, son los entes subnacionales los encargados de ejecutar dichas acciones bajo la vigilancia del Ministerio de Salud.

Según la directora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva¹⁴, una de las principales dificultades en la ejecución de las distintas actividades es que no se dispone de información actualizada y confiables sobre el estado de la salud femenina e infantil, ni datos de cobertura por actividad contemplada en los planes. De cerca de 220 municipios estudiados en una muestra para verificar la evolución de los programas de la División, se encontró que por lo menos en el 50 por ciento de ellos la información no se procesa y en el 50 por ciento restante los datos están desactualizados lo que hace difícil reconstruir el panorama del avance de los contenidos de los programas. La inexistencia de un sistema de información que de cuenta de las características de la población y que permita orientar las acciones parece ser la constante como se verifica en los datos de cobertura del sistema.

Con base en los mandatos constitucionales, la política social consagrada en el plan de desarrollo de la presente administración, los documentos Conpes sobre salud y seguridad social, red de solidaridad social y la política de la Epam y los contenidos sobre focalización de la Ley 60 de 1993 y del nuevo sistema de la Ley 100 se puso en consideración del Consejo Nacional de Seguridad Social en 1996, la propuesta "Política de Atención en Salud Materno Infantil" para el desarrollo de los programas PAMI-RED y FAMI-ICBF con el fin de asegurar la atención de las mujeres gestantes y menores, estimulando la afiliación de las más pobres al régimen subsidiado para garantizar la atención en salud y nutrición de las mujeres más pobres y sus hijos, obviando las dificultades en información y focalización presentes hasta el momento (Giraldo y otras, s.f.).

Estas iniciativas hacen parte de las estrategias que distintos entes gubernamentales y no gubernamentales vienen llevando a cabo para incorporar una consideración específica sobre la salud de las mujeres dentro del marco del nuevo sistema y redefinir los cursos de acción. Tales son las propuestas contenidas en el Seminario "La Salud de las Mujeres en el Marco de la Ley 100" realizado en Bogotá entre el 26 y 27 de mayo de 1997 (Proequidad, 1997) en el que distintas instituciones y entidades se comprometen con estrategias de trabajo en salud (Proequidad, 1997).

Dichas estrategias están encaminadas a asegurar el acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado de las mujeres pobres jefas de hogar, estimular la afiliación al régimen contributivo de las trabajadoras del sector informal sobre la

propuesta de una base de cotización inferior a los dos salarios mínimos con las respectivas prestaciones sociales distintas a las contingencias de salud; mejorar los sistemas de información incorporando indicadores específicos sobre problemas de salud según sexo y etapa del ciclo vital, e indicadores de oferta de servicios también diferenciales; estimular mecanismos de participación en salud para las mujeres hacia el conocimiento de sus deberes y derechos y sus posibilidades de inclusión en la toma de decisiones, coherentes con procesos de información y educación dentro del sistema, y en especial a los prestadores de servicios, sobre la salud de las mujeres; y, formular recomendaciones para incluir en los planes de beneficios consideraciones de salud integral para las mujeres y elementos de equidad de género.

5. PRINCIPALES HALLAZGOS.

Este trabajo se construyó intencionalmente desde la óptica de las mujeres sobre la salud y los servicios en el marco del nuevo diseño de sistema de salud que el país ha configurado a partir de la ley 100 de 1993, para denotar la invisibilidad de las mujeres en las formulaciones políticas en materia de salud, sin desconocer el sentido fundamental de la categoría género. De alguna manera expresa justamente la ausencia de una perspectiva de género en los recientes procesos de reforma del sistema.

La información presentada permite llegar a conclusiones de diversos ordenes sobre la posición de las mujeres con respecto a la salud y a los servicios de salud, unas de tipo teórico sobre los modelos conceptuales que parece subyacen a las acciones, otras de tipo técnico sobre los mecanismos para alcanzar los objetivos propuestos y las deficiencias en los sistemas de información sobre los cuales se apoyan las conclusiones sobre los logros y dificultades del Sistema, y unas más que dan cuenta de la situación de las mujeres y de sus posibilidades de acceder al sistema sin profundizar en viejos problemas que atañen a la ausencia de representación de las mujeres en los espacios de decisión en el sector que bien merece ser tema de otra investigación.

