



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

SUBCOMITÉ ESPECIAL SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO

DEL COMITÉ EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

00247

"PROGRAMA UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE GENERO" - U. N. A. M.

17.ª Reunión, 1 y 2 de abril de 1997

Tema 7 del programa provisional

MSD17/6 (Esp.)
14 febrero 1997
ORIGINAL: ESPAÑOL

N
25.32
E64a

LA EQUIDAD EN MATERIA DE GENERO EN LA REFORMA DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Con el fin de promover el intercambio de información, conocimientos y destrezas sobre el análisis y la abogacía relativas a la equidad en las políticas de salud y seguridad social, con énfasis particular en el área de equidad de género, se propone la creación de una red electrónica de discusión sobre este tema. Esta estrategia conjugaría las recomendaciones de la 16.ª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo en relación con: a) el desarrollo, por parte del Programa de Mujer, Salud y Desarrollo (HDW), de mecanismos que faciliten el intercambio nacional e internacional de experiencias respecto a los efectos de las reformas sobre las inequidades de género; b) la promoción de la incorporación de criterios de género en el debate sobre reforma, tanto en los países como en la Sede, y c) el fomento de la investigación dirigida a apoyar la formulación y vigilancia de la implementación de políticas.

El documento subraya la presencia de sesgos de género en los regímenes de salud y seguridad social de la Región, señala impactos potenciales de las reformas sobre el comportamiento de las inequidades de género, y sugiere áreas prioritarias de investigación y abogacía dentro de esta temática.

La red electrónica de discusión sobre equidad de género en las políticas públicas de salud y seguridad social vincularía funcionarios de gobierno, organizaciones no gubernamentales, universidades, centros de investigación, donantes, y grupos de cabildeo que compartan el interés de analizar y promover la equidad en las políticas de salud y seguridad social. Este mecanismo representaría un medio ágil, democrático y económico, de potenciar el conocimiento sustantivo y estratégico requerido para incidir efectivamente en la formulación y vigilancia de políticas públicas saludables que incorporen criterios de equidad de género.

4437

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Marco institucional de la iniciativa	3
2. Antecedentes	4
3. Dimensiones del problema sobre el cual se quiere incidir	5
4. Estrategia propuesta	15
4.1 Naturaleza y alcance de la red	16
4.2 Objetivos	17
5. Recursos	18
5.1 Insumos actualmente disponibles	18
5.2 Recursos disponibles en el mediano plazo	19
5.3 Refuerzos existentes	20
5.4 Necesidades de recursos adicionales	20
6. Plan de acción	20
6.1 Creación del espacio electrónico de intercambio	20
6.2 Desarrollo del intercambio	21
7. Observaciones finales	22

1. Marco institucional de la iniciativa

En busca de la equidad es el título del último Informe Anual del Director de la OPS.¹ Este título expresa de manera inequívoca el elemento medular del mandato de la Organización. El logro del máximo posible de equidad ha sido, en efecto, el centro de las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS. Estas orientaciones, adoptadas por la XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana en 1994, enfatizan que el principal desafío que afronta el sector salud en el cuatrienio es superar la falta de equidad.

Una de las inequidades que permea de manera generalizada las sociedades, las clases y las etnias es la inequidad de género. Esta ubicuidad ha sido destacada por el Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en su *Informe de Desarrollo Humano, 1996*, con la afirmación de que “ninguna sociedad trata a sus mujeres tan bien como a sus hombres”.² La OPS ha declarado oficialmente su compromiso con la reducción de este tipo de inequidad en el ámbito de la salud y, para tal efecto, ha hecho explícito que:

El análisis por sexo debe ser una de las categorías en la planificación y programación de las actividades en todos los sectores, y esto debe tener repercusiones para los programas de salud pública en todos los países.³

En relación con el tema de la equidad de género en la reforma de la salud, el Director de la OPS se expresó de la siguiente manera:

La OPS ha recalcado *particularmente*⁴ el logro de la equidad de género como parte del proceso de reforma de la salud. Durante su vida, la mujer se enferma más que el hombre y las costumbres sociales le asignan el deber de cuidar a otros. Estos factores engendran necesidades particulares de la salud de la mujer que es preciso puntualizar y abordar con el fin de distribuir equitativamente los recursos de salud de acuerdo con criterios de género.⁵

¹ OPS. *En busca de la equidad. Informe del Director 1995*. Washington, D.C., OPS, Documento Oficial No. 277, 1996.

² PNUD. *Human Development Report, 1996*, New York. Oxford University Press, 1996, p. 32.

³ OPS/OMS. *Orientaciones estratégicas y programáticas, 1995-1998*. Washington, D.C., OPS, 1995, p. 26.

⁴ Énfasis nuestro.

⁵ OPS. Op. cit., p. 17.

2. Antecedentes

En marzo de 1996, la 16.^a Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo discutió el tema del impacto de la reforma sanitaria sobre el acceso diferencial de las mujeres a los servicios de salud. Sobre la base de la experiencia en Chile, objeto de presentación por parte del Servicio Nacional de la Mujer de Chile, y de la introducción de otras evidencias en la discusión, el Subcomité señaló la urgencia de examinar de manera sistemática el efecto que, sobre la salud de las mujeres, podrían representar las medidas de ajuste estructural con las consiguientes reducciones del financiamiento de los servicios sanitarios públicos y la privatización de los mismos.

El Subcomité hizo énfasis en la necesidad de una:

... mayor comunicación entre los involucrados en las iniciativas de reforma sanitaria de la Región, a fin de que pudiesen aprender de las experiencias de cada uno.⁶

y subrayó:

Compete a HDW la función decisiva de resaltar la necesidad de incorporar una perspectiva de género en el debate de la reforma sanitaria, tanto en el seno de la Organización como en los países.⁷

A este respecto el Subcomité sugirió que HDW cooperase con los países en el desarrollo de algún mecanismo que facilitase el análisis del efecto particular sobre las mujeres, de las medidas de reforma sanitaria —tales como la privatización o los cambios en la asignación de recursos— para la promoción y protección de la salud.⁸

El Subcomité concluyó recomendando a los Estados Miembros:

Que prosigan activamente posibles formas de incorporar la perspectiva de género en el análisis y el debate de la reforma sanitaria, y velen por que cuando dicha reforma de salud sea abordada por los Cuerpos Directivo u otros foros, siempre se incluya la evaluación de sus efectos en las mujeres y su salud.⁹

⁶ OPS. 16.^a Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo. Informe Final. Washington, D.C., 27-29 de marzo de 1996, p. 21.

