

## Del Editor

Medwave 2012 Ago;12(7):e5451 doi: 10.5867/medwave.2012.07.5451

# Reformas de salud y género

## Health reforms and gender

**Autora:** Vivienne C. Bachelet<sup>(1)</sup>

**Filiación:** <sup>(1)</sup>Editora ejecutiva, Medwave

**E-mail:** [vbachelet@medwave.cl](mailto:vbachelet@medwave.cl)

**Citación:** Bachelet VC. Health reforms and gender. Medwave 2012 Ago;12(7):e5451 doi: 10.5867/medwave.2012.07.5451

**Fecha de envío:** 15/6/2012

**Fecha de aceptación:** 3/7/2012

**Fecha de publicación:** 1/8/2012

### Correspondencia a:

<sup>(1)</sup>Villaseca 21, oficina 702, Ñuñoa, Santiago de Chile

En este número nos complace presentar algunos artículos que abordan problemas de salud y su relación con cuestiones de género. Estos artículos han sido preparados para Medwave por un grupo de investigadores de México coordinados por Silvia Padilla, integrante de nuestro comité editorial internacional. Estos trabajos nos ofrecen la oportunidad de pensar en la vinculación entre reformas de salud, a las cuales nos hemos referido en editoriales anteriores (doi: [10.5867/medwave.2011.02.4900](https://doi.org/10.5867/medwave.2011.02.4900)), y a la perspectiva de género, y específicamente, cómo la condición de la mujer se puede ver afectada por las reformas de los sistemas sanitarios de nuestros países.

Se podría decir que las reformas de salud tienen dos grandes orientaciones ideológicas posibles: pro mercado, y pro derecho<sup>1</sup>. Esta es una estilización didáctica de las grandes orientaciones contemporáneas. Por un lado, el Banco Mundial fue el mayor representante y ente influyente sobre las reformas de salud con orientación de mercado en América Latina en la década de los noventa<sup>2</sup>. Por otra parte, el principal exponente de las reformas pro derecho es la Organización Mundial de la Salud<sup>3</sup>. Con el paso de los años, las reformas de salud se han ido decantando según la realidad económica y política de los diferentes países.

El primer paradigma ha configurado una propuesta, según la cual la salud es entendida como un bien de consumo y cuyas prestaciones específicas pueden ser transadas en el mercado. El afán de lucro o de ganancia es entendido como un motor que promueve el desarrollo de las fuerzas de mercado. Éstas, preferentemente, deben ser dejadas libres de las constricciones reguladoras de los gobiernos. Sólo se limitarán cuando existan fallas de mercado evidentes. El gran principio que ordena las políticas y los programas pro mercado es la libertad de elegir, lo que en inglés se ha conocido como el modelo de *choice and competition*<sup>4,5,6,7,8</sup>.

Por otra parte, el paradigma pro derecho plantea que la salud es un derecho básico esencial<sup>9</sup> y que la salud debe ser entendida como un bien público. Esto lleva a la necesidad de solidarizar el riesgo colectivo que tiene un país de enfermar<sup>10</sup>. El motor de este paradigma no sería la competencia, sino que la colaboración en red<sup>11</sup> y la mantención de la integralidad de la atención<sup>12</sup>.

En materia de políticas relacionadas con la mujer, los enfoques también pueden ser diferentes. De la misma manera, aquí encontramos dos paradigmas principales que ayudan a ilustrar los principios inspiradores de los programas y leyes que se aplican. Por una parte se encuentran las políticas familísticas que se orientan a la mujer con arreglo al rol que ella cumple en el seno de la familia, valorándola precisamente por ese rol. En este enfoque el costo social de la maternidad es asumido casi exclusivamente por la mujer. Entre otros efectos, no se aceptan los derechos sexuales y reproductivos y la lactancia materna es entendida dogmáticamente.

En el otro paradigma, la mujer es conceptualizada a partir de su relación con el hombre y de la situación de subordinación que ocupa frente a él. Dicha subordinación, de gestación histórica, exige su corrección mediante políticas públicas llamadas a rectificar la desigual repartición del poder entre los géneros. En este contexto, las políticas de apoyo a la maternidad se fundan sobre la corresponsabilidad entre hombre y mujer, se reconoce la diversidad de formas de organización afectiva (las familias), y se reconocen los derechos sexuales y reproductivos.