En el primer caso, el del terreno de lo conceptual, el sistema tiene como uno de sus ejes centrales el logro de la equidad apoyado en dos supuestos: el primero, que la equidad no es un problema de distribución sino de focalización lo que se demuestra con el establecimiento de regímenes diferenciales según la capacidad económica de la población, lo que en últimas es reconocer pero también fomentar las desigualdades, y el segundo, que la equidad en salud se reduce al problema de cómo acceder a los servicios y no que de manera más general acceder al sistema deberá significar poder incidir en los distintos factores que determinan la salud de las personas más allá de la atención médica que constituye tan solo un componente.

Desde el punto de vista del género se ha insistido en que la reforma de la Ley 100 de 1993 que configura al actual sistema no tiene una consideración específica sobre las circunstancias diferenciales y desiguales entre hombres y mujeres con respecto a la salud y al acceso y uso de los servicios y más aún el nuevo sistema no ha significado un cambio con respecto a la tradicional forma de vinculación de las mujeres como beneficiarias de servicios producto de la estructura de parentesco y de su rol como madres más que como proveedoras, pese a que un porcentaje importante de la fuerza laboral en el país son mujeres.

Las cifras, con mayores o menores diferenciales según la fuente, muestran que en general del total de personas quienes ingresan al sistema de salud, la mayoría son hombres y en menor proporción son mujeres; que de ellas la mayoría pertenece al régimen contributivo fundamentalmente en calidad de beneficiarias, y que los afiliados subsidiados son también más hombres que mujeres y de los no afiliados aunque no se conoce distribución por sexo, pero a sabiendas de que son más las mujeres pobres que los hombres pobres, puede inferirse que también la desventaja recae sobre las mujeres. Una hipótesis que se desprende de estas evidencias es si el aseguramiento remueve

efectivamente barreras al acceso a los servicios, y en este terreno la principal deficiencia es la ausencia de estudios sobre el tema que den cuenta de las diferencias y desigualdades existentes entre géneros y entre grupos socioeconómicos para acceder y usar los servicios, y sobre la responsabilidad del sistema en crear o eliminar obstáculos.

A pesar de la deficiencia de los sistemas de información para recolectar información según características demográficas y socioeconómicas de la población, los perfiles de salud muestran las desigualdades existentes entre géneros y entre grupos estratificados de la población y aunque se reconoce la importancia y el efecto de las acciones de los servicios en la salud femenina, las mujeres siguen soportando una alta carga de enfermedad aún cuando han constituido un grupo tradicionalmente prioritario de las acciones y programas de salud. La salud reproductiva es un problema pero más allá de esta condición biológica, las mujeres presentan otras necesidades que requieren atención y que sólo pueden ser resueltas cuando sus oportunidades de ingresar al sistema para recibir todos los beneficios sean igualadas.

La respuesta a estas distintas necesidades de las mujeres ha estado históricamente representada por la existencia de programas y actividades específicas bajo la consideración de grupo vulnerable de la sociedad, lo cual ha demostrado sus deficiencias en el logro de los ideales de salud que se espera alcanzar para toda la población. Pese al espacio ganado en la discusión sobre la necesidad de involucrar el género como categoría de análisis para el estudio de los problemas que afectan diferencialmente a hombres y mujeres, niños, niñas, jóvenes y viejos, sigue existiendo una carencia de formulaciones políticas en el campo de la salud con esa perspectiva; lo que a la postre resulta en una reproducción de las acciones y propuestas del pasado. Sin embargo, cada vez con más fuerza, irrumpen en el escenario de este debate organismos y entidades dentro y fuera del sector con propuestas específicas que requieren de voluntad política para ser incorporadas en los contenidos de las acciones del sistema y que es necesario recoger.

6. HACIA UNA EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD. RECOMENDACIONES.

“...permear toda la gestión gubernamental mediante la identificación de las barreras invisibles que impiden la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres para ajustar las políticas estatales con la perspectiva de género”.

Cecilia López, Prólogo “ Perspectiva de Género en el Plan de Desarrollo 1995-98”.

Las condiciones de vida definen el perfil de salud y las necesidades de servicios de salud de la población. Las desigualdades en las condiciones generales de vida pueden ser interpretadas como los factores explicativos de las diferencias injustas entre géneros y entre grupos sociales, de tal manera que además de igualar las oportunidades de acceso al sistema y a los servicios de salud, se requerirá de incidir sobre los distintos factores que en la sociedad limitan las posibilidades de cada una y de cada uno para obtener los componentes del bienestar necesarios para su desarrollo.