⁷ Ibid, p. 22.

⁸ Ibid.

⁹ Ibid, p. 26.

3. Dimensiones del problema sobre el cual se quiere incidir

Las políticas macroeconómicas de ajuste estructural adoptadas por los gobiernos de la Región para aliviar la crisis de la deuda de los años ochenta se han venido asociando, entre otros, con recortes en servicios públicos sociales y de salud, eliminación de subsidios a productos básicos (alimentos y combustibles), aumentos en los precios de medicamentos, transporte, vivienda, agua y electricidad, privatización de servicios públicos, y liberalización del comercio.

Estos cambios, desde luego, no han impactado en todos los hogares de la misma manera. Tampoco todos los miembros del hogar han sido afectados en igual medida. Existe un acuerdo generalizado en señalar que el peso mayor del impacto negativo de los recortes en los servicios de salud y los subsidios de alimentos ha recaído sobre los sectores con menor ingreso.¹⁰ Además, numerosos autores han coincidido en destacar que, dentro de estos sectores, las mujeres han sido intensamente afectadas por estas medidas;¹¹ esto en razón a: a) su representación desproporcionada dentro del segmento poblacional en condiciones de pobreza; b) comparativamente, su mayor necesidad de atención, ligada a su rol biológico reproductivo, y c) la carga adicional de provisión de atención — antes ofrecida por los servicios públicos— que se han visto obligadas a asumir como parte de su rol social de cuidadoras de la salud y la nutrición de los miembros de sus familias.

Sin embargo, más allá de los efectos negativos, también hay que destacar que las presiones económicas de la década de los ochenta se asociaron con una integración masiva de las mujeres en la fuerza de trabajo y con un protagonismo de las mismas en el desarrollo de formas de organización comunitaria, tales como comedores populares u ollas comunes, dirigidas a atender colectivamente las necesidades de nutrición de sus familias. Esta irrupción masiva de la mujer en el mundo público y en las estructuras de poder comunitario articuló procesos irreversibles de participación ciudadana,¹² donde la protección de la salud jugó un papel preponderante.

La evaluación de los efectos de la crisis y de las políticas macroeconómicas sobre la salud de las poblaciones es una tarea metodológicamente compleja debido al lapso necesario para medir el proceso de morbi-mortalidad y a la dificultad de controlar el efecto de otras tendencias seculares. Por esta razón, y dada la velocidad con que se

¹⁰ OPS. 1996, p. 1.

¹¹ OMS. *Equity in Health and Health Care*, 1996, Ginebra, p. 10.

¹² López Montaña, C., y Ronderos Torres, M. *Reforma social con perspectiva de género: Aportes para la discusión*. Trabajo presentado en el Foro Latinoamericano y del Caribe: Mujer y Desarrollo. Banco Interamericano de Desarrollo. Guadalajara, México, abril 1994.

están introduciendo reformas en los sistemas de salud y seguridad social, se hace urgente fortalecer las capacidades nacionales para estimar el impacto —experimentado y esperado— de tales medidas sobre la salud y la atención de la salud de los distintos grupos poblacionales. En esta tarea es importante recalcar que, así como es imprescindible examinar los efectos de las políticas de ajuste sobre distintos sectores socioeconómicos, geográficos y ocupacionales a fin de planificar mecanismos correctivos, también es justo y necesario reconocer que, dentro de estos grupos, probablemente se va a observar un impacto diferenciado por sexo.

La presente propuesta hace hincapié en la importancia de diferenciar por sexo el impacto de las políticas de reforma, con el objeto de visibilizar una variación histórica y ubicua que generalmente tiende a ser ignorada y sumida bajo otras diferencias socioeconómicas. Este énfasis, lejos de responder a una visión reduccionista de los problemas, parte de una concepción abarcadora de la realidad que reconoce la multidimensionalidad de los determinantes y de las respuestas a tales problemas.

Normalmente, las tendencias y las políticas macroeconómicas se analizan en un lenguaje que aparenta ser neutro en términos de género; el foco de atención se dirige a indicadores promedio de productividad o de eficiencia, sin hacer mención específica a ningún sexo. Sin embargo, tal apariencia de neutralidad esconde un profundo sesgo de género porque ignora el proceso de reproducción y mantenimiento del recurso humano, y la contribución que este proceso hace a la economía. La economía se ha definido principalmente en términos de bienes y servicios de mercado. Actividades esenciales que no conllevan remuneración, tales como la crianza de los niños, el acarreo del agua y del combustible, el procesamiento y la preparación de los alimentos, la limpieza y administración del hogar, y el cuidado de los familiares ancianos, enfermos y discapacitados, no figuran en las cuentas nacionales; y, como es bien sabido, en la mayoría de las sociedades este es un “trabajo de mujeres”.

Esta división del trabajo por género ha hecho que sobre las mujeres recaiga la responsabilidad principal por el trabajo doméstico necesario para la reproducción social, no solo en el ámbito del hogar sino también, y como una extensión de este rol, en el mercado de trabajo. No es por casualidad que la fuerza de trabajo femenina se concentra alrededor de labores tales como secretariado en oficinas, procesamiento de productos alimenticios, preparación y venta de alimentos, confección de prendas de vestir, aseo de instalaciones, lavado de ropa, enseñanza primaria, servicio doméstico y, por supuesto, atención de la salud. No es al azar, tampoco, que este tipo de actividades se aglutinen en los escalones de menor remuneración y prestigio en la escala ocupacional.

La división del trabajo por género es central para el examen de la equidad en el acceso a servicios médicos y previsionales de cualquier grupo poblacional, particularmente —pero no exclusivamente— del grupo de menores ingresos, porque en la mayoría de los países de la Región, la elegibilidad para participar en sistemas de

seguridad social está dada por la condición de empleo —presente o pasada. Asimismo, la posibilidad de afiliarse a un seguro de salud privado, y de mantener esa afiliación, depende en gran parte del empleo y la remuneración de la persona solicitante.

