

DESARROLLO HUMANO, GÉNERO Y SALUD EN CENTROAMÉRICA: EL CASO DE COSTA RICA

Isabel Vega Robles

Abstract

This essay analyzes the tendencies of some basic health indicators in Central America and Costa Rica, and they are contrasted with the Costa Rican public health policies within the framework of both notions of human development and gender approach. The author highlights that health indicators in Costa Rica show meaningful differences in relation to the rest of the countries in the Central American region and reach levels of accomplishment closer to those found in developed countries. However, there are risk factors and unbalances between men and women –such as birth control as women’s responsibility, lower coverage of the social security system among the female population, and disease and violent death among the male population– which demand special attention. After presenting an overview of some of the guidelines set by the Costa Rican Social Security System (Caja Costarricense del Seguro Social), she concludes that efforts to modernize health services in the country should incorporate specific gender and redistribution policies that, together with participation by the government and civil society, can be realized as preventive mental health programs for men and women.

Resumen

En este ensayo se analizan las tendencias de algunos indicadores básicos de salud en América Central y Costa Rica y se contrastan con las políticas del sistema de salud costarricense, utilizando como marco de referencia nociones sobre desarrollo humano y una perspectiva de género. La autora destaca que los indicadores de salud en Costa Rica presentan diferencias significativas en relación con el resto de los países de la región centroamericana, alcanzando niveles de logro más cercanos a los que muestran países desarrollados. Sin embargo, existen factores de riesgo y desigualdades entre hombres y mujeres –como control de la natalidad a cargo de las mujeres, una menor cobertura de la seguridad social entre la población femenina y enfermedades y causas violentas de muerte entre la población masculina– que demandan particular atención. Luego de repasar algunos lineamientos de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), concluye que los esfuerzos por modernizar los servicios de salud en el país deben incorporar políticas de género específicas y redistributivas que, con la participación gubernamental y de la sociedad civil, se plasmen en programas preventivos de salud mental para hombres y mujeres.

Introducción

A partir de la última década del siglo XX, la Organización de las Naciones Unidas comenzó a cuestionar la utilización de la riqueza material como parámetro para medir el desarrollo humano de la sociedad moderna. Pensando que una perspectiva eminentemente económica no dejaba espacio para otros aspectos fundamentales de la condición humana, hizo un viraje de sentido que comprendió una conceptualización centrada en los seres humanos, incluyendo su condición de vida. De esta manera, se establecieron indicadores relativos a aspectos tales como educación, salud, condiciones de género, ingreso personal, seguridad y seguridad de empleo, con el fin de profundizar y detectar las desigualdades existentes en las distintas sociedades.

Considerando que una discusión en torno a las prioridades del sector salud debe tomar en cuenta el contexto regional, me propuse establecer las tendencias de algunos indicadores básicos de salud en América Central, e identificar las políticas del sistema de salud costarricense utilizando una perspectiva de género. Así, a partir de diversas fuentes de información secundaria, pude corroborar que los indicadores de salud en Centroamérica presentan diferencias significativas en relación con Costa Rica, pues alcanzan en este último país niveles de logro más cercanos a los que muestran países desarrollados. Sin embargo, existen en él factores de riesgo y desigualdades entre hombres y mujeres —como control de la natalidad a cargo de las mujeres, una menor cobertura de la seguridad social entre la población femenina y enfermedades y causas de muerte entre la población masculina como producto de ciertas condiciones de vida y de la violencia social— que demandan particular atención. Luego de repasar algunos lineamientos de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), concluyo que los esfuerzos por modernizar los servicios de salud en el país deben incorporar políticas de género específicas y redistributivas que, con la participación gubernamental y de la sociedad civil, se plasmen en programas preventivos enfocados, en definitiva, hacia la salud mental de la población.

A continuación introduzco algunas de las nociones que dan cuerpo a este trabajo para luego describir las tendencias observadas en los indicadores estudiados. Posteriormente, puntualizo algunos de los retos que enfrenta el sistema de salud costarricense como preámbulo a las consideraciones finales.

Desarrollo humano, género y salud

Actualmente, el Desarrollo Humano se concibe como un proceso continuo e integral del desarrollo de las sociedades, en donde resulta esencial la ampliación de opciones de la gente y el nivel de bienestar que logran. Las tres opciones esenciales de la gente son vivir una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente (PNUD, 1997).

Por otra parte, el concepto de género es usado en ciencias sociales para describir todos los atributos dados socialmente, como roles, actividades y responsabilidades conectados a ser hombre o mujer en una sociedad dada. Nuestra identidad de género determina cómo somos percibidos y cómo nosotros estamos supuestos a pensar y actuar como mujeres y hombres, por la manera en que la sociedad está organizada.