Esto implica que la información disponible reconozca las diferencias existentes no basadas en estereotipos biológicos o sociales, los riesgos, las condiciones, las desigualdades y que con base en ellas defina cursos de acción desde los servicios de salud que permitan a hombres y mujeres satisfacer sus necesidades de salud en todos los ámbitos y que las relaciones de solidaridad se extiendan no solo entre generaciones o regiones geográficas sino también entre sexos.

El incorporar los contenidos propuestos en el programa de la Epam a lo largo y ancho de la estructura y las acciones del sistema de seguridad social desde una perspectiva amplia que no reduzca la salud femenina al tema de la reproducción es un imperativo. Y más aún, las mujeres no sólo deben ser depositarias de las acciones sino que además deberán ser incluidas en los espacios de decisión sobre el diseño de los servicios de salud que requieren.

Para avanzar en equidad desde la perspectiva de género, el sistema de seguridad social en salud colombiano requiere atender retos tanto teóricos como técnicos, financieros y políticos:

- Es necesario revisar los contenidos sobre salud incluidos en los distintos planes, proyectos, reglamentaciones y programas de salud, identificando en qué medida integran los intereses específicos de hombres y mujeres y reconocen las diferencias existentes y las desigualdades sociales, económicas, étnicas, por grupos de edad o culturales entre géneros e intragéneros, que conduzca a una reconceptualización desde la perspectiva de género. Esta reflexión sobre el género debe estar apoyada en un proceso de información, educación y comunicación que involucre a los trabajadores del sector y estimule los mecanismos de participación y control social.
- El conocimiento de la realidad sanitaria requiere de diagnósticos apoyados en información que de cuenta de las particularidades y de las diferencias y desigualdades biológicas y sociales entre mujeres y hombres y entre grupos de la

sociedad, que permita diagnosticar las necesidades de salud, las necesidades de participación y el cómo ellas pueden ser resueltas e integradas en el nuevo diseño del sistema. Los efectos que el nuevo esquema de aseguramiento tiene en mejorar el acceso a los servicios por parte de la población y el impacto de sus acciones en el perfil de salud, podrán ser evaluados sólo en la medida en que los sistemas de información incorporen indicadores epidemiológicos y de oferta de servicios desagregados por sexo y por otras características demográficas, geográficas y socioeconómicas que permitan el análisis de género.

- El análisis de las coberturas por regímenes según variables de sexo, ocupación e ingresos muestran que la tradicional forma de vinculación al sistema y de acceso a los servicios no ha tenido un efecto homogéneo entre hombres y mujeres y que un modelo de aseguramiento como el que se ha configurado para el sistema de salud, en tanto prevalezca una división sexual del trabajo, tendrá pocas repercusiones positivas si ello no va aunado a una redefinición de roles y a una inclusión y valoración del trabajo femenino. Si no se modifican estos supuestos, las mujeres seguirán participando en el sistema como beneficiarias de los afiliados en el mejor de los casos o engrosando la larga fila de participantes vinculadas o seleccionadas dentro del régimen subsidiado y las contingencias de salud y las diferencias en riesgo por su capacidad reproductiva seguirán teniendo importantes repercusiones económicas.
- El objetivo de alcanzar la cobertura universal requiere además de replantear los planes de beneficios de manera que permitan responder a las especificidades entre sexos, entre grupos sociales y entre regiones, ajustando los contenidos y diseñando mecanismos de financiamiento que permitan ganar en equidad, igualando las oportunidades de todas y todos de acceder a los servicios y recibir respuestas oportunas y adecuadas a las distintas necesidades.

Notas

¹Ver los trabajos de Londoño, Argelia (1992) y Mosser, C.O. (1992) sobre articulación mujer-desarrollo y los documentos oficiales de Naciones Unidas y CEPAL producidos durante la década de los setenta durante el *Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1975-1985)* que ilustran el debate en torno a la integración mujer-desarrollo, citados por DE LOS RÍOS, Rebecca. *Género, salud y desarrollo*, en: *Género, Mujer y Salud en las Américas*, Publicación científica No. 541, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1993, p. 3-9.

²Ver algunas de las propuestas vigentes en los trabajos de John Rawls y su idea de la "Justicia como equidad" en: *Teoría de la Justicia*, México, Fondo de Cultura Económica, 1979 y el texto de Heller, Agnes "Más allá de la Justicia", Barcelona, Editorial Crítica, 1990.