Entonces, de la conexión entre vinculación laboral y acceso a servicios médicos y prestacionales se desprende que si el perfil de trabajo y remuneración de las mujeres y los hombres difiere significativamente, diferirá también la accesibilidad de unas y otros —y de sus familias— a los recursos públicos y privados de la salud y la seguridad social.

Los sistemas de seguridad social están diseñados fundamentalmente para los asalariados y sus familias; generalmente incluyen prestaciones por enfermedad, invalidez y muerte, servicios de salud, seguridad ocupacional, prestaciones por maternidad, seguros de desempleo, pensiones de vejez y retiro, y otras prestaciones, según el país. En la generalidad de los casos, la persona afiliada se encuentra empleada dentro del sector formal de la economía y, mayormente, en empresas relativamente grandes. La implicación de tal tipo de vinculación es que tales sistemas tienden a marginar a la mayoría de los/las trabajadores(as) del sector informal de la economía, la agricultura, los trabajos temporales de baja remuneración, y los trabajos no remunerados que se cumplen en el hogar. Aunque estas actividades no sean formal o explícitamente excluidas por la ley, en la práctica, las personas que las realizan raramente pueden cumplir con los requisitos de elegibilidad o, simplemente, permanecen invisibles ante la ley.

La división social del trabajo por género marca profundas diferencias en la cantidad y en la calidad de la participación, diferencias que, indefectiblemente, originan inequidades de género en el acceso a la seguridad social. En virtud de esta división se tiene, en primer lugar, que una proporción considerable —aunque cada vez menor— de mujeres se dedique exclusivamente a las labores no remuneradas en el hogar. En ningún país de la Región el porcentaje de mujeres en la llamada “población económicamente activa” es igual al de los hombres.

Si tomamos la participación femenina como proporción de la masculina, nos encontramos que ésta varía entre 19% en la República Dominicana y 82% en Jamaica. En promedio, hay tres hombres por cada mujer “económicamente activa” en la Región.¹³ La implicación de estas cifras es la de que, en razón de su dedicación exclusiva al rol doméstico, más de la mitad de las mujeres no tienen acceso por derecho propio al seguro social y, probablemente, no lo tendrán tampoco con respecto a seguros médicos privados. En los casos en que se asegura la cobertura familiar, el acceso de las amas de casa a tales beneficios dependerá de que su relación con el hombre afiliado se

¹³ Banco Mundial. *World Development Report, 1994*, New York, Oxford University Press, 1994; PNUD, 1995.

mantenga indefinidamente, esto es, que no se disuelva por muerte, divorcio o deserción. Se sabe que este tipo de arreglo conyugal estable no es la norma en la Región; las estadísticas muestran, por ejemplo, que la proporción de hogares encabezados por mujeres supera ya el 30%, e incluso hasta el 40%,¹⁴ en una proporción importante de los países de América Latina y del Caribe.

La desventaja de las mujeres en el terreno de la actividad económica no se restringe a su menor participación laboral sino que se extiende, aún de manera decisiva, a los términos en que ocurre esta participación. El problema crucial en la división del trabajo por género es que el llamado "trabajo de mujeres" es severamente desvalorizado: el trabajo doméstico que se realiza dentro del hogar no es remunerado y el que se cumple en el mercado laboral es, consistentemente, de menor remuneración y prestigio. La existencia de tal tipo de segmentación y valoración diferencial de tipos de trabajo, conduce a una situación en que las mujeres, como grupo, son sistemáticamente colocadas en desventaja con respecto a la retribución que perciben por su trabajo.

De acuerdo con cifras del Banco Mundial,¹⁵ en el mercado laboral de América Latina el promedio de los salarios percibidos por las mujeres representa un 71 % del salario percibido por los hombres, y solo 20 puntos porcentuales de este diferencial pueden explicarse por diferencias en capital humano. En el Ecuador y Jamaica, por ejemplo, según la misma fuente, en promedio las mujeres tienen mayor educación y experiencia que los hombres, sin embargo, reciben salarios 20% a 30% más bajos que los que reciben los hombres. "En estos países [afirma el Banco] las mujeres tendrían mayores salarios que los hombres si sus contribuciones fueran valoradas igualmente por el mercado de trabajo"

Agravando el problema del menor nivel salarial de la fuerza laboral femenina, actúa la circunstancia de que una gran parte de los trabajos por los que las mujeres perciben salarios no está cubierta por la seguridad social. Esta es la situación, por ejemplo, de los trabajos de tiempo parcial en los cuales la mujer se encuentra sobre-representada en respuesta a la presión de compatibilizar sus roles domésticos y laborales. La evidencia existente¹⁶ indica que la mujer también está sobre-representada

¹⁴ PNUD. *Human Development Report, 1996*.

Gómez and Sealey. *Women, Health and Development in the Caribbean*.

OPS. *Health Conditions in the Caribbean* (forthcoming).

Caribbean Group for Cooperation in Economic Development. *Caribbean Regional Health Study*. Washington D.C., IDB, PAHO, 1996.

¹⁵ Banco Mundial. 1991.

¹⁶ PNUD. 1995.

Banco Mundial. 1994.

OPS. 1996.

en el sector informal de la economía, y que su participación dentro de este sector está creciendo a una velocidad mayor que la correspondiente a los hombres. Un agravante adicional se refiere al hecho de que los embarazos y la crianza de los hijos interrumpen la historia laboral de las mujeres, dificultando la acumulación del tiempo requerido para poder recibir pensión; tal dificultad es particularmente relevante en los países de alta natalidad e incluso puede verse agudizada por la frecuente disposición legal con respecto a una menor edad de retiro para las mujeres. En la Región, el número de años de cobertura exigido para recibir pensión varía entre 3-3,5 (en Jamaica y Costa Rica, respectivamente) y 30 en el Uruguay; el promedio para la Región de las Américas es 14.¹⁷

En suma, el patrón de trabajo de las mujeres, en el mercado laboral, tiene tres características que afectan diferencialmente su acceso a los beneficios del Seguro Social:

- la concentración femenina en empleos de baja remuneración que, o no están cubiertos por prestaciones (p.e., servicio doméstico o sector informal), o generan una contribución muy baja, una pensión ínfima, y casi ninguna posibilidad de acceso a seguros médicos privados;
- la alta proporción de mujeres en trabajos de tiempo parcial que quedan excluidas del régimen de prestaciones y, con frecuencia, tampoco pueden tener acceso a seguros privados;
- la historia de trabajo interrumpido, ligada a las tareas cruciales de gestación y crianza de los hijos, que reducen el tiempo de servicio e inciden sobre el monto y el derecho mismo a la pensión.

