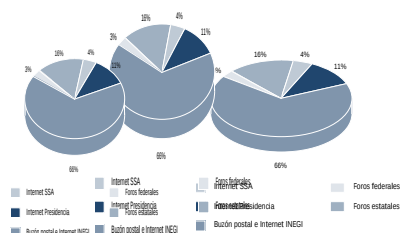
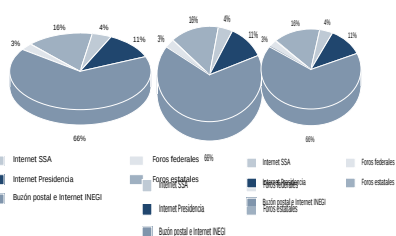


SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Y REFORMA DEL SECTOR SALUD
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

DESAÍOS Y OPORTUNIDADES



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y REFORMA DEL SECTOR SALUD



EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

Ana Langer / Gustavo Nigenda

Con la colaboración de

Sandra García
Rosario Valdez
Emanuel Orozco
Jennifer Catino



BANCO
INTERAMERICANO
DE DESARROLLO



INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA

**Catalogación (Catalog-in-Publication) proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera
Banco Interamericano de Desarrollo**

Langer, Ana.

Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades
Ana Langer, Gustavo Nigenda; con la colaboración de Sandra García ... [et al.]. 1ra. ed.

p.cm.

Includes bibliographical references.

“El documento incorpora los resultados de tres encuentros sub-regionales realizados en los meses de junio y julio de 1999 que patrocinó el BID y organizó el Population Council (Oficina Regional para América Latina y el Caribe)”—p. 9.

1. Hygiene, Sexual—Latin America. 2. Hygiene, Sexual—Caribbean Area. 3. Reproductive health—Latin America. 4. Reproductive health—Caribbean Area. 5. Fertility, Human—Latin America. 6. Fertility, Human—Caribbean Area. 7. Health care reform—Latin America. 8. Health care reform—Caribbean Area .

I. Nigenda, Gustavo. II. García, Sandra Anderson. III. Inter-American Development Bank. IV. Population Council. Latin America and Caribbean Regional Office. V. Instituto Nacional de Salud Publica (México). VI. Title.

613.95—dc21

**Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe.
Desafíos y oportunidades.**

Primera edición, 2000

D.R. © Population Council/Banco Interamericano de Desarrollo

ISBN 970-9097-01-6

Nota: Este documento representa los puntos de vista de los participantes en el proyecto que se describe y, sobre todo, de los autores de este informe. Las opiniones que se vierten en el documento NO reflejan la postura oficial del Banco Interamericano de Desarrollo ni de ninguno de sus funcionarios.

Agradecimientos: El proyecto que generó el presente documento se financió principalmente con fondos del Banco Interamericano de Desarrollo (Regional Non-Reimbursable Technical Cooperation Agreement No. ATN/SS-6160-RG. Reproductive Health). También agradecemos el apoyo financiero del Population Council, la Fundación Ford y el Gobierno de Noruega. Coordinación editorial: Carlos Oropeza. Corrección de estilo y cuidado de la edición: Guillermina Herrera.

Índice

Lista de siglas y acrónimos	vii
Introducción	1
Salud sexual y reproductiva	3
Conceptos fundamentales	3
El papel de las organizaciones no gubernamentales en el campo de la salud sexual y reproductiva	4
Salud sexual y reproductiva y pobreza	4
Salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe	5
Fecundidad y anticoncepción	5
Salud materna	8
Enfermedades de transmisión sexual	10
Cáncer de cuello uterino	12
Violencia doméstica contra las mujeres	13
Salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y adultas(os) jóvenes	14
Derechos reproductivos	16
La salud sexual y reproductiva de grupos relegados o de poblaciones con necesidades especiales	16
Salud sexual y reproductiva y desigualdad social	17
Respuestas a las necesidades de salud sexual y reproductiva	18
Leyes, políticas, programas y servicios	18
Toma de decisiones sobre intervenciones para mejorar la salud sexual y reproductiva	20
Financiamiento para la atención de la salud sexual y reproductiva	23
Reforma del sector salud	25
Objetivos y ejes de la reforma	28
Descentralización: eje inicial de la reforma en el sector público	29
El reto de la ampliación de la cobertura	29
Papel de la seguridad social en los procesos de reforma	30
Participación del sector privado en los procesos de reforma	31
La atención gerenciada como modelo de organización para la producción de servicios en la reforma	32
Posiciones críticas ante la reforma del sector salud	33