El análisis de género explora y destaca las relaciones de hombres y mujeres en la sociedad, así como la ausencia de equidades en dichas relaciones: ¿Quién hace qué?

¿Quién decide? ¿Cómo? ¿Quién gana? ¿Quién pierde?. Este examen quiebra la división entre la esfera privada (involucrando relaciones interpersonales) y la esfera pública (que lidia con las relaciones en la sociedad más amplia), estableciendo cómo las relaciones de poder dentro del hogar interrelacionan con aquellas en el ámbito internacional, del estado, el mercado y la comunidad (March, Candida et al, 1999: 18).

Así que la atención a la salud de la población –que comprende acciones preventivas y curativas– también refleja los valores, actitudes y creencias de nuestra sociedad en cuanto a las prioridades, que se establecen en función de los roles productivos y reproductivos que hombres y mujeres están supuestos a desempeñar. Aún más, como veremos más adelante, las acciones de las instituciones encargadas de la salud costarricense, como parte de un sistema social dado, reproducen y refuerzan un sistema de valores no siempre caracterizado por la equidad y la consideración de las diferencias.

No obstante sus ventajas respecto a los demás países de América Central, la atención a la salud en Costa Rica debe seguir nuevos derroteros para responder a las demandas que plantean los cambios sociales. Esta es la evidencia que surge al identificar el comportamiento de los indicadores que detallo a continuación.

Aspectos generales de las condiciones de salud

Acceso a los servicios básicos de salud

Las condiciones generales de salud en la región centroamericana muestran variaciones significativas entre los países, dependiendo de los indicadores de que se trate. Sin embargo, al ensayar un balance general, Costa Rica y Panamá evidencian tener mayores posibilidades de atención y servicios en salud, Guatemala tiende a mostrar los niveles más bajos, mientras que los demás países ocupan una posición intermedia.

De esta manera, Costa Rica y Nicaragua tienen los porcentajes más bajos de población sin acceso a los servicios de salud¹ (20% y 17%). Por el contrario, El Salvador y Guatemala manifiestan los porcentajes más altos (60% y 43% respectivamente), mientras que Honduras y Panamá se ubican en una posición intermedia (31% y 30%),

En la mayoría de los países centroamericanos, un porcentaje significativo de la población no tiene acceso a servicios de saneamiento² (entre un 13% y un 19%), carencia que afecta a un 69% de las personas en el caso de Nicaragua. La disponibilidad de médicos y enfermeros por cada 100.000 habitantes varía entre 22 médicos en el caso de Honduras y 126 en el caso de Costa Rica.

El agua potable, factor determinante de las condiciones de salud, es accesible para prácticamente la totalidad de la población costarricense o para los habitantes de Panamá. Sin embargo, no ocurre lo mismo en Guatemala, El Salvador y Nicaragua (un 23%, 31% y 39%, respectivamente, carecen de este servicio) (PNUD, 1998) (tabla 1).

Esta situación implica riesgos de salud para todas las personas que no disponen de ese servicio, particularmente para las mujeres, pues las viviendas no cuentan con agua entubada intradomiciliaria y su acarreo es una labor que les ocasiona, además del esfuerzo físico y desgaste energético, molestias y dolencias musculares y daños agregados como el prolapso de útero (OPS/OMS 1994: 336).

Tabla 1

Acceso a servicios básicos de salud

PAÍS	POBLACIÓN SIN ACCESO A			RECURSO HUMANO	
	Agua Potable (%) 1990-1996	Servicios de salud (%) 1990-1995	Saneamiento (%) 1990-1996	Médicos por 100.000 habitantes 1993	Enfermeros por 100.000 habitantes 1993
Costa Rica	4	20	16	126	95
El Salvador	31	60	19	91	38
Guatemala	23	43	17	90	30
Honduras	13	31	13	22	17
Nicaragua	39	17	69	82	56
Panamá	7	30	17	119	98

Fuente: PNUD, 1998: Informe Sobre Desarrollo Humano 1998. Extracto Centroamericano. PNUD, San José, C.R.

Esperanza de vida al nacer, mortalidad y morbilidad

Costa Rica y Panamá son los países con los mejores promedios de esperanza de vida, mientras que Honduras y Guatemala son los que tienen los porcentajes más bajos en ambos sexos.

La esperanza de vida de hombres y mujeres en los países centroamericanos se ha visto mejorada en las últimas décadas. Las mujeres viven, en promedio, entre 4 y 6 años más que los hombres, según los datos disponibles a 1995. Asimismo, entre 1970 y 1995, las mujeres tendieron a ganar más años en esperanza de vida que los hombres.