Los efectos acumulativos a través de la vida del anterior patrón de trabajo adquieren caracteres dramáticos en las edades avanzadas. La vejez de las mujeres, en comparación con la de los hombres, está desproporcionadamente marcada por una situación de vejez, pobreza, y desprotección prestacional.

En el caso de los Estados Unidos de América, por ejemplo, donde la participación asalariada de las mujeres es relativamente alta, el porcentaje de mujeres mayores de 65 años que vivían por debajo del nivel de pobreza en 1993, era dos veces mayor que el de los hombres de la misma edad. El promedio de ingresos provenientes de la seguridad social que percibían las mujeres retiradas equivalía al 63% del que recibían los hombres retirados. Además, el número de mujeres que gozaba de pensión constituía un tercio del número de hombres que recibían tal prestación.¹⁸

¹⁷ Banco Mundial. *Envejecimiento sin crisis*, Washington, D.C., 1994.

¹⁸ Older Women's League. "Mother's Day Report" on the Economic Status of Older Women, 1995.

Esta situación de menor acceso a prestaciones y servicios de salud por parte de las mujeres mayores se ve agravada por el hecho de que, en parte por su mayor longevidad, se encuentran sujetas más frecuentemente que los hombres a enfermedades crónicas que exigen atención médica especializada, y a discapacidades que requieren asistencia para la vida cotidiana.¹⁹ Multiplicando cuantitativamente el problema está la circunstancia de que la mayor longevidad femenina se traduce naturalmente en una sobre-representación de las mujeres dentro del grupo de personas mayores de 65 años de edad, fenómeno que ha dado origen al término de "feminización de la vejez".

Importa destacar que los parámetros de la división del trabajo por género no son estáticos y están experimentando cambios profundos relacionados con la incorporación creciente de las mujeres al mercado de trabajo. Vale, además, llamar la atención sobre el hecho de que la discriminación de género también ocurre en contra de los hombres: el supuesto del hombre "proveedor" y la mujer "dependiente" es causa de que, en algunos países, la viuda reciba automáticamente la pensión del cónyuge, mientras que el viudo tenga que probar que es incapaz de autosostenerse para poder tener acceso a tal prestación.

La neutralidad de género en los regímenes de seguridad social y pensiones es, en consecuencia, simplemente formal: los fundamentos mismos de tales sistemas se asientan en inequidades preexistentes —que anteceden a las reformas— una de cuyas dimensiones es la discriminación de género. En este sentido cabe reiterar que, desde el ángulo de la equidad, la noción de discriminación abarca conductas tanto de comisión como de omisión. Por esta razón, ignorar el patrón de trabajo de las mujeres equivale a marginarlas desproporcionadamente de su acceso directo a los beneficios del sistema.²⁰

Un tipo de prestación que cobija solo a las mujeres y que resulta imposible de pasar por alto en una discusión sobre equidad de género, se refiere a quién cubre el costo de la maternidad de las trabajadoras vinculadas al mercado laboral; esto es, ¿quién paga la atención obstétrica y el salario de las mujeres durante la licencia de maternidad? Como lo resaltan dos recientes publicaciones del BID y del PNUD,²¹ cuando los empleadores se ven obligados a absorber el costo de las medidas de protección a la

¹⁹ Doty, P. "Health Status and Health Services among Older Women: an International Perspective". En: *World Health Statistics Quarterly*, 40:3. Ginebra, OMS, 1987.

²⁰ McLean, S., and Burrows, N. *The Legal Relevance of Gender*. London, Macmillan Press, 1987.

²¹ BID. *Women in the Americas: Bridging the Gender Gap*, Washington, D.C., 1995.
PNUD. *Human Development Report, 1995*. New York, Oxford University Press, 1995.

maternidad, tal obligación actúa en detrimento de las mujeres, provocando el que sean discriminadas en la contratación, la promoción, la remuneración y la estabilidad en el empleo, bajo la justificación de que resultan más caras que los hombres. Además, en algunos sistemas de seguros médicos privados, como es el caso de Chile, las mujeres en edad reproductiva tienen que pagar primas más altas debido a su potencial de embarazo y consecuente costo de atención obstétrica. Es por esta razón que, con miras a reducir inequidades de género en la salud y el trabajo, se hace esencial la adopción de medidas de protección a la maternidad que partan de la noción de que la reproducción de la especie (gestación, amamantamiento y cuidado de los hijos) es una función social, cuyos costos deben ser cubiertos por la sociedad en su conjunto, en lugar de recaer privadamente sobre las mujeres. El contenido de la legislación a este respecto es un factor determinante de la equidad de género, no solo en términos de la oportunidad de mantener la salud durante la edad reproductiva, sino también de acceder a empleo y disfrutar de seguridad y estabilidad laborales.

Existe, desde luego, una amplia variedad en los sistemas nacionales de salud y de seguridad social de la Región, así como también en el tipo de reformas que se están adelantando. Esta variedad, reflejo de las idiosincrasias culturales, económicas y políticas de los países donde se inscriben, señala la necesidad de contextualizar la investigación con respecto a la naturaleza y magnitud de los impactos de las nuevas políticas.

Dentro de la variedad de estrategias nacionales de reforma de la salud actualmente en curso, ciertos métodos tienden a aparecer con mayor frecuencia; éstos se refieren principalmente a descentralización, recuperación de costos en el sector público, privatización selectiva, adopción de paquetes básicos de salud, introducción de nuevas formas de contratación, focalización del gasto público, y fiscalización de medicamentos. Políticas tales como la cobertura extendida a los informales, la inclusión de atención materna en los paquetes básicos y la focalización del subsidio público sobre los pobres tienden, por lo menos en la intención, a reducir algunas de las inequidades preexistentes. La selección de una u otra de estas políticas para fines de análisis, se haría sobre la base de su mayor potencial de impacto sobre la calidad de vida y la equidad de género, dentro del conjunto de las políticas particulares introducidas en los países donde se conduciría el análisis.

