

# Hacia el abordaje de las brechas de acceso universal a los servicios de SS y SR en ALC después del 2014

**Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe, agosto 2013**



Maria Isabel Matamala Vivaldi, Chile  
Observatorio de Equidad de Género en Salud,  
Fundación Henry Dunant AL, y Red de Salud de las  
Mujeres Latinoamericanas y del Caribe

# Desigualdades.

## Insuficiente acceso a atención en SSR en ALC.

Observatorio Igualdad Género CEPAL 2012, OMS 2008, Metas Milenio 2010, BBC Mundo 2013, The Lancet 2008, CLADEM 2009, MINSAL

- MM América Latina Caribe 2010: 81 x 100000 NV, Bolivia= 190, Haití= 350
- Partos sin atención servicios salud Guatemala=80%, Bolivia=50%, Ecuador=50%
- Abortos ALC 2008 = 4.400.000. Tasa anual 31-32 x 1000 M 15 - 44 años.
- EA ALC 2007: Nacimientos x1000 M15 a 19 años = 74, regiones desarrolladas = 23
- Mujeres VIH+ embarazadas tratamiento ARV ALC 2008: = 45%
- Femicidio 2012 Mx (6 ms) 529 , Gua (10 ms) 512 con 98% impunidad
- Chile 2012: NV de mujeres < 14 años= 873. Tasa EA en municipios pobres =81 y en municipios ricos=7. Embarazo forzado < 14 abusada, brecha cultural autoridades. Violencia sexual: policial a estudiantes, SENAME a niñ@s y adolescentes. Discriminación acceso atención mujeres privadas libertad y M inmigrantes .Test VIH visa estudiantes US 150.000 abortos inseguros, servicios salud aplican medidas punitivas/policiales. Fem 1/s

# Por qué las brechas en el acceso a los servicios de SSR.

## Factores estructurales, sociales, culturales

- No reconocimiento DDSS y DDDR, o sólo en plano discursivo, no coherente con políticas y prácticas, incluidas económicas. Retórica sin resultados favorables trivializa enfoque de derechos humanos, con impacto en DS y DR. Ej. Ley marco
- Reformas y políticas de salud no aseguran sistemas universalistas, no incorporan el marco de determinantes sociales de S, ni el enfoque de género (determinante social estructural) con sus intersecciones, Ej. Progr. Salud Mujer.
- Mercantilización de la salud Ej. compra servicios, concesiones, ISAPRES /riesgo
- Sistemas colocan barreras a la participación ciudadana autónoma que ejerce vigilancia y exige DD. Ej: OEGS y delegación oficial, auditoría MM
- Presupuestos estatales no acordes a necesidades diferenciadas y regímenes tributarios no aseguran incremento recursos para SSR. Pol. Públicas VG, prot. Niñez
- Existe violencia institucional como continuo Ej. 873 EA < 14, VS policial, SENAME,
- Estados laicos vaciados de contenido y débiles ante presiones eclesiales Ej. Aborto, abusos iglesia.

# **Pre condiciones para asegurar acceso universal a servicios SS y SR de calidad**

Equidad en salud como decisión ética y política de gobiernos.  
(Necesidades diferenciadas, a cada quien según su necesidad)

Aplicación enfoque derechos humanos a las políticas. UBGS

Aplicación enfoque género a las políticas. Institucionalidad

Aplicación de enfoque intercultural a las políticas

Sistemas de salud universalistas

Financiamiento solidario de los sistemas de atención

Participación ciudadana vinculante en las decisiones políticas en salud

Formación y trabajo decente de recursos humanos de salud

# Equidad: Acceso diferenciado a servicios de SS y SR según necesidades

Las mujeres tienen mayor necesidad de atención y usan más los servicios porque:

Tienen necesidades diferenciadas en SS y SR (EPP)

Reciben violencia de género que impacta su SS y SR (policonsulta)

Su consulta preventiva es mayor, sobre todo quintiles bajos y medios

Son más longevas, con secuelas y discapacidades

No obstante,

grupos más excluidos son: mujeres pobres, rurales, pueblos originarios, niñas, adolescentes, adultas >, inmigrantes, LTB

Tener presente que

“Los buenos sistemas de salud identifican y abordan las necesidades diferenciadas” (OMS)

# Sistemas de salud que responden a las necesidades de las mujeres en su diversidad (DSS)

- Sistemas solidarios, equitativos, universalistas: ↑ acceso y efectividad
- Tienen como principio y propósito la equidad: género, etnia, edad, clase...)
- Sus decisiones políticas son participativas en todo el proceso
- Refuerzan la APS para llegar a la comunidad, mejorar acceso a servicios, impactar intersectorialmente las determinaciones sociales de S, brindar prestaciones integrales, eliminar desigualdades y mejorar **resultados**
- Identifican los aspectos que ocultan o refuerzan desigualdades y usan herramientas para erradicarlas, ej. presup. de género, facilitador@s interculturales, detección violencia G en puertas de entrada.
- Desagregan datos estadísticos como decisión política, organizan la información y aplican indicadores de género

# Sistemas de cobertura universal de salud

(Fuentes: Sarah Payne et al. 2009, *Observatorio Europeo de Sistemas de Salud y Políticas*, ALAMES 2012)

- Incorporan la salud como derecho; Estado asume rol activo como garante de DD; acceso equitativo a atención **garantizada**; **financiada con recursos públicos y contribuciones**; son participativos y transparentes.
- La APS es su eje estructurante : promoción, prevención, acceso a cuidados y tratamientos, participación ciudadana. Favorece el empoderamiento. Impacto favorable en los resultados de salud
- Su sostenibilidad y calidad requieren considerar: fuerza trabajo, información y registro, tecnologías.
- Supone cambios estructurales en modelos de aseguramiento y sistemas de prestación de servicios

## **“Recursos humanos” de salud y calidad de atención de los servicios de SS y SR**

- Las reformas y políticas de salud han ignorado las necesidades de la fuerza de trabajo de los servicios de salud
- Sistemas de salud no responden a incremento necesidades de trabajador@s de salud, determinadas por trabajo precario/ tercerizado, descontento de la población, estrés y burn out
- Las mujeres predominan en puestos trabajo en servicios de salud, con menor remuneración, prestigio y poder en las decisiones políticas. Pluriempleo impacta su salud especialmente SM
- Todo lo cual condiciona fuertemente la calidad de la atención de los servicios

**Gracias**