Pero las ventajas relativas de las mujeres en relación con los hombres no necesariamente significan mejores niveles de salud, ni tampoco que se den de igual forma en todas las causas de muerte, grupos de edad y país. En ese sentido, existe una serie de causas de muerte exclusivas de las mujeres tales como aborto, complicaciones del embarazo, complicaciones durante el parto, complicaciones del puerperio y otras enfermedades de los órganos pelvianos.

Además, existen enfermedades que afectan más a las mujeres que a los hombres como causa de muerte. Es lo que ocurre en el caso de los tumores malignos, la enfermedad cerebrovascular, las deficiencias nutricionales y la diabetes melittis, entre otras. También, existe una mortalidad femenina mayor en el grupo de edad de 1 a 4 años.

Por otra parte, la mayor desventaja general masculina frente a la muerte tiene como causas principales los accidentes, los homicidios, el suicidio, la guerra y la violencia, causas que tienen una mayor incidencia entre los hombres y muestran diferencias relacionadas con los roles y actividades masculinas predominantes (OPS/OMS 1994: 344-357).

Visto en términos de morbilidad, nuevamente enfermedades como tumor maligno de los órganos sexuales y reproductores, tumor de mama, enfermedad cerebrovascular y psicosis afectiva, afectan más a las mujeres que a los hombres. La violencia

contra las mujeres, es igualmente una causa de morbilidad que cada vez se visibiliza más, a pesar de los problemas de registro.

Por otra parte, los hombres se ven más afectados que las mujeres en cuanto a la dependencia al alcohol u otras drogas, por la sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual y por el SIDA (OPS/OMS 1994:358-363)³.

Los datos disponibles sobre hospitalizaciones señalan, en el caso de las mujeres, que están relacionadas principalmente con la maternidad (parto, aborto, cirugía gineco-obstétrica). Por otro lado, si se excluyen las atenciones hospitalarias que reciben las mujeres por maternidad, los hombres son los principales usuarios de los servicios hospitalarios, según datos de Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Panamá (OPS/OMS 1994: 365).

Salud materno infantil

En Costa Rica se observan, en lo que concierne a la salud materno infantil, indicadores altamente favorables. La proporción de partos asistidos por personal de salud capacitado fue, entre los años 1990-96, de un 93% en promedio. La tasa de mortalidad materna⁴, la tasa de mortalidad de lactantes⁵, y la proporción de niños con bajo peso al nacer o con peso insuficiente en menores de 5 años, estuvo muy por debajo del resto de América Central. Igual situación de ventaja se manifiesta en la tasa de mortalidad infantil, que estimada para el quinquenio 1995-2000 muestra los valores más altos en Nicaragua y Guatemala (44 y 40 respectivamente) y los más reducidos en Panamá y Costa Rica (21 y 12 respectivamente). (PNUD,1998) (tabla 2).

Tabla 2

Indicadores de salud materna e infantil

PAÍS	Partos asistidos por personal de salud capacitado (%) 1990-1996	Tasa Mortalidad Materna (por 100.000 nacidos vivos) 1990	Madres que amantan exclusivam. a los 3 meses (%) 1990-1996	Tasa mortalidad lactantes (por 1.000 nacidos vivos) 1996	Tasa mortalidad menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos) 1996	Niños de bajo peso al nacer (%) 1990-1994	Niños menores de 5 años con peso insuficiente (%) 1990-1997	Tasa mortalidad Infantil 1995-2000 a/
Costa Rica	93	60	35	13	16	6	2	12
El Salvador	87	300	20	41	40	11	11	39
Guatemala	35	200	50	45	67	14	27	40
Honduras	88	220	11	40	38	9	18	35
Nicaragua	61	160	11	48	60	15	12	44
Panamá	86	55	32	24	20	9	7	21

a/ United Nations, 1997, The World's Women 1995: Trends and Statistics. [Http://www.un.org/womenwatch](http://www.un.org/womenwatch)
Fuente: PNUD, 1998: Informe Sobre Desarrollo Humano 1998. Extracto Centroamericano. PNUD, San José, C.R.

Control de la fecundidad

En general, en Centroamérica son las mujeres las que están asumiendo la mayoría de los riesgos para el control de la fecundidad (OPS/OMS 1994:337). El porcentaje de mujeres casadas de edad reproductiva (de 15 a 49 años) que usan anticonceptivos, varía en los países centroamericanos entre un 31% en el caso de Guatemala y un 75% en el de Costa Rica, en lo que se refiere a la categoría de cualquier método de anticoncepción. En la categoría de uso de métodos modernos (esterilización, DIU, píldoras, condones, contraceptivos hormonales inyectables, diafragma, etc.) los porcentajes varían entre 27% y 65% y corresponden a esos mismos países.