Cabe reiterar que algunas formulaciones aparentemente neutras en género por referirse a objetivos tales como “reducción de costos”, “eficacia” y “eficiencia”, con frecuencia encierran un sesgo de género; esto en razón de que implican transferencias de costos de la economía remunerada a la economía que se asienta en el trabajo no pago de las mujeres. Así, la premisa que ha sustentado algunas medidas de ajuste es la de que el gobierno puede reducir gastos recortando servicios —por ejemplo, reducción de

estadías hospitalarias, de atención de ancianos— dado que una gran parte de la atención de la salud se cumple en el hogar.

Desde una perspectiva de búsqueda de equidad de género, sería útil plantearse el siguiente tipo de preguntas con respecto a ¿en qué medida las nuevas políticas en debate y los nuevos paquetes básicos de servicios:

- se sesgan en favor de estructuras familiares particulares?
- reconocen la división del trabajo por género en el hogar, en el mercado laboral y en el trabajo en salud?
- responden a las necesidades particulares de los sexos y se ajustan a las diferencias en los perfiles epidemiológicos de mujeres y hombres?
- reconocen explícitamente el impacto de los determinantes biológicos y sociales de género sobre las necesidades de salud de hombres y mujeres?
- se basan en supuestos relativos a igualdad de acceso y control sobre los recursos dentro y fuera de la familia?
- consideran a las mujeres y su salud más allá de los límites del rol materno?
- contemplan y promueven la participación ciudadana de las mujeres en la toma de decisiones que afectan los sistemas de salud?
- se apoyan, implícita o explícitamente, en el trabajo no remunerado de la mujer como medio para reducir gastos en la provisión de atención?
- contribuyen a reforzar o a reducir inequidades preexistentes de género en términos del balance de la distribución de responsabilidades/retribuciones en el trabajo en salud?

Atendiendo a la sugerencia de la 16.ª Reunión del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, esta iniciativa comenzaría focalizando los efectos de la participación de los sectores privados en el financiamiento y provisión de la salud y la seguridad social sobre la equidad de género en el acceso a los servicios y beneficios de dichos sistemas. Tales efectos se examinarían en su interconexión con la redefinición del rol del Estado, las dinámicas en la base productiva de la sociedad, y los cambios en las condiciones de vida de la población.

La creciente importancia del sector privado en la salud está conduciendo a una redefinición de los roles del sector público y el privado dentro de la organización y financiamiento de los servicios. La incorporación de criterios de género en esta redefinición demanda el análisis del impacto que modalidades distintas de articulación de los sectores público y privado, tienen sobre la distribución de los beneficios del sistema de salud entre los hombres y las mujeres que conforman los distintos grupos poblacionales.

El concepto de equidad, eje vertebrador de este análisis, se fundamenta en la noción de necesidad. Esta aseveración implica que la distribución de recursos y beneficios del sistema deberá orientarse no por criterios imparciales de igualdad sino por consideraciones de necesidad.²² En otras palabras, no se trata de que las mujeres y los hombres reciban cuotas idénticas en la distribución de recursos y servicios, sino de que reciban tales recursos diferencialmente de acuerdo con sus necesidades. La determinación empírica de las necesidades de salud (bio-psico-sociales) de hombres y mujeres, del grado de correspondencia entre tales necesidades y del contenido de los paquetes básicos de servicios, se convierte, entonces, en herramienta básica de planificación.²³

La información obtenida en países tanto industrializados como en desarrollo reafirma la noción de que las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud. Esto en razón de que, a las contingencias de enfermedad, discapacidad, y accidentes— comunes a ambos sexos— se añaden las relacionadas con la función natural de la maternidad (incluyendo la regulación de la fecundidad que ha recaído fundamentalmente sobre el sexo femenino) y la mayor longevidad femenina, que se asocia con enfermedades crónicas propias de la edad avanzada. Dentro de este contexto de las diferencias por sexo en materia de salud, es esencial resaltar que la ventaja de supervivencia que exhibe el sexo femenino no se asimila a una mejor salud. La mortalidad es solamente un indicador del deterioro extremo de la salud y no puede dar cuenta de las variaciones en la calidad de vida de los supervivientes. La evidencia empírica indica que las mujeres, lejos de disfrutar de una mejor salud, tienden a experimentar mayor morbilidad que el varón, expresada en una incidencia más alta de trastornos agudos a lo largo de la vida,

²² Gómez Gómez, E. "Introducción", en: Gómez Gómez, E. (ed.), *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington, D.C., OPS/OMS Publicación Científica No. 541, 1993.

²³ Una discusión fundamental que desborda los límites del presente trabajo es la referida a "quién" define y "cómo" se define la necesidad. La distinción y el relacionamiento en tal contexto de los conceptos de necesidad demanda y utilización de servicios es de relevancia central.

en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales y en niveles más elevados de discapacidad en el corto y en el largo plazo.²⁴

Esta mayor necesidad de servicios no siempre corresponde con servicios disponibles y accesibles. En la medida en que el acceso a la atención de la salud y a las prestaciones por enfermedad o discapacidad estén ligadas a desembolsos directos o a vinculación laboral remunerada, las mujeres —como grupo— se encuentran en desventaja sistemática con respecto a los hombres, situación que, desde luego, no se aplica únicamente a los servicios privados.

A continuación se presentan algunos datos de la Encuesta Nacional de Gastos Médicos de los Estados Unidos de América, que ilustran las relaciones entre necesidades, gastos e ingreso de mujeres y hombres.²⁵

- Durante las edades reproductivas, los desembolsos directos para gastos en salud son más altos para las mujeres que para los hombres: las mujeres de 15 a 44 años de edad pagan 68% más que sus contrapartes masculinas en gastos de bolsillo para salud.
- Las mujeres consumen una proporción mayor de su ingreso en gastos de bolsillo para salud, que la que consumen los hombres: las mujeres constituyen el 69% de la población de 15 a 44 años de edad y consumen más del 10% de su ingreso en gastos de bolsillo en salud.
- Los gastos en servicios de salud reproductiva representan un tercio de todos los gastos en salud de las mujeres en el grupo de edad de 15 a 44 años: esta proporción, desde luego, es importante y marca una diferencia sustantiva con los hombres. Sin embargo, no debe perderse de vista que las necesidades de salud reproductiva no son las únicas que experimentan las mujeres, y que dos tercios de ese gasto provienen de otro tipo de requerimientos.
- La falta de cobertura para servicios preventivos obstaculiza el uso de tales servicios, particularmente entre las mujeres con menor ingreso.