Aportaciones de las consultas regionales	35
Propuestas para mejorar la atención a la salud sexual y reproductiva en el contexto de la reforma del sector salud	35
Nuevas formas de financiamiento	35
Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva	35
Organización de los programas de salud sexual y reproductiva	36
Conciencia sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva	36
Descentralización de los servicios de salud sexual y reproductiva	37
Legislación en salud sexual y reproductiva	37
Atención a la salud sexual y reproductiva de poblaciones indígenas y en pobreza extrema	38
Papel del BID en la promoción de la salud sexual y reproductiva	40
Conclusiones	42
Referencias	44
Citadas en el texto	44
Otra bibliografía consultada	46
Informes de gobiernos y de organismos internacionales	46
Fuentes diversas	47
Anexos	51
Anexo 1. Programas especiales de salud sexual y reproductiva en el contexto de la reforma del sector salud	53
Bolivia: Seguro Nacional de Maternidad y Niñez y Seguro Básico de Salud	53
Brasil: los programas de reforma y la agenda de salud sexual y reproductiva promovida por los grupos activistas de la sociedad civil	54
Colombia: reforma del sector salud y desarrollo de programas de salud reproductiva a cargo de ONG	56
Nicaragua: Programa de Atención Integral a la Mujer y la Niñez	59
Perú: Proyecto 2000	59
Perú: Proyecto ReproSalud	59
Anexo 2. Clasificación de países participantes en las consultas según su situación de salud sexual y reproductiva	62
Anexo 3. Avances del proceso de reforma del sector salud	65
Anexo 4. Lista de participantes en las consultas regionales	68
Anexo 5. Guía para la discusión en las consultas regionales	75
Anexo 6. Financiamiento internacional para la salud sexual y reproductiva	78

Lista de siglas y acrónimos

AGI	<i>The Alan Guttmacher Institute</i>
AID/USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos
ALC	América Latina y el Caribe
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
Avisa	Años de vida saludable perdidos
AVPP	Años de vida potencialmente perdidos
AVSC	<i>Association for Voluntary Surgical Contraception</i> , Asociación para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CaCu	Cáncer de cuello uterino
CDC	<i>Centers for Disease Control</i> , Centros para el Control de las Enfermedades
Cedpa	<i>Center for Development and Population Activities</i> , Centro para Actividades de Desarrollo y Población
CEPALC	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
Cepar	Centro de Estudios de Paternidad Responsable
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
CNDM	Consejo Nacional de Derechos de las Mujeres
DFID	<i>Department for International Development</i> , Departamento para el Desarrollo Internacional
DIU	Dispositivo intrauterino
Endes	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ESCAP	<i>Economic and Social Commission for Asia and the Pacific</i> , Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico
ESCWA	<i>Economic and Social Commission for Western Asia</i> , Comisión Económica y Social para Asia Occidental
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
FAO	<i>United Nations Food and Agriculture Organization</i> , Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
Fonap	Fondo Nacional de Población
IDSS	Instituto Dominicano de Seguridad Social
IEC	Información, educación y comunicación
IPAS	<i>International Projects Assistance Service</i>
IPPF/WHR	<i>International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region</i> , Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental
Isapres	Instituciones de salud previsual
ITR	Infecciones del tracto reproductivo
IWHC	<i>International Women's Health Coalition</i> , Coalición Internacional para la Salud de la Mujer
MM	Mortalidad materna

NIDI	<i>Netherlands Inter-Disciplinary Demographic Institute</i> , Instituto Demográfico Interdisciplinario de los Países Bajos
NRC	<i>National Research Center</i> , Centro Nacional de Investigación
OCB	Organizaciones comunitarias de base
ODA	<i>Overseas Development Agency</i> , Agencia para el Desarrollo en Ultramar
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
PA	Plan de Acción
PAISM	Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer
PATH	<i>Program for Appropriate Technology in Health, International</i> , Programa para la Tecnología Apropriada en Salud, Internacional
PF	Planificación familiar
PNAIDS	Programa Nacional del SIDA
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PRB	<i>Population Reference Bureau</i> , Oficina de Consulta en Población
PSR	Programa de salud reproductiva
RSS	Reforma del sector salud
SESPAS	Secretaría de Estado de Seguridad Pública y Asistencia Social
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIDA	<i>Sweedish International Development Agency</i> , Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional
Sisben	Sistema de Identificación de Beneficiarios
SSR	Salud sexual y reproductiva
SUS	Sistema Único de Salud
TGF	Tasa global de fecundidad
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> , Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i> , Fondo de Población de Naciones Unidas
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> , Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VD	Violencia doméstica
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano
WEDO	<i>Women's Environment and Development Organization</i> , Organización del Medio Ambiente y Desarrollo de la Mujer