Políticas y programas de salud orientados a las mujeres

Según la OPS (1994), a principios de los años noventas, las políticas y programas de salud orientados directamente a las mujeres, dejan ver una atención mayoritaria a aquellos aspectos de la salud relacionados con la función reproductora de la mujer, por lo que se tiende a dar una atención parcial e incompleta a la mayoría de los problemas de salud. Asimismo, se hace notar que a pesar de ese énfasis, la mortalidad materna sigue siendo alta en muchos de los países de la región.

En Costa Rica, el Ministerio de Salud tiene programas que consideran situaciones particulares de las mujeres, tales como enfermedades de transmisión sexual, nutrición y atención integral, y atención materno-infantil que considera la atención materna en los períodos prenatal, postnatal y la planificación familiar.

Los demás países centroamericanos, con algunas variantes, enfatizan en la salud materno infantil, con niveles de atención perinatal, prenatal, atención del parto y postnatal (OPS/OMS, 1994: 367-373)⁶.

Seguridad social

Los sistemas de seguridad social en Centroamérica hacen referencia, en términos generales, a los siguientes programas: a) enfermedad-maternidad que incluyen, por un lado, servicios médicos, quirúrgicos, laboratorio y farmacia, y por otro lado, prestaciones económicas en caso de incapacidad por enfermedad o maternidad. b) riesgos profesionales, que incluyen servicios médicos, pensión por incapacidad para continuar el trabajo y para sobrevivientes en caso de muerte del accidentado, y c) invalidez, vejez y muerte. Sin embargo, las diferencias entre los países son muy grandes en cuanto a cobertura, cantidad y calidad de las prestaciones (CEPAL, 1997:14).

Excepto Costa Rica y Panamá, los sistemas de seguridad social en Centroamérica tienen muy baja cobertura, quedando excluidos principalmente sectores de población rural, asalariados del sector informal, población indígena y fuerza de trabajo femenina. Además de ese factor de exclusión, existen condiciones que favorecen la inequidad de género.

Costa Rica es el país con más alta cobertura de seguridad social en la región (un 77.3% de la PEA y un 86.2% de la población total), seguido de Panamá (con un 64% de la PEA y un 57% de la población total), en contraste con el resto de los otros países del istmo centroamericano, en donde dicha cobertura es muy limitada (CEPAL, 1997) (tabla 3).

Tabla 3

Centroamérica: Población total y población económicamente activa cubierta por la seguridad social 1970-1995. -Porcentajes-

PAÍS	Población Económicamente Activa (PEA)				Población Total		
	1970	1980	1985-1988	1990-1995	1980	1985-1988	1990-1995
Costa Rica	38.4	68.3	68.7	77.3	84.4 a/	83.1 a/	86.2 a/
El Salvador	9.6	19.7	19.4	22.6	8.8	11	14.2
Guatemala	27	33.1	27.1	29	15.2	13.1	16.4
Honduras	4.2	14.4	12.8	—	7.3	10.3 b/	13
Nicaragua	14.8	16.8	29	14.3	9.1	22	13
Panamá	33.4	52.3	59.8	64	49.9	57.4	...

a/ Incluye la atención asistencial a los indigentes; si se le suma la protección del Ministerio de Salud, la cobertura llega al 100%.

b/ Basado en la cobertura legal.

Fuente: CEPAL, La brecha de la equidad: América Latina y la Cumbre Social (LC/G.1954 (CONF.86/3), elaborado por Carmelo Mesa-Lago, Santiago de Chile, sobre la base de cifras oficiales de los países. Tomado de: CEPAL <http://www.un.org.mx/cepal/est/ds/scuae7.html>

En estos últimos la cobertura se centra principalmente en trabajadores urbanos del sector formal y se complementa con subsistemas restringidos a estamentos de mayor representatividad económica o política, que a menudo ofrecen mayores y mejores prestaciones: empleados públicos (fuerzas armadas y magisterio) y los empleados bancarios. Así, el grueso de la población no queda cubierta por los sistemas de seguridad social, teniendo que confiarse a servicios básicos de salud y maternidad que ofrecen los ministerios y otras instituciones públicas, las iglesias y organizaciones no gubernamentales que brindan servicios a los sectores más pobres, o las redes de solidaridad familiar o comunal. Los excluidos corresponden principalmente a sectores como asalariados del sector informal, población rural e indígena y fuerza de trabajo femenina (CEPAL, 1997: 11-15)

En términos de género, existen aspectos que limitan el acceso a los sistemas de seguridad social a las mujeres, más que a los hombres. Esto último porque cuanto los sistemas están orientados principalmente a personas asalariadas del sector formal; los programas orientados a las mujeres, tanto a nivel del seguro social como de la salud y la maternidad, están centrados en la función reproductiva de la mujer y la crianza de los niños y porque las mujeres que no están protegidas por la seguridad social, ni como trabajadoras ni como esposas o compañeras de trabajadores adscritos al sistema, tropiezan con más obstáculos que los varones para tener acceso a los programas de seguridad social (CEPAL, 1997: 12-13)

Pero además, entre los hombres y mujeres que sí están cubiertos en alguna medida por los sistemas de seguridad social, se da que las esposas o compañeras de trabajadores asalariados dependen de la estabilidad de las relaciones maritales y de la inserción de sus maridos o compañeros en trabajos amparados por la seguridad social. En el caso de las mujeres trabajadoras, les afecta negativamente su precaria inserción laboral, los bajos salarios, la nula capacitación y la ausencia de prestaciones sociales.