²⁴ United States National Institutes of Health. *Opportunities for Research on Women's Health*. NIH Publication No. 92-3457A, 1992.

Verbrugge, L.M. "Pathways of Health and Death", en: Apple, R. (ed). *Women, Health and Medicine in America*. New York, London, Garland Publishing, 1990.

²⁵ Women's Research and Education Institute. *Women's Health Insurance Costs and Experiences*. Washington, D.C., WREI, 1994.

Los resultados preliminares de la investigación del caso chileno²⁶ —expuestos ante este foro en 1996— indicaron efectos deletéreos del sistema privado sobre el acceso equitativo de los sectores populares a tales servicios, efectos que, además, recayeron desproporcionadamente sobre las mujeres. Tal señalamiento subrayó que las mujeres, en razón de su potencial biológico de maternidad, su mayor morbilidad y su mayor longevidad, tenían que asumir costos mayores del seguro privado, o quedar excluidas de determinadas coberturas. El estudio indicó, además, que ciertos vacíos específicos de coberturas privadas —por ejemplo, la atención del parto y la de las enfermedades asociadas con la tercera edad— eran suplidos, en un grado importante, por el sector público. Este tipo de situación, junto con el hecho de que las acciones de fomento y de prevención fueran asumidas exclusivamente por el sector público, constituían subsidios cruzados desde el sistema público al sistema privado.

La experiencia indica que la relación entre el Estado, las fuerzas de mercado, la equidad de género y la equidad social, en general, es compleja: el Estado no siempre actúa en dirección de la equidad, y el mercado no siempre opera en detrimento de ésta. El comportamiento de las inequidades de género en la salud y en la atención de la salud dependerá, entonces, de las formas particulares en que se estructuren y articulen el sector privado y el público para responder a las necesidades —e incorporar las contribuciones— particulares de cada sexo.

4. Estrategia propuesta

Un desafío central para la abogacía efectiva por la equidad de género en las políticas públicas es la construcción de un conocimiento sistematizado con respecto al impacto que ciertos tipos de políticas ejercen diferencialmente sobre los sexos. El problema no radica simplemente en la falta de información o en las deficiencias de calidad de la misma. Aunque ciertamente es evidente la necesidad de conducir investigaciones que generen nueva información, en muchos casos existen fuentes de información importantes para este propósito que todavía no han sido explotadas suficientemente (por ejemplo, las encuestas de hogares o de condiciones de vida que se realizan periódicamente en un número de países). Con mucha frecuencia, el problema central estriba en la limitada capacidad de acceder a la información pertinente, analizarla y traducirla a políticas apropiadas. Entonces, el reto se plantea primeramente en términos del fortalecimiento de las capacidades nacionales para usar, adaptar y construir la información y el conocimiento que exigen el desarrollo de políticas equitativas, sostenibles y eficientes, que sean apropiadas a las realidades locales. Un medio

²⁶ Influencia de la reforma de los servicios de salud en el acceso de las mujeres a la atención de salud. Trabajo presentado por SERNAM de Chile ante la 16.ª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Washington, D.C., marzo 1996.

estratégico para lograr este propósito es el establecimiento de redes de comunicación dinámicas e interactivas, que faciliten la diseminación oportuna, la multiplicación multidireccional y la expansión sinérgica del conocimiento adquirido localmente.

Atendiendo a las recomendaciones del 16.º Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, se propone la creación de una red electrónica de discusión sobre el tema de la "equidad de género en las políticas públicas de salud y seguridad social". Esta estrategia conjuga las sugerencias de dicho Subcomité en relación con: a) el desarrollo de mecanismos que faciliten el intercambio internacional de experiencias respecto a los efectos de las reformas sobre las inequidades de género; b) la promoción de la incorporación de criterios de género en el debate sobre reforma, y c) el fomento de investigación dirigida a contribuir a la formulación y vigilancia de políticas a partir de una base de conocimiento ampliamente validada.

4.1 *Naturaleza y alcance de la red*

La red denominada "Conferencia Interamericana sobre Equidad de Género en Políticas de Salud" (CIEGP) se plantea como un medio ágil, democrático y económico de promover el avance del conocimiento sustantivo y estratégico requerido para incidir efectivamente en la formulación y vigilancia de la implantación de políticas públicas saludables que incorporen criterios de equidad de género.

La CIEGP se modelaría a partir de la rica experiencia acumulada por la Red Interamericana de Economía y Financiamiento de la Salud (REDEFS),²⁷ en operación desde 1994, y en cuyo establecimiento y desarrollo participó la Organización Panamericana de la Salud junto con la División de Recursos Humanos del Banco Mundial (BM) y el Centro Interamericano para Estudios de Seguridad Social (CIESS). El propósito de REDEFS es el de favorecer el intercambio de experiencias, destrezas e información entre personas que están trabajando en el área de economía y financiamiento de la salud.

La CIEGP buscaría, asimismo, vincular especialistas e instituciones de las Américas que trabajan con el tema de equidad en las políticas de salud y seguridad social, y que tienen interés específico en el área de equidad de género. Tal red se constituiría en un foro internacional en el cual convergirían funcionarios gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, universidades, centros de investigación, grupos de abogacía y cabildeo, académicos de distintas disciplinas, y donantes interesados en compartir información, experiencias y conocimientos técnicos pertinentes a la promoción de la equidad de género en los sistemas de salud y seguridad

²⁷ OPS:REDEFS newsletter. PAHO Home Page, marzo 1996.

social. La CIEGP fomentaría la cooperación entre países —desarrollados y en desarrollo— alrededor del eje de la reducción de las inequidades de género, tema de interés central en los convenios derivados de las conferencias internacionales de las Naciones Unidas de la última década y a cuyo cumplimiento se han comprometido los países de esta Región.²⁸

4.2 *Objetivos*

Los objetivos específicos que se propone la CIEGP se describen en cuatro grandes áreas de acción: investigación, diseminación de información, adiestramiento y asesoramiento técnico directo. Para el logro de tales fines, la CIEGP actuaría en estrecha vinculación con la Red Interamericana de Economía y Financiamiento de la Salud (REDEFS).