Introducción

La mayoría de los países de América Latina y el Caribe (ALC) están embarcados, en mayor o menor grado, en un proceso de reforma cuya finalidad esencial es mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, aumentando la efectividad y la sustentabilidad de programas y servicios. Los cambios que promueve la reforma se enfocan, especialmente, en las necesidades prioritarias de salud y en los grupos de la sociedad con menos recursos.

El espectro de necesidades de salud en nuestra región es amplio, y el establecimiento de prioridades no es un proceso sencillo. No obstante, existen algunos problemas cuya importancia está fuera de toda discusión, debido a que afectan a amplios sectores de la población, sus consecuencias son graves y se cuenta con tecnologías costo-efectivas para enfrentarlos. Este es el caso de la salud sexual y reproductiva (SSR), cuya importancia ha sido reconocida por la mayoría de los gobiernos y por la sociedad civil de ALC.

Los proyectos de reforma ofrecen una oportunidad única para reconsiderar las políticas, los programas y los servicios dirigidos a enfrentar las cuestiones que se engloban en el término de SSR. Sin embargo, formular una estrategia e identificar las medidas concretas para ello es un verdadero desafío, pues existen pocas experiencias previas en qué sustentarse. Para hacerlo, es importante contar con el concurso de diversos protagonistas: profesionales de la salud, especialistas en reforma y representantes de la sociedad civil, tanto activistas como miembros de la iniciativa privada.

En este libro se describe uno de los primeros proyectos llevado a cabo en ALC con el objeto

de explorar estrategias que promuevan la convergencia de los procesos de reforma del sector salud y el mejoramiento de la SSR, que se diseñó y realizó bajo los auspicios del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y se enfocó en 12 países de la región.

Con este fin, se brinda primero una descripción de los conceptos fundamentales relativos a la SSR y un panorama general de la situación en la región, y se ofrecen ejemplos de los aportes claves de la investigación, las políticas y los programas. En la segunda sección describimos, en líneas generales, en qué consiste la reforma del sector salud (RSS) y se ofrecen como ejemplos algunos casos relevantes. En especial, se incluyen recuentos breves de proyectos de reforma que abarcan actividades específicas dirigidas a responder a las necesidades de SSR.

El libro incorpora los resultados de tres encuentros subregionales realizados en los meses de junio y julio de 1999, que patrocinó el BID y organizó el Population Council (Oficina Regional para América Latina y el Caribe). Al primero, celebrado en la ciudad de México, asistieron representantes del país anfitrión, El Salvador, Nicaragua y República Dominicana. La segunda reunión tuvo lugar en Quito; en ella participaron representantes de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. El último encuentro se realizó en Brasilia, y en él participaron colegas de Argentina, Brasil, Chile y Paraguay. Los países representados reflejan la gama regional de situaciones de SSR (anexo 2) y los diversos avances logrados en los procesos de RSS (anexo 3).

Se tuvo especial cuidado en la selección de los participantes, a fin de que éstos aportaran

Los proyectos de reforma ofrecen una oportunidad única para reconsiderar las políticas, los programas y los servicios dirigidos a enfrentar las cuestiones que se engloban en el término de SSR.

El libro incorpora los resultados de tres encuentros subregionales realizados en los meses de junio y julio de 1999, que patrocinó el BID y organizó el Population Council (Oficina Regional para América Latina y el Caribe).

Países participantes en los tres talleres sobre salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud, realizados en 1999



el punto de vista de los ministerios, organizaciones no gubernamentales (ONG), instituciones académicas, empresas privadas y otras instituciones interesadas en los temas de reforma y SSR. Al grupo de invitados de los países se sumaron funcionarios del BID e investigadores de la Oficina Regional para ALC del Population Council (para mayor información sobre los participantes en las reuniones, véase el anexo 4).