³Conceptos y métodos que han servido como referentes para la medición de inequidades en salud y en la prestación de servicios de salud en Europa y que se recogen el documento "Inequalities in health", Penguin Books, London, 1982.

⁴En un esfuerzo por explicar como funcionaría la concepción de equidad aplicada al caso de la salud, James Drane en: "Cuestiones de justicia sanitaria en la Prestación de servicios de salud", *Boletín OPS*, vol. 108, Nos. 5-6, 1990, sostiene que ello requeriría que los sistemas de salud garanticen el acceso a cierto nivel de atención y de servicios médicos a las personas menos favorecidas y más necesitadas, entendiendo por necesidad de asistencia sanitaria lo planteado por Norman Daniels (1985) en "Just Health Care", para quien serían aquellas

“enfermedades que son desviaciones de la organización funcional natural de un miembro de la especie” (p. 28), pero no las demás. Sólo en estos casos no habría obstáculos económicos, geográficos, raciales ni sexuales para el acceso inicial a los servicios.

⁵Datos ajustados por cobertura censal de 1993 y proyectados a diciembre de 1996, con base en las proyecciones del DANE de junio de 1996 y junio de 1997.

⁶El Departamento Nacional de Estadística, Dane realiza trimestralmente la Encuesta Nacional de Hogares en las diez principales áreas metropolitanas en las que indaga sobre aspectos generales de la población, empleo formal e informal, composición del hogar, actividad económica y características del ingreso de los hogares.

⁷Ver los trabajos de Amartya Sen, Julio Bouvinic y Fernand Mires en el debate internacional y Carlos Eduardo Vélez, Ana Rico de Alonso, Olga Lucía Castillo, Flor Edilma Osorio, Carmen Elisa Flórez, Lissete Lemoine, Dominique Surinam y Elssy Bonilla en el contexto colombiano.

⁸Constitución Política de Colombia, artículo 13o., 1991

⁹Artículo 153, libro segundo, ley 100 de 1993.

¹⁰La categoría de trabajadores independientes se refiere a los trabajadores del sector informal que son empleados independientes o que laboran en compañías de menos de 10 trabajadores y quienes trabajan en el servicio doméstico o son miembros de familia.

¹¹En esta Encuesta el DANE incluyó un módulo sobre seguridad social en el que se consulta sobre afiliación, régimen de afiliación, entidad afiliadora, tipo de afiliación (cotizante-beneficiario), plan de salud que recibe y uso de servicios de salud según Plan.

¹²La mayor parte de la población del Vaupés es indígena y se está en proceso de constituir una Administradora del Régimen Subsidiado indígena.

¹³Entrevista con el gobernador del departamento de Antioquia Álvaro Uribe Vélez publicada en la revista *Via Salud*, No. 3, primer trimestre de 1998, p. 32.

¹⁴Entrevista con Luz Helena Monsalve, directora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud

CUADROS

Tabla No. 1.
Cobertura por Subsistemas en el Antiguo Sistema Nacional de Salud, 1993.

| Subsistema de Afiliación | Cobertura (%) |
|---|----------------------|
| Seguridad y Previsión Sociales | 20.0 |
| Empresas de Medicina Prepagada y Otros Seguros Privados | 10.0 |
| Asistencia Pública | 40.0 |

Fuente: Cálculos de la autora, distintas fuentes.

Tabla No. 2.
Cobertura de la Población Colombiana, Diciembre 1995.

| Tipo Afiliación | No. | % |
|------------------------|-------------------|--------------|
| Contributivo | 12.857.000 | 35.8 |
| Aseguramiento Privado | 1.531.000 | 4.3 |
| Subsidiado | 2.687.400 | 7.5 |
| No Asegurados | 18.811.000 | 52.4 |
| Total | 35.886.400 | 100.0 |

Fuente: "La Reforma de Salud en Colombia", Programa Universidad de Harvard, 1996.

Tabla No. 3.
Afiliación a la Seguridad Social según Posición Ocupacional por Sexo, Junio 1996.

| Sexo | No. de Afiliados a la Seguridad Social según Ocupación | | | | | | Total |
|--------------|---|------------------|----------------|---------------|----------------|----------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Hombres | 3.374 | 1.264.192 | 252.886 | 2.951 | 219.610 | 124.025 | 1.867.038 |
| Mujeres | 6.110 | 952.722 | 221.922 | 62.281 | 126.036 | 41.254 | 1.410.325 |
| Total | 9.484 | 2.216.914 | 474.808 | 65.232 | 345.646 | 165.279 | 3.277.363 |

Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Hogares, Etapa 92, Junio 1996.

1. Trabajador Familiar sin Remuneración
2. Obrero/Empleado Particular,
3. Obrero/Empleado del Gobierno,
4. Empleado Doméstico,
5. Trabajador por Cuenta Propia,
6. Patrón o Empleador

Tabla No. 4.
Cobertura de la Seguridad Social según Sexo, Diciembre 1996.

| Sexo | Afiliación a la Seguridad Social | | | | Total |
|---------|----------------------------------|------|--------|------|--------|
| | Sí | % | No | % | |
| Hombres | 24.791 | 51.6 | 23.264 | 48.4 | 48.055 |
| Mujeres | 27.883 | 51.9 | 25.837 | 48.1 | 53.720 |

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta Nacional de Hogares, Etapa 94, Diciembre 1996, DANE.

Tabla No.5.
Cobertura de la Seguridad Social según Grupos de Edad, Diciembre 1996

| Edad | Afiliación a la Seguridad Social | | | | Total |
|--------------|----------------------------------|-------------|---------------|-------------|----------------|
| | Sí | % | No | % | |
| 0-14 años | 14.646 | 48.5 | 15.543 | 51.5 | 30.189 |
| 15-29 años | 13.516 | 46.9 | 15.303 | 53.1 | 28.819 |
| 30-44 años | 12.962 | 57.0 | 9.776 | 43.0 | 22.738 |
| 45-59 años | 6.907 | 59.4 | 4.715 | 40.6 | 11.622 |
| 60 y más | 4.643 | 58.1 | 3.355 | 41.9 | 7.998 |
| Total | 52.674 | 51.9 | 48.692 | 48.1 | 101.366 |

Fuente: Cálculos propios en base a Encuesta Nacional de Hogares, Diciembre 1996, DANE.

Tabla No. 6.
Cobertura por Tipo de Afiliado al Régimen Contributivo, Diciembre 1996.

| Tipo Afiliado | Hombres | % | Mujeres | % | Total | % |
|---------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|--------------|
| Cotizante | 13.375 | 54.3 | 9.260 | 33.4 | 22.635 | 43.2 |
| Beneficiario | 11.237 | 45.6 | 18.445 | 66.5 | 29.682 | 56.7 |
| Total | 24.612 | 47.1 | 27.705 | 52.9 | 52.317 | 100.0 |

Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Hogares, Etapa 94, Diciembre 1996.

Tabla No. 7.
Cobertura Total de la Seguridad Social, Junio 1997

| Afiliación | No. | % de Población |
|----------------------|-------------------|----------------|
| Régimen Contributivo | 15.531.059 | 38.9 |
| Régimen Subsidiado | 5.981.774 | 15.0 |
| No Afiliados | 18.347.864 | 66.1 |
| Total | 39.860.697 | 100.0 |

Fuente: Cálculos del autor según datos del DANE y del Ministerio de Salud.
Total : Proyecciones del DANE, Junio de 1997 en base al Censo de 1993.

Tabla No. 8.
Afiliación Régimen Contributivo otras EPS, por Edad y Sexo 1997.

| Edad | Afiliación Seguridad Social | | | | |
|---------------|-----------------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|
| | Hombres | % | Mujeres | % | Total |
| Menor 1 año | 55.432 | 50.6 | 54.018 | 49.4 | 109.450 |
| 1-4 años | 211.751 | 50.6 | 207.033 | 49.4 | 418.784 |
| 5-14 años | 449.922 | 50.5 | 441.531 | 49.5 | 891.453 |
| 15-44 años | 1.847.110 | 58.9 | 1.287.140 | 41.1 | 3.134.250 |
| 45-59 años | 251.934 | 46.1 | 294.285 | 53.9 | 546.219 |
| 60 y más años | 149.224 | 45.1 | 181.679 | 54.9 | 330.903 |
| Total | 2.965.373 | 54.6 | 2.465.686 | 45.4 | 5.431.059 |

Fuente: Ministerio de Salud, Junio 1997, Dirección General de Seguridad Social en Salud, Circular No. 2.

Tabla No. 9.
Razones de No Asistencia según Quintiles de Ingreso. Total Nacional 1992

| Quintil Ingreso | Total Enfermos | Total No Asistencia | Razones de Inasistencia | | | |
|-----------------|------------------|---------------------|-------------------------|---------------|-------------|-------------|
| | | | Costo Servicio | No Hay Centro | No Atención | Otro |
| 1 | 955.861 | 304.713 | 56.8 | 13.7 | 2.5 | 27.0 |
| 2 | 944.830 | 246.584 | 55.6 | 8.5 | 27 | 33.2 |
| 3 | 895.627 | 162.909 | 49.9 | 10.5 | 5.4 | 34.2 |
| 4 | 919.338 | 112.459 | 40.0 | 5.6 | 4.0 | 50.0 |
| 5 | 1.032.710 | 83.165 | 27.4 | 2.2 | 2.8 | 67.6 |
| TOTAL | 4.748.366 | 909.830 | 50.5 | 9.7 | 3.3 | 36.5 |

Fuente: Molina, C.G. y Giedión, U., *Coyuntura Social*, No. 11, Noviembre 1994.

Tabla No. 10.
Afiliación a la Seguridad Social de las Jefas de Hogar

| Tipo Seguro | Afiliadas | % |
|---------------|------------|--------------|
| Seguro Social | 33 | 12.45 |
| Sisben | 41 | 15.47 |
| Ninguna | 171 | 64.53 |
| Otra EPS | 20 | 7.55 |
| Total | 265 | 100.0 |

Fuente : Cálculos en base a tabulados "Caracterización y Estructura Interna de la Jefatura Femenina en Zonas Urbanas del Sector Informal de la Economía", 1997.

Tabla No. 11.
Lugar de Asistencia en Caso de Enfermedad según Acceso a la Seguridad Social

| Acude en Primer Lugar | Afiliación a la Seguridad Social (%) | | | | Total (%) |
|-----------------------|--------------------------------------|--------------|--------------|-------------|---------------|
| | Seg. Social | Sisben | Ninguna | Otra EPS | |
| Atiende en Casa | 1.1 | 3.4 | 21.6 | 1.1 | 27.2% |
| Va al Vecino | 0.4 | 0.7 | 1.9 | 0.0 | 3.0% |
| Hospital | 9.4 | 8.3 | 29.1 | 6.0 | 52.8% |
| Droguería-Médico | 1.5 | 2.6 | 12.1 | 0.4 | 16.6% |
| Otras | 0.0 | 0.4 | 0.0 | 0.0 | 0.4% |
| Total | 12.4% | 15.4% | 64.7% | 7.5% | 100.0% |

Fuente: Cálculos con base en los tabulados del estudio "Caracterización y Estructura Interna de la Jefatura Femenina en Zonas Urbanas del Sector Informal de la Economía", 1997.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud (1997). "Desarrollo del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud", Informe General, Septiembre.
- ASSALUD (1997). "Ley Cien. Un año de implementación", *Informes técnicos*, No. 1, Bogotá, ASSALUD-FES.
- De los Ríos, R y Gómez, E. (1991). "La Mujer en la Salud y el Desarrollo: Un Enfoque Alternativo", Ponencia presentada en la III Reunión Internacional sobre Atención Primaria de Salud, La Habana - Cuba, Marzo de 1991.
- DANE (1993). "Las Estadísticas Sociales en Colombia", Bogotá, DANE.
- (1993a). "Encuesta de Pobreza y Calidad de Vida 1991", Boletín No. 486.
- De la Hoz, J.G. y otras (1995). "Aproximación al Concepto de Equidad en Salud: Su aplicación en la Constitución Política de 1991 y en la Reforma de la Seguridad Social de 1993", Tesis de Grado Maestría en Administración de Salud, Bogotá, Universidad Javeriana.
- Departamento Nacional de Planeación (1995). "Salud y Seguridad Social", Documento Conpes 2756, Enero.
- (1994). "Encuesta de Caracterización Socioeconómica", Bogotá, DNP.
- Gómez, E. (1997). "La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe. Viejos problemas y nuevos enfoques", *Serie Mujer y Desarrollo*, No. 17, Unidad de Mujer y Desarrollo, Cepal.
- Jaramillo, I. (1994). "El Futuro de la Salud en Colombia", Bogotá, FESCOL-Fundación Corona.
- Ministerio de Salud (1994). "La carga de la enfermedad en Colombia", Bogotá, Minsalud.
- (1995). "La Salud en Colombia. Diez años de Información", Bogotá, MinSalud.
- Ministerio de Salud-Programa Universidad de Harvard (1996). "La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro de Implementación", Proyecto de la Reforma del Sector Salud en Colombia-Escuela de Salud Pública Universidad de Harvard, Reporte Final, Agosto.
- Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud (1991). "Demanda y Utilización de Servicios de Salud. Encuesta Nacional sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud: 1986-1989", Bogotá.
- Ministerio del Medio Ambiente (1995). "Política de Equidad y Participación de la Mujer", Bogotá.
- Nieto, Y. (1997). "La mujer trabajadora frente a la seguridad social", *Memorias IV Conferencia Iberoamericana sobre Familia "Familia, trabajo y género"*, tomo VI, Colombia.
- Oróstegui, M. y otros (1990). "Situación de Salud", *Estudio Sectorial de Salud. La Salud en Colombia*, tomo I, Bogotá, DNP-MinSalud.

- OMS (1990). "Mejoramiento del estado de salud de la mujer y promoción de la equidad", *Serie Documentos Reproducidos Mujer en la Salud y el Desarrollo*, Washington, OMS-GPS.
- PNUD (1996). "Informe sobre Desarrollo Humano", Madrid, Mundi Prensa Libros.
- PROEQUIDAD (1997). Memorias del Seminario "La salud de las mujeres en el marco de la ley 100" realizado en Bogotá entre el 26 y 27 de Mayo.
- PROFAMILIA (1995). "Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Bogotá, Profamilia.
- Rico de Alonso, A. (1997). "La Perspectiva de Género en el Sector de Educación", Informe Final de Consultoría Dirección Nacional Para la Equidad de la Mujer, Bogotá.
- Rico de Alonso, A. y otros (1997). "Caracterización y Estructura Interna de la Jefatura Femenina en Zonas Urbanas del Sector Informal de la Economía y su Incidencia en la Protección de la Infancia", Consultoría Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Datos preliminares, Bogotá, Universidad Javeriana.
- Rico, M.N. (1993). "Desarrollo y equidad de género. Una tarea pendiente", *Serie Mujer y Desarrollo*, No. 13, Unidad de Mujer y Desarrollo, Cepal.
- Williams, F. (1997). "Raza, etnia, género y clase en los Estado de Bienestar: Un Marco para el Análisis Comparativo", *Papel Político*, No. 5, p. 56-57.
- Whitehead, M. (1992). "The Concepts and Principles of Equity and Health", *International Journal of Health Services*, vol. 22, No. 1, p. 429-445.

Serie Financiamiento del Desarrollo *

| No. | Título |
|-----|--|
| 1 | "Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988)" (LC/L.522), noviembre de 1989 |
| 2 | "Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987" (LC/L.526), diciembre de 1989 |
| 3 | "Los determinantes del ahorro en México" (LC/L.549), febrero de 1990 |
| 4 | "Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones" (LC/L.553), abril de 1990 |
| 5 | "La cooperación regional en los campos financiero y monetario" (LC/L.603), noviembre de 1990 |
| 6 | "Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pasivos: experiencias de América Latina" (LC/L.609), enero de 1991 |
| 7 | "El leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina" (LC/L.652), noviembre de 1991 |
| 8 | "Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras" (LC/L.655), noviembre de 1991 |
| 9 | "Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma" (LC/L.656), noviembre de 1991 |
| 10 | "¿Existe aún una crisis de deuda latinoamericana?" (LC/L.664), diciembre de 1991 |
| 11 | "La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno" (LC/L.721), noviembre de 1992 |
| 12 | "Las monedas comunes y la creación de liquidez regional" (LC/L.724), diciembre de 1992 |
| 13 | "Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política" (LC/L.755), junio de 1993 |
| 14 | "Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores" (LC/L.768), julio de 1993 |

*El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago de Chile.

- 15 "Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño" (LC/L.833), mayo de 1994
- 16 "El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia" (LC/L.834), mayo de 1994
- 17 "La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica" (LC/L.835), mayo de 1994
- 18 "Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México" (LC/L.843), junio de 1994
- 19 "Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993" (LC/L.839), mayo de 1994
- 20 "Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador" (LC/L.830), junio de 1994
- 21 "Integración de las bolsas de valores en Centroamérica" (LC/L.856), agosto de 1994
- 22 "La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos" (LC/L.853), agosto de 1994
- 23 "Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile" (LC/L.854), agosto de 1994
- 24 "Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos" (LC/L.855), agosto de 1994
- 25 "El movimiento de capitales en la Argentina" (LC/L.857), agosto de 1994
- 26 "Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas" (LC/L.859), agosto de 1994
- 27 "Flujos de capital: el caso de México" (LC/L.861), agosto de 1994
- 28 "El financiamiento latinoamericano en los mercados de capital de Japón" (LC/L.862), agosto de 1994
- 29 "Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe" (LC/L.879), febrero de 1995
- 30 "Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia" (LC/L.901), julio de 1995
- 31 "Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador" (LC/L.903), septiembre de 1995

- 32 "Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas" (LC/L.907), septiembre de 1995
- 33 "Private international capital flows to Brazil" (LC/L.909), octubre de 1995
- 34 "Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina" (LC/L.911), octubre de 1995
- 35 "Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica" (LC/L.914), octubre de 1995
- 36 "Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993" (LC/L.940), mayo de 1996
- 37 "Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta" (LC/L.949), julio de 1996
- 38 "Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia" (LC/L.965), agosto de 1996
- 39 "Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994" (LC/L.984), octubre de 1996
- 40 "Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa" (LC/L.1002), abril de 1997
- 41 "Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México" (LC/L.1003), abril de 1997
- 42 "Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986" (LC/L.1004), junio de 1997
- 43 "Choques, respostas de politica economica e distribucao de renda no Brasil" (LC/L.1005), junio de 1997
- 44 "Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas" (LC/L.1006), mayo de 1997
- 45 "Pension reforms in Central and Eastern Europe: necessity, approaches and open questions" (LC/L.1007), abril de 1997
- 46 "Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena" (LC/L.1008), mayo de 1997
- 47 "La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada" (LC/L.1009), mayo de 1997
- 48 "On economic benefits and fiscal requirements of moving from unfunded to funded pensions" (LC/L.1012), junio de 1997

- 49 "Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno" (LC/L.1030), julio de 1997
- 50 "La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile" (LC/L.1031), julio de 1997
- 51 "Mecanismos de pago/contratación del regimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia" (LC/L.1032), julio de 1997
- 52 "A comparative study of health care policy in United States and Canada: what policymakers in Latin America might and might not learn from their neighbors to the North" (LC/L.1033), julio de 1997
- 53 "Reforma al sector salud en Argentina" (LC/L.1035), julio de 1997
- 54 "Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de Chile" (LC/L.1036), julio de 1997
- 55 "El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia" (LC/L.1037), julio de 1997
- 56 "Las instituciones de salud previsual (ISAPRES) en Chile" (LC/L.1038), julio de 1997
- 57 "Gasto y financiamiento en salud en Argentina" (LC/L.1040), julio de 1997
- 58 "Mujer y Salud" (LC/L.1041), julio de 1997
- 59 "Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina" (LC/L.1042), julio de 1997
- 60 "Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina" (LC/L.1043), julio de 1997
- 61 "Logros y desafíos de la financiación a la vivienda para los grupos de ingresos medios y bajos en Colombia" (LC/L.1039), julio de 1997
- 62 "Acesso ao financiamento para moradia pelos extratos de média e baixa renda. A experiência brasileira recente" (LC/L.1044), julio de 1997
- 63 "Acceso a la vivienda y subsidios directos a la demanda: análisis y lecciones de las experiencias latinoamericanas" (LC/L.1045), julio de 1997
- 64 "Crisis financiera y regulación de multibancos en Venezuela" (LC/L.1046), julio de 1997
- 65 "Reforma al sistema financiero y regulación de conglomerados financieros en Argentina" (LC/L.1047), julio de 1997
- 66 "Regulación y supervisión de conglomerados financieros en Colombia" (LC/L.1049), agosto de 1997

- 67 "Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Argentina, 1980-1992. Un análisis descriptivo" (LC/L.1055), agosto de 1997
- 68 "Algunos factores que indican en la distribución del ingreso en Colombia, 1980-1992. Un análisis descriptivo" (LC/L.1060), agosto de 1997
- 69 "Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Chile, 1987-1992. Un análisis descriptivo" (LC/L.1067), septiembre de 1997
- 70 "Un análisis descriptivo de la distribución del ingreso en México, 1984-1992" (LC/L.1068), septiembre de 1997
- 71 "Un análisis descriptivo de factores que inciden en la distribución del ingreso en Brasil, 1979-1990" (LC/L.1077 y Corr.1), septiembre de 1997
- 72 "Rasgos estilizados de la distribución del ingreso en cinco países de América Latina y lineamientos generales para una política redistributiva" (LC/L.1084), diciembre de 1997
- 73 "Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia" (LC/L.1108), mayo de 1998