4.2.1 *Investigación*

- a) Seleccionar y diseminar estudios nacionales y distribuir información sobre investigación en curso.
- b) Promover y coordinar proyectos de investigación, nacionales y multinacionales, en áreas de prioridad dentro del tema “género, salud y políticas públicas”.
- c) Fortalecer destrezas metodológicas mediante la realización de seminarios o talleres de adiestramiento en técnicas específicas de análisis y medición. Se dará énfasis particular al entrenamiento en metodologías de evaluación de impacto y en técnicas de medición de inequidades.

4.2.2 *Diseminación de información*

Estimular un amplio rango de intercambio de información a través de las siguientes actividades:

- a) Montaje y mantenimiento de una base de información documental y estadística sobre el tema de género, salud y políticas públicas.
- b) Distribución de un boletín periódico.

²⁸ Gambach, J., y de Schutter, M. *Women, Gender and Health. Agreements and Actions Established at Six World Conferences in the Nineties*. Washington D.C., OPS/HDP/HDW, 1996.

- c) Traducción y reproducción de materiales científicos y técnicos.
- d) Plan de publicaciones de documentos técnicos, entre los cuales se incluirían los resultados de proyectos de investigación nacionales y regionales propiciados por la red.

4.2.3 *Adiestramiento*

- a) Promover y apoyar la incorporación de consideraciones de género en el análisis de las políticas de salud y seguridad social en niveles intermedios y altos de organismos de gobierno y en un amplio rango de instituciones y grupos vinculados con la planificación, la entrega de servicios, y la abogacía en salud. Se privilegiará el análisis de las implicaciones que para la equidad, en general, y de género, en particular, tienen los procesos de reforma de la salud y la seguridad social, focalizando los movimientos hacia la privatización y la descentralización de servicios.
- b) Desarrollar y divulgar materiales educacionales dirigidos a las personas encargadas de la toma de decisiones y planificación en salud y seguridad social, que sirvan de guía para el análisis y el diseño de políticas.

4.2.4 *Asesoramiento técnico específico*

Proporcionar apoyo técnico, a los/las participantes de la red, en las actividades de adiestramiento, investigación y diseminación que ésta propicie, a través del facilitamiento de contactos con expertos nacionales o regionales y, en la medida de lo posible, a través de cooperación técnica directa.

5. Recursos

5.1 *Insumos actualmente disponibles*

La Organización Panamericana de la Salud cuenta con Representaciones en todos los países de la Región, y con puntos focales del Programa de Mujer, Salud y Desarrollo en cada una de estas oficinas. Los puntos focales actúan como puente para la identificación de recursos y el establecimiento de redes locales. Valga destacar que en Centroamérica actualmente se está levantando un inventario interagencial de trabajos realizados en la subregión sobre el tema de género y políticas macroeconómicas.

En todos los países, las Representaciones de OPS poseen el equipo y programas necesarios y están conectadas al correo electrónico, lo cual hace posible el acceso al área de discusión. Desde luego, tal provisión no es suficiente para garantizar

representatividad regional pero viabiliza un mínimo de participación de cada país en la red.

HDW cuenta con el respaldo técnico del Programa de Políticas Públicas para la Salud (HDD) de la OPS, tanto en la Sede como en las Representaciones en los países.

La Coordinación de Investigaciones de la OPS posee ya una base de datos con perfiles de investigadores y centros de investigación en salud pública en la Región.

La OPS tiene una página en la red del Internet ("home page") y, dentro de ella, los Programas directamente involucrados en esta iniciativa: HDW y HDD. REDEFS, por ejemplo, difunde su boletín periódico a través de la página de Internet de HDD.

En diciembre de 1996, se firmó un convenio de cooperación entre la OPS y el Women's College Hospital and Research Center (WCH) (Toronto, Canadá); una de las áreas alrededor de la cual se especificó dicha cooperación fue el estudio del impacto de las reformas de salud sobre el acceso diferencial por sexo a los servicios de salud. La asociación con el WCH, una entidad de antigua y reconocida trayectoria en el área de investigación y atención de la salud de la mujer, representa no solo un invaluable respaldo técnico para el desarrollo de este esfuerzo, sino también un vínculo ya trabajado con individuos y grupos que han analizado extensivamente el tema.

Más allá de contar directamente con la experiencia de REDEFS, la cual alimentará sustantivamente el desarrollo de la red que se inicia, la posibilidad de que ambas funcionen en estrecha vinculación agrega un valor sustantivo a este proyecto y constituye un importante refuerzo mutuo para la causa común de identificación y reducción de inequidades. CIEGP podrá, por un lado, ganar acceso a recursos informativos ya establecidos y, por el otro, aportar nuevas dimensiones a la discusión sobre economía y financiamiento de la salud.

La base documental específica sobre género y políticas públicas constituiría una ampliación de la base bibliográfica ya existente en el Programa de Mujer, Salud y Desarrollo (SIMUS), que cuenta actualmente con 3.600 títulos. Dicha base posee ya el recurso humano y la capacidad instalada para iniciar el ingreso de documentos sobre los temas seleccionados. Además, se están haciendo gestiones para inscribir la base en una página de la red Internet.

5.2 Recursos disponibles en el mediano plazo

En la actualidad la OPS cuenta con una base actualizada de datos sobre mortalidad por sexo para todos los países de la Región. Dicha base estará disponible próximamente a través de la red de Internet (www). Mientras tanto, este tipo de información se publica regularmente en anuarios estadísticos.

La OPS se encuentra comprometida, en los países y en la Sede, con la tarea de fortalecer el núcleo de datos básicos de salud y producir perfiles nacionales de salud. Éstos aparecerán en la publicación cuatrienal de la OPS *Condiciones de salud de las Américas* correspondiente a 1998. Porciones variables de esa información, dependiendo del país, estarán desglosadas por sexo. Además, el Programa de Mujer, Salud y Desarrollo, en asociación con el Programa de Análisis de la Salud (HDA), desarrollará una iniciativa de apoyo al fortalecimiento de los sistemas de información locales de manera tal que permitan el análisis desde una perspectiva de género y resulten accesibles para los investigadores.

5.3 Refuerzos existentes

Existen lazos de cooperación entre la OPS y el CIESS alrededor del tema específico de la reducción de las inequidades de género en la Seguridad Social. En septiembre de 1996 el CIESS celebró, con la participación de la OPS, un seminario de adiestramiento denominado "Mujer, género, equidad y seguridad social", el cual contó con la participación de 44 personas provenientes de siete países de la Región.

En diciembre de 1996, durante el desarrollo del convenio existente entre la OPS y el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), la OPS, el SERNAM y el Ministerio de Salud de Chile acordaron colaborar para ahondar en el estudio del impacto de la reforma de salud sobre el acceso diferencial por sexo a los servicios de salud. Hace un año, ante este mismo Subcomité, se presentaron hallazgos preliminares sobre este tema, que fueron derivados de una investigación comisionada por el SERNAM.

5.4 Necesidades de recursos adicionales

El mantenimiento de un intercambio focalizado y productivo, y la instrumentación de las actividades requeridas para cumplir con los objetivos de investigación, diseminación de información y entrenamiento, exigirán un esfuerzo importante de movilización de recursos financieros, humanos y de información.

6. Plan de acción

6.1 Creación del espacio electrónico de intercambio

Con el apoyo técnico del Women's College Hospital and Research Center (Toronto, Canadá), centro colaborador de la OMS, se ha establecido ya un "área" electrónica que permitirá el desarrollo de la discusión sobre género y políticas de salud y seguridad social. A través de esta área se podrá recolectar y diseminar información cuanti y cualitativa, y también analizar el impacto de diferentes esquemas de organización y financiamiento de la atención sobre la equidad en el acceso a los recursos de salud.

El foco del análisis será la equidad de género, mediada por factores de clase social, etnia, edad, estado civil y ubicación geográfica, y dará prioridad a aquellos países en donde los sistemas económicos y de salud están siendo reestructurados.

El área electrónica que se acaba de establecer se encuentra disponible en dos formatos: uno de conferencia en red APC (Association for Progressive Communications), y otro de lista de correo del tipo "servidor". La red APC es una asociación internacional de 22 redes de cómputo que proporciona herramientas y apoyo tecnológico de información y comunicación a individuos o grupos trabajando en el área de cambio social y desarrollo. WEB Networks es el miembro canadiense de la APC, y es la red desde la cual se origina esta área de discusión. La conferencia en WEB Networks (compartida por redes hermanas de APC en el mundo) está ligada a una lista electrónica con el fin de hacerla lo más accesible posible. Cualquier persona que tenga acceso al correo electrónico podrá participar en este intercambio de información. El nombre de la conferencia en la red APC es "wch.health.reform", y la denominación de la lista es "wch-health-reform-1".

6.2 Desarrollo del intercambio

El primer paso dentro del proceso de desarrollo de este intercambio de información es la identificación de individuos, grupos y redes trabajando en temas de género y políticas públicas que, además, se encuentren ya conectados y familiarizados con el Internet. Desde Toronto, Washington D.C. y San José (Costa Rica), se comenzó ya esta tarea de identificación. El siguiente paso será el de distribuir la información sobre cómo conectarse a la lista, para lo cual se elaborará oportunamente una guía de instrucciones que se circulará por correo electrónico entre las(os) participantes. A este grupo inicial de integrantes de la red se le pedirá establecer contactos dentro de sus propias comunidades, a fin de que promuevan el área de discusión e inviten a nuevos participantes a unirse al intercambio.

Como se mencionó anteriormente, el mantenimiento de un espacio de trabajo que propicie un intercambio focalizado y productivo requiere de un insumo sustantivo de recursos humanos que estimulen, alimenten y moderen la discusión. Durante el período de despegue, este facilitamiento estará a cargo de dos puntos focales, uno en el WCH y otro en el Programa de Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS. Una vez cumplida esta etapa inicial de despegue, se requerirá reforzar el recurso humano actualmente disponible, refuerzo para el cual habrá que gestionar financiamiento.

Posteriormente, en la medida en que se vayan cristalizado algunas ideas ejes, se promoverá la primera reunión cara a cara de un grupo piloto que delineará un plan de desarrollo de la red. De acuerdo con la evaluación de necesidades y la identificación de

prioridades en materia de investigación en el nivel de país, dicho grupo definirá también las líneas y las prioridades de investigación para la red.

El primer producto del grupo será la elaboración de una propuesta de investigación que recoja los intereses de los países involucrados, alrededor de la cual se iniciará una labor de movilización de recursos nacionales e internacionales, apoyada por la OPS y el WCH.

7. Observaciones finales

La iniciativa aquí propuesta constituiría una respuesta ágil y efectiva a la necesidad de promover el intercambio regional de información, fomentar esfuerzos colaborativos de investigación, y fortalecer las capacidades nacionales de análisis y abogacía, en el terreno de la equidad de género en las políticas públicas.

El desarrollo de la red electrónica de discusión sobre esta temática cuenta con una base firme de despegue, tanto en términos técnicos como logísticos. El logro de sus metas de incidencia en la formulación e implantación de políticas dependerá, en buena parte, del apoyo e interés que convoque esta iniciativa más allá de los círculos de investigación, en las esferas de toma de decisiones.

Se presenta esta iniciativa a la consideración del Subcomité y se le solicita que, a la luz de las orientaciones emitidas por dicho Subcomité en 1996 y de los desarrollos aquí descritos, respalde esta estrategia y renueve su llamado a los Estados Miembros a fin de que:

- prosigan activamente con la incorporación de criterios de equidad de género en el análisis de las reformas de salud y seguridad social, y continúen velando por que, cuando dichas reformas sean abordadas por los Cuerpos Directivos u otros foros, se incluya siempre la evaluación de sus efectos diferenciales por sexo;
- estimulen y apoyen el diálogo entre investigadores, planificadores y activistas a través de la red CIEGP, con el fin de facilitar el aprendizaje mutuo y la construcción concertada de políticas equitativas, eficaces y sostenibles;
- faciliten la presentación y el debate de los hallazgos de investigación relevantes en foros nacionales e internacionales.