Cada reunión tuvo una duración de tres días. Se iniciaba con una breve presentación de los avances de la reforma y la situación de la SSR en los países participante. Posteriormente, se ofrecía una versión resumida de los contenidos de un documento básico elaborado por los responsables

del proyecto,¹ mismo que se había distribuido entre los participantes con anticipación. A continuación, éstos se dividían en grupos de discusión que utilizaban una guía de preguntas elaborada por los coordinadores (anexo 5). Los resultados de los grupos se presentaban en plenarias, para discusión general. Una versión editada de las aportaciones que resultaron de las consultas se incorporó al presente libro (vease el apartado correspondiente en la página 35 y siguientes, en el presente libro).

¹ Ana Langer, del Population Council, y Gustavo Nigenda, del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Salud sexual y reproductiva

Conceptos fundamentales

En septiembre de 1994 se llevó a cabo en El Cairo, Egipto, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), en la que se logró un impresionante consenso sobre qué hacer respecto de algunos de los problemas mundiales más apremiantes (Ashford, 1995:2). En esa ocasión, representantes de 179 países adoptaron un Programa de Acción (PA) que incluye las definiciones de salud sexual y reproductiva, ahora reconocidas internacionalmente (Naciones Unidas, 1995; National Research Council, 1997).

En efecto, el PA de El Cairo define la SSR como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La SSR entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir en todos los aspectos relativos al ejercicio de la sexualidad. Asimismo, el PA asienta que el hombre y la mujer tienen el derecho a recibir información, escoger y tener acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que garanticen embarazos y partos sin riesgos.

Otro aporte significativo de la CIPD es la legitimación de un discurso que enfatiza las relaciones entre desarrollo social y económico y la SSR, al mismo tiempo que reconoce la existencia de la discriminación que, con base en el género, padecen las mujeres y que las coloca en

una situación de desventaja, caracterizada por un menor poder de decisión y un acceso limitado a recursos sociales, comunitarios y familiares.

Estas variables sociales se agregan a los innegables factores biológicos que explican el mayor peso que la reproducción y sus desviaciones de la normalidad tienen sobre las mujeres. No sorprende, por lo tanto, que la mayor parte de la información epidemiológica disponible sobre salud reproductiva corresponda al sexo femenino. Asimismo, los programas y servicios de SSR están, en general, dirigidos también a la mujer.

El PA de El Cairo reconoce el papel central de las relaciones entre hombres y mujeres en todo aquello que se refiere a la salud y los derechos de la mujer, y afirma que los hombres deben asumir la responsabilidad sobre su comportamiento sexual, su fecundidad, el contagio de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el bienestar de sus parejas y de los hijos e hijas que procreen.

En 1995 se llevó a cabo en Beijing, China, la Conferencia Internacional sobre la Mujer, también convocada por las Naciones Unidas. En ella se ratificaron los compromisos de la CIPD. En 1999, cinco años después del compromiso de El Cairo, la comunidad internacional llevó a cabo la primera evaluación de los logros alcanzados y los rezagos en las cuestiones prioritarias para avanzar hacia una mejor salud sexual y reproductiva (*El Cairo + 5*).

Durante este encuentro se destacó de nuevo la gravedad del problema de las enfermedades de transmisión sexual (especialmente del virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) y se

...el PA de El Cairo define la SSR como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

En 1999, cinco años después del compromiso de El Cairo, la comunidad internacional llevó a cabo la primera evaluación de los logros alcanzados y los rezagos en cuestiones prioritarias para avanzar hacia una mejor salud sexual y reproductiva (*El Cairo + 5*).

resaltó la importancia de la información y el acceso a los servicios de SSR como estrategias para disminuir el crecimiento de la epidemia. El tema de la maternidad segura también se discutió ampliamente, así como la accesibilidad y calidad de los servicios de planificación familiar (PF). Asimismo, se evaluaron cuidadosamente las aportaciones de organismos multi y bilaterales, fundaciones, gobiernos y bancos de desarrollo social para el cumplimiento de los compromisos adquiridos en El Cairo. En general, el monto del dinero invertido hasta ahora se ha ubicado muy por debajo del nivel que se comprometió hace cinco años.

Si bien, en general, esta conferencia permitió ratificar los compromisos adquiridos en El Cairo, los 180 países participantes tuvieron discrepancias alrededor de los temas del aborto inducido, la planificación familiar y la educación sexual en las escuelas. El Vaticano y algunos países de América Latina (Argentina, Guatemala y Nicaragua) presentaron las posiciones más conservadoras. Por el contrario, Brasil y México fueron reconocidos entre los países que más recursos han aportado para la adopción del PA de El Cairo.