Por otro lado, la fuerza de trabajo femenina asalariada se concentra en ocupaciones que carecen de protección laboral y sufren de alta inestabilidad lo que provoca discontinuidades en el acceso a los servicios y reduce las posibilidades de alcanzar una pensión decorosa en la vejez (CEPAL, 1997: 16-17).

Respecto a los programas de riesgos profesionales, también existe un sesgo de género pues se le da énfasis a los accidentes de trabajo, siendo los hombres quienes tienen una alta participación por el tipo de actividades que desempeñan. Por otro lado, reciben una menor atención las enfermedades que se originan en el proceso de trabajo, es decir, las que se relaciona más con actividades laborales de las mujeres, como la maquila. (CEPAL, 1997: 18).

En los programas de pensiones, las desigualdades de género se manifiestan principalmente de dos maneras. Primero, una menor proporción de mujeres que de hombres tienen oportunidad de cubrir el número de cuotas requerido para alcanzar la pensión en la vejez, debido a la inestabilidad de los trabajos en que se insertan y a la función que cumplen como responsables del hogar y de la familia. Segundo, el monto de las pensiones que reciben las mujeres es menor que el de los hombres a consecuencia de que se calculan en forma proporcional al ingreso del asegurado, siendo generalmente menor el de las mujeres que el de los hombres (CEPAL, 1997: 20).

En Costa Rica, el proceso de cambio al cual está abocado el Seguro Social estableció un nuevo Reglamento de Salud que rige desde julio de 1997, introduciendo modificaciones en las normas que regulan las prestaciones y los beneficios que se otorgan en el campo de la salud. El beneficio familiar alcanza ahora a los menores no ligados por vínculos familiares, con el fin de proteger a los niños o estudiantes que conviven o dependen del asegurado que cotiza; se amplía la cobertura a los hermanos o hijos, mayores de edad, quienes no trabajan por estar al cuidado de un familiar inválido. Otra innovación del reglamento es señalar los 60 años como la edad requerida para asegurar a los padres, que podría ser menor si se demuestra que los progenitores están afectados por alguna incapacidad. Con respecto a los cónyuges separados judicialmente, éstos mantienen la cobertura familiar si se comprueba que la pensión alimenticia es la única fuente de ingresos.

Sobre la situación en los programas de pensiones, Costa Rica es el país con la cobertura más alta en sus sistemas de seguridad social. Para 1995 había un total de 87.050 personas pensionadas, de las cuales 51.111 eran hombres y 35.939 mujeres. Igualmente, mientras los montos medio recibidos por los hombres eran de \$107, el de las mujeres era de \$81.

El sistema de salud en Costa Rica y su respuesta a los nuevos tiempos

Existe entre los especialistas en salud la idea de que los efectos del crecimiento de la población, las nuevas tendencias en el perfil epidemiológico y las deficiencias del sistema de salud deben ser superadas si queremos mantener los logros obtenidos durante los últimos sesenta años.

En un reportaje publicado a finales de 1999, y luego de señalarse aspectos positivos de la salud en Costa Rica, se lee lo siguiente:

“La masificación de los servicios —cuya capacidad no ha crecido al mismo ritmo de la población— es el caldo de cultivo para las constantes quejas por errores en la atención, las listas de espera y el deterioro de equipos para el diagnóstico y tratamiento

de enfermedades. Esta otra cara refleja el predominio de padecimientos crónicos y degenerativos, como el cáncer, que mata en el país a uno de cada tres hombres y a una de cada cuatro mujeres. Dice mucho de los estilos de vida, donde la obesidad, el estrés y las “patologías sociales” (violencia familiar, drogadicción, alcoholismo) sacuden las bases del seguro social. Son nuevas enfermedades y demandas, que según los especialistas, imponen la necesidad de un abordaje más complejo y costoso, y obligan a replantearse el sistema de salud para no amenazar los logros obtenidos en los últimos 60 años” (Angulo, 1999).

Considerando que reportajes de ese tipo, además de divulgar información sobre los temas en cuestión, pueden reflejar las concepciones del mundo que circulan en el entorno social, a continuación me apoyaré en información periodística para ensayar una aproximación a la visión que orienta las prácticas del sistema de salud costarricense a través de la Caja Costarricense del Seguro Social.

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS): Piedra angular de la reforma del sector salud

En una sinopsis de la evolución histórica de la CCSS y sus implicaciones en el panorama actual de la salud, Angulo (1999), nos dice que la situación actual de la salud en el país es el resultado de un proceso histórico cuyos inicios pueden ubicarse en forma concreta el 1 de noviembre de 1941, día en que la Asamblea Legislativa aprobó la Ley No. 17 que creó la Caja Costarricense del Seguro Social. Luego le siguieron la introducción, en 1953, del seguro familiar, el cual extendió su cobertura en 1961. El seguro ahora cubría a toda la familia y no sólo únicamente al trabajador, iniciativa que fue la antesala de la universalización del seguro social. El país impulsa no sólo el modelo de salud sino también otras áreas que producen salud igualmente: trabajo, electrificación, caminos, siendo una excepción en el área latinoamericana. Posteriormente, en los setentas, con la Ley General de Salud, se estableció la universalización del seguro social, el traspaso a la CCSS de los hospitales que estaban en manos de las juntas de caridad y el primer Plan Nacional de Salud. Este contempló entre sus metas, bajar la mortalidad infantil, aumentar la expectativa de vida y extender la cobertura del seguro.

Sin embargo, el impacto de la crisis económica y los ajustes estructurales de los años ochentas provocó una reducción considerable de los recursos disponibles en el sistema de salud, trayendo como consecuencia un deterioro progresivo de la atención primaria que se reflejó en un aumento de las muertes infantiles asociadas a problemas durante el embarazo y el parto.

Con el afán de ajustar los recursos a las nuevas necesidades, en 1992 se promovió el proyecto de modernización de la CCSS, como parte de la reforma del sector Salud y este a su vez, de la reforma del Estado. Dicho proyecto comprendió, entre otras medidas, el establecimiento de Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS), con la finalidad de ampliar la cobertura de atención integral de salud en todo el territorio nacional, acompañada de una fuerte inversión en equipo, recursos humanos y capacitación a médicos, equipos de apoyo, directores y administradores.

La aspiración que orienta este esfuerzo de transformación del sistema de salud, es asegurar la equidad con un manejo eficiente de los recursos disponibles a partir de convertir al Ministerio de Salud en rector, modernizar los servicios de la CCSS y readecuar el modelo de atención a las nuevas necesidades. No obstante, hay opiniones encontradas entre los especialistas acerca del ritmo, la viabilidad para alcanzar dicha meta

o los logros obtenidos hasta ahora. Para un sector, la reforma avanza a paso lento y se mencionan como trabas la falta de asideros técnicos y legales en la compra de servicios privados, falta de controles para sentar responsabilidades y la falta de recursos financieros, debido a la deuda del Estado, la morosidad patronal y la evasión fiscal. Tampoco se ha avanzado mucho en la transformación del modelo de atención pues la institución sigue siendo curativa. Entre las causas mencionan la idiosincracia del costarricense –reticente a los cambios– los entramientos burocráticos y falta de voluntad política.

Por otra parte, los aspectos de la salud que históricamente han sido prioritarios, y cuya atención ha hecho posible la situación sobresaliente del país en la región, siguen predominando en el actual modelo de modernización.

En 1998, en un suplemento especial editado para divulgar los frutos más significativos obtenidos durante el período 1994-98 de la CCSS (CCSS,1998a). También (CCSS, 1998b), vemos que la tendencia ha sido: a) modernización de estructuras o planes operativos (los EBAS y la reducción en las listas de espera, foros de calidad, cobertura a la población indígena, cirugía ambulatoria) y la inversión en tecnología, infraestructura y medicamentos (la medicina digital, edificaciones, la ampliación del cuadro básico de vacunación, la inclusión de nuevos medicamentos, guerra contra el cáncer gástrico); b) atención de algunos aspectos psicosociales propios de la infancia, adolescencia y de los adultos mayores (programa de atención grupal para la población infantil, política y apoyo a la lactancia natural, línea telefónica para evacuar consultas de los adolescentes, sus padres o maestros, el carné estudiantil para la atención médica en la CCSS) y c) salud mental, concebida desde un enfoque psiquiátrico (mejoramiento de las condiciones en los hospitales psiquiátricos).

Consideraciones finales

Una vida prolongada y saludable, plena de conocimientos y acceso a los recursos necesarios para tener una vida decente ha de ser una prerrogativa de hombres y mujeres. El movimiento feminista evidenció la exclusión de las mujeres en muchas esferas de la vida social y está abriendo el camino para su participación plena.

También marcó las diferencias de género y las necesidades propias de su condición de mujer. En esa dirección se enmarcan los logros alcanzados en el ámbito de la salud reproductiva en Costa Rica, aun cuando hay mucho por hacer. Sin embargo, las nuevas corrientes de pensamiento en torno a las relaciones de género se orientan a una noción de género inclusiva, en donde interesan las relaciones y desigualdades entre géneros en ambas direcciones.

Como pudimos observar en la información analizada, las condiciones favorables que ofrece el sistema de salud para atender las necesidades de la madre y de su prole no tienen su correlato en la población masculina. Estamos ante un panorama de niños y niñas saludables, pero una población adulta en riesgo. En el mejor de los casos, propiciamos la salud física pero estamos haciendo muy poco por la salud mental.

Sin embargo, los roles de género están cambiando y con ello surgen conflictos y tensiones que derivan en infinidad de cuadros clínicos de orden psicológico y social.

Enfermedades como el alcoholismo o la drogadicción y sucesos originados en la violencia, como el homicidio o los accidentes –que afectan más a los hombres– son síntomas de crisis familiares y sociales que requieren una amplia labor preventiva.

Los tiempos que corren reclaman nuevos niveles de intervención en el ámbito de la salud. El modelo de atención a la salud debe abrirse al análisis de las nuevas problemáticas y sus implicaciones en el bienestar físico y psicológico de la población.

Los retos comprenden mantener y mejorar los niveles alcanzados en los servicios básicos y, porqué no, tradicionales, y fortalecer las acciones preventivas en el campo de la salud que puedan reflejarse en los indicadores de salud mental a mediano y largo plazo. La modernidad no implica solo la obtención de tecnología de punta o la infraestructura más adecuada; significa también políticas y prácticas institucionales que respondan a los nuevos estilos de vida y sus riesgos.

Al respecto, es oportuno hacer valer lo que Naila Kabeer (1994, citada por March *et al.*, 1999) denomina las políticas de género específicas y las políticas de género redistributivas. Las primeras usan el conocimiento de las diferencias de género en un contexto dado para responder a necesidades de género prácticas de hombres y mujeres. Dichas políticas trabajan dentro de la existencia de la división de género de recursos y responsabilidades. Las políticas de género redistributivas van más allá, pues con ellas se intenta transformar la distribución de poder y recursos existentes para crear una relación más balanceada entre hombres y mujeres, abarcando intereses de género estratégicos. Estos pueden enfocar ambos sexos o mujeres u hombres separadamente.

En Costa Rica, si se da la voluntad política, existen condiciones para desarrollar programas en esa dirección. Solo me limitaré a mencionar la relevancia que podrían tener los EBAIS y la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, un ámbito de la medicina del cual está por llevar a la práctica mucho de su potencial.

Considerando lo anterior, a continuación resumo algunas recomendaciones que pueden ayudar en un mejoramiento del sistema de salud.

En cuanto a salud, en Centroamérica –y Costa Rica no es la excepción– casi no existe información empírica acerca de cómo se gestiona y atiende la enfermedad en el núcleo familiar, cómo se afecta a las mujeres que asumen las funciones de responsabilidad frente a la salud, o cuáles son las características que inciden favorablemente en el curso de las enfermedades y en los grupos de mayores riesgos. Para la OPS/OMS (1994), estos temas deben estar en la agenda de futuros estudios para así poder reconocer las formas culturales que articulan a los hombres y a las mujeres en la sociedad. De la misma manera, se hace necesario un análisis en las áreas rurales y marginalizadas, donde el problema de los combustibles, del agua potable, de la evacuación de excretas, entre otros, implica riesgos para toda la familia, con la circunstancia agravante de que la responsabilidad de suplir las deficiencias recae especialmente sobre la mujer. También es necesario indagar la asociación entre los riesgos inherentes a las actividades laborales y económicas de las mujeres y las posibles consecuencias del sobre esfuerzo que conlleva la responsabilidad de atender el trabajo remunerado y el trabajo doméstico.

En la legislación sobre salud y en la organización institucional del sector salud deben incluirse problemas que repercuten particularmente en las mujeres, pero que involucran a todo el núcleo familiar, como el aborto, la violencia familiar y el abuso sexual, la anticoncepción y la doble jornada.

En Centroamérica los servicios se orientan hacia el sexo femenino enfocado con estereotipos de género. Es necesario incorporar una perspectiva de género inclusiva, dirigida a la salud integral, tanto de hombre como de mujeres que profundice en la definición específica de los riesgos y medidas anticonceptivas incorporando, además, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual. En síntesis, un análisis

orientado a la modificación de roles y condiciones de género que aumentan las dificultades para el cuidado de la salud.

Para CEPAL (1997), los sistemas de seguridad social requieren expandir la afiliación sobre la base de primas asequibles para los sectores más desprotegidos de la población. El apoyo financiero gubernamental resulta justificable en este campo, sobre todo para extender la cobertura del sector informal. Asimismo, deben compensarse las desventajas a que se enfrentan las mujeres en su vida laboral, tales como las mayores interrupciones en sus cotizaciones, en parte por la maternidad y la crianza de los hijos y en parte por la naturaleza más discontinua de su trayectoria laboral, con menores ingresos, que hacen que sus pensiones sean inferiores a las de los hombres.

Notas

1. Se entiende por acceso a servicios de salud, la población que puede recabar servicios locales de salud, con un tiempo máximo de una hora de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transporte locales (PNUD, 1997: 250).
2. El acceso razonable a medios sanitarios de eliminación de excrementos y desechos, inclusive letrinas exteriores y estercoleros (PNUD, 1997: 250).
3. En lo que se refiere al SIDA, Honduras es el país de la región con mayor incidencia con 13.7 casos por 100.000 habitantes, seguido por Panamá con 9.1 (Tabla nº2). En Honduras, de un acumulado de 1.007 casos entre 1985 y 1982, un 34% correspondía a mujeres y un 66% a hombres. En El Salvador, de 96 casos 18% se había dado en mujeres; en Guatemala de 10 casos un 20% afectó a mujeres y en Costa Rica un 8% de los 352 casos registrados hasta 1992 correspondía a mujeres (OPS/OMS 1994:363).
4. Entiéndase defunciones de mujeres debidas al embarazo, por cada 100.000 nacidos vivos).
5. Entiéndase defunciones de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos
6. En Honduras, además del Programa Materno Infantil, los servicios que el Ministerio de Salud desarrolla directamente relacionados con las mujeres son: Control de Enfermedades de Transmisión Sexual; Programa de Salud Oral (énfasis en menores de 15 años y mujeres embarazadas); y el (control prenatal, atención del parto, puerperio y planificación familiar). En el Salvador, el Ministerio de Salud coordina el Programa de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar, orientado a proteger la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del niño, desde su etapa intrauterina hasta los cinco años. En Nicaragua, los programas que están dirigido explícitamente a las mujeres son: Atención Integral de la Madre y el Niño, Alimentación y Nutrición. Existe un hospital especializado en problemas de las mujeres y la política nacional de salud establece como prioridades la morbi-mortalidad materna y el alto riesgo reproductivo asociado al aborto, hemorragia en el embarazo, infecciones del embarazo y puerperio, enfermedad hipertensiva del embarazo y puerperio, y problemas de salud oral. En Panamá, el Programa de Salud Materno Infantil, tiene como propósito la disminución de la morbi-mortalidad de las madres, niños y adolescentes y el bienestar social de esos grupos. Incluye un sub programa maternal que abarca atención prenatal, del parto y puerperal, planificación familiar, infertilidad, educación sexual y detección precoz del cáncer en la mujer.

Referencias

- Ávalos R. Ángela (1999) "Salud, entre luces y sombras". Periódico *La Nación*. I y II Parte. 7 y 8 de noviembre de 1999: pp. 4/A, 5/A; 6/A.
- _____ (2000) "Salud profundizará reformas". Periódico *La Nación*. 4 de mayo del 2000: p. 4A
- CCSS (1998a) "Salud fortalecida para el nuevo milenio". Suplemento Especial. Departamento de Relaciones Públicas, CCSS. Periódico *La Nación*, 8 de marzo de 1998: 1-24
- CCSS (1998b) *Modernización. Información y Comunicación para un mejor cambio*. Boletín #12, Julio – Agosto 1998
- CEPAL (1997). *Género, Pobreza y Seguridad Social en Centroamérica* (LC/MEX/L.342).
- Kabeer N. (1994) *Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development Thought*. London: Verso.
- March, Candida; Smyth, Ines; Mukhopadhyay, Maitrayee (1999) *A guide to Gender-Analysis Frameworks*. Oxford: Oxfam
- Moya Ch., Ronald (2000) "Más homicidios en el país". Periódico *La Nación*. 24 de abril del 2000: p. 12/A
- OPS/OMS. (1994). *La situación de la Salud Enfermedad de las Mujeres a inicios de la Década de los Noventa. Un enfoque de género*. Costa Rica: OPS/OMS.
- PNUD (1997) *Informe sobre desarrollo humano 1997*. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa
- PNUD (1998) *Informe sobre desarrollo humano 1998. Extracto Centroamericano*. San José, Costa Rica. PNUD.
- Ramírez, Alexander (2000). "Más muertes en carreteras". Periódico *La Nación*. pp. 4/A, 5/A.