Cada uno de estos enfoques produce tensión y obliga a los tomadores de decisiones a orientarse por un paradigma o por otro, en mayor o menor medida. Las principales tensiones de las cuales hay que hacerse cargo con arreglo a la perspectiva de género a la hora de reformar la salud, son:

1. Entre hombre y mujer.
2. Entre familia y comunidad.
3. Entre Estado y mercado.

En consecuencia, se entiende que cualquier política pública puede ir en un sentido o en otro.

Las reformas de salud pueden afectar a las mujeres en múltiples dimensiones, tales como la descentralización y participación, la reorganización de los servicios de salud, la reestructuración de la gestión de los recursos humanos o las reformas al financiamiento y la participación del sector privado en la sanidad<sup>13</sup>.

Iniciativas en cualquiera de estos ámbitos, sin duda afectarán los grados de equidad o de inclusión que una sociedad tenga con respecto de sus colectivos más desfavorecidos. Las mujeres son un colectivo primordial en todos nuestros países. Por ello se hace necesario abordar de manera sistemática los efectos que las reformas y políticas de salud tienen sobre la redistribución del poder en una sociedad con sentido de justicia.

La tarea de pensar la vinculación entre género y salud es larga y llena de desafíos. Las dimensiones que se pueden cubrir son de las más variadas. En un esfuerzo por empezar una contribución a este trabajo de carácter ciertamente regional, que trasciende los límites de las fronteras de cada uno de nuestros países, *Medwave* abre este número a diversas opiniones y análisis que abarcan desde temas tales como salud y enfermedad en el género ante la muerte (doi: [10.5867/medwave.2012.07.5455](https://doi.org/10.5867/medwave.2012.07.5455)), determinantes de la salud bucal (doi: [10.5867/medwave.2012.07.5452](https://doi.org/10.5867/medwave.2012.07.5452)); y maltrato, exclusión e intolerancia al ser femenino (doi: [10.5867/medwave.2012.07.5456](https://doi.org/10.5867/medwave.2012.07.5456)), entre otros, que nos plantean nuevas miradas en esta construcción de la perspectiva de género que sin duda se va ampliando por medio de investigaciones biomédicas y sociales que nos permitan profundizar su estudio y comprensión.

## Notas

### Declaración de conflictos de intereses

La autora ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declara que recibe remuneraciones mensuales en su calidad de editora ejecutiva de *Medwave*. El formulario puede ser solicitado contactando a la autora responsable.

## Referencias

1. Bachelet VC. Salud como derecho o como negocio. El Mercurio. 4 de febrero de 2011. ↑ | [Link](#) |
2. World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Oxford University Press, New York, 1993. ↑
3. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. ↑
4. Kirkpatrick I, McCabe C. A full blooded market system: at what cost to the NHS? BMJ. 2011 Jul 13;343:d3238-d3238. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
5. Hawkes N. Choice--a love Labour's lost. BMJ. 2011 Oct 3;343:d6319-d6319. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Bevan G, Skellern M. Does competition between hospitals improve clinical quality? A review of evidence from two eras of competition in the English NHS. BMJ. 2011 Oct 9; 343:d6470-d6470. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. McKee M. Does anyone understand the government's plan for the NHS? BMJ. 2012 Jan 17;344:e399-e399. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
8. Pollock AM, Price D, Roderick P. Health and Social Care Bill 2011: a legal basis for charging and providing fewer health services to people in England. BMJ. 2012 Mar 8;344:e1729-e1729. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. Zúñiga A. Una teoría de la justicia para el cuidado sanitario: La protección de la salud en la Constitución después de la reforma AUGÉ. Revista de Derecho. 2010 Dic;(23)2:113-130. ↑
10. Cid Pedraza C. Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional. Temas de la Agenda Pública, Centro de Políticas Públicas UC. 2011 Dic;6(49). ↑ | [Link](#) |
11. Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. OPS/OMS; 2011. ↑
12. Economía y Salud - Aportes y Experiencias en América Latina. OPS/OMS; 2011. ↑
13. Equity, Gender, and Health Policy Reform in Latin America and the Caribbean. Pan American Health Organization, Division of Health and Human Development Women, Health and Development Program. Washington, DC: 2000. ↑



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.