El papel de las organizaciones no gubernamentales en el campo de la salud sexual y reproductiva

En las últimas décadas, el movimiento feminista y otros grupos organizados de la sociedad civil adquirieron gran presencia internacional. El movimiento tuvo una participación decisiva en las conferencias mundiales de los noventa, especialmente durante la CIPD, donde se definieron las estrategias para lograr la salud y los derechos reproductivos (Family Care International y Safe Motherhood Inter-Agency Group, 1998).

En ALC, la organización de la sociedad civil para el activismo y la provisión de servicios va en aumento en consonancia con la creciente im-

portancia que las ONG están adquiriendo en el ámbito internacional. Es razonable esperar, por lo tanto, que estas organizaciones desempeñen un papel cada vez más importante en el campo de la SSR y en la lucha por el respeto a los derechos de las mujeres.

Salud sexual y reproductiva y pobreza

La influencia de la pobreza (sea personal, familiar, comunitaria o nacional) sobre la salud en general ha sido ampliamente documentada. Esta asociación es particularmente marcada en el caso de la SSR. En cualquier estudio de corte epidemiológico se observa que la pobreza se expresa en niveles altos de fecundidad, morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal.

La influencia de la pobreza sobre la SSR es a veces directa (como en el caso de las muertes maternas, que se concentran entre mujeres sin los recursos necesarios para pedir ayuda a un servicio de salud o que viven en comunidades aisladas) o, en otras ocasiones, indirecta (como cuando, por su limitado poder de decisión en la familia, la mujer no reacciona oportunamente ante un problema de salud propio). De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el indicador más sensible ante diferencias socioeconómicas es, sin duda, la mortalidad materna.

La relación entre pobreza y SSR no es lineal, sino circular: no sólo las malas condiciones socioeconómicas determinan una mala SSR; también una pobre SSR condiciona una situación socioeconómica precaria. Los múltiples efectos de una muerte materna proveen un ejemplo dramático: la muerte de una mujer joven por causas generalmente prevenibles determina una pérdida de productividad para la economía nacional y para el hogar, y tiene un efecto intergeneracional que se expresa en menores probabilidades de los hijos de sobrevivir, de recibir atención a la salud y de estudiar, así como un

La relación entre pobreza y SSR no es lineal, sino circular: no sólo las malas condiciones socioeconómicas determinan una mala SSR; también una pobre SSR condiciona una situación socioeconómica precaria.

mayor riesgo de uniones de las hijas a edad temprana.

Las mejoras de la SSR, por su parte, tienen consecuencias positivas sobre la mujer, su familia y la comunidad. De hecho, cuando se amplían las oportunidades para las mujeres de cumplir con funciones no reproductivas se contribuye al desarrollo socioeconómico familiar y general. En efecto, se ha demostrado que en comparación con sus parejas, las mujeres invierten una proporción mayor de sus ingresos en los hijos y el hogar y que, con frecuencia, las mujeres que trabajan fuera del hogar dedican a sus hijos un tiempo más activo, de “mejor calidad”, que aquellas exclusivamente dedicadas a las labores domésticas.

Salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe

Al examinar los indicadores de SSR en el nivel agregado –región o país–, se observa que ALC goza, en general, de mejores condiciones que países de otras regiones en desarrollo, como África y el sudeste asiático. Sin embargo, los niveles de estos indicadores están muy por debajo de los de las sociedades desarrolladas del mundo e, incluso, de los de otros países con condiciones macroeconómicas similares. Este es el caso, por ejemplo, de Argentina, país cuyo producto interno bruto es relativamente alto y donde, sin embargo, la mortalidad materna (MM) y otros indicadores de salud reproductiva son similares a los de países mucho más pobres. Más aún, los promedios regionales ocultan profundas desigualdades entre estratos socioeconómicos, subregiones, poblaciones urbanas y rurales, y grupos étnicos, como reflejo de la desigualdad en la distribución del ingreso.

En esta sección se examinan algunos indicadores de salud sexual y reproductiva que permiten ilustrar los profundos contrastes de la región; destacan en particular los 12 países que participaron en este ejercicio de discusión: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y

República Dominicana. Es importante señalar que la información disponible no permite ofrecer una imagen detallada de los fenómenos ni captar en su totalidad las variaciones en el interior de los países.

Fecundidad y anticoncepción

ALC es la región del mundo en desarrollo que ha mostrado descensos más marcados de fecundidad en las últimas décadas. En la actualidad, se estima que la tasa global de fecundidad (TGF) regional es de 3,0 (Population Reference Bureau, 1998a), con los valores más elevados en América Central (3,4) y en Bolivia y Paraguay (cuadro I).² Al mismo tiempo, el número de hijos que las mujeres y los hombres de América Latina desean tener ha descendido notablemente en las últimas décadas: de 6 en 1960, a 3,3 en 1990-1995.

Gran parte de la reducción de la fecundidad en los últimos 30 años se atribuye al incremento en el uso de métodos anticonceptivos modernos. La prevalencia de uso varía de país en país, como reflejo de las políticas de población vigentes en cada uno de ellos. Para la región en su conjunto, se estima que 67% de las mujeres casadas residentes en áreas urbanas usa algún método anticonceptivo, 58% de los cuales son métodos modernos (cuadro I).³

El cuadro II presenta datos correspondientes a diez de los países participantes en este ejercicio (Chile y Argentina no disponen de tal información). Así, se observa que la mezcla de métodos varía sustancialmente. Por ejemplo, el uso de pastillas anticonceptivas entre mujeres casadas o unidas va de un bajo 3,8% en Bolivia a 20,7%

Las mejoras de la SSR tienen consecuencias positivas sobre la mujer, su familia y la comunidad. De hecho, cuando se amplían las oportunidades para las mujeres de cumplir con funciones no reproductivas se contribuye al desarrollo socioeconómico general y familiar.

Gran parte de la reducción de la fecundidad en los últimos 30 años se atribuye al incremento en el uso de métodos anticonceptivos modernos.

² TGF: número promedio de hijos por mujer durante todo su periodo reproductivo.

³ Se entiende por “métodos modernos” los que tienen alta efectividad tales como los hormonales orales o inyectables, el dispositivo intrauterino (DIU), la ligadura tubaria, la vasectomía, los implantes subdérmicos, el condón y el diafragma.

Cuadro I
Datos demográficos seleccionados de 12 países de América Latina y el Caribe, 1998

País o región	Población (en millones) 1998	Natalidad	Mortalidad infantil ¹	Tasa global de fecundidad ²	Esperanza de vida al nacer ³			Población urbana %	Uso de anticonceptivos por mujeres (población)	
					Total	H	M		Todos (%)	Modernos (%)
Argentina	36,1	19	22,2	2,5	72	69	76	89	-	-
Bolivia	8,0	36	75,0	4,8	60	57	63	58	45	18
Brasil	162,1	22	43,0	2,5	67	64	71	76	77	70
Colombia	38,6	27	28,0	3,0	69	65	73	71	72	59
Chile	14,8	19	11,1	2,4	75	72	78	85	-	-
Ecuador	12,2	28	40,0	3,6	69	66	71	61	57	46
El Salvador	5,8	29	41,0	3,9	69	65	72	50	53	48
México	97,5	27	28,0	3,1	72	69	75	74	65	56
Nicaragua	4,8	38	46,0	4,6	66	63	68	63	49	45
Paraguay	5,2	32	27,0	4,4	69	66	71	52	51	41
Perú	26,1	28	43,0	3,5	69	67	71	71	64	41
R.Dominicana	0,1	19	16,2	2,0	-	-	-	-	50	48
América Latina y el Caribe	500	25	36,0	3,0	69	66	72	72	67	58
América del Sur	331	24	37,0	2,8	69	66	72	76	72	62
Caribe	37	22	40,0	2,8	68	66	71	60	55	51
América Central	132	29	32,0	3,4	71	68	74	66	60	52

¹ Tasa de mortalidad infantil: muertes infantiles por 1 000 nacidos vivos

² Número de hijos promedio por mujer durante todo su período reproductivo

³ Esperanza de vida al nacer: número de años promedio que se espera que un recién nacido viva si las tendencias de la mortalidad de ese momento continúan sin cambios

Fuente: PRB, 1998: *Cuadro de la Población Mundial. Edición en folleto*

Las variaciones en el uso de métodos anticonceptivos reflejan diferencias de condiciones sociales, urbanización, estructura demográfica y características culturales y religiosas.

en Brasil. Los porcentajes de mujeres esterilizadas van de 6,8% en Paraguay a 40% en Brasil y México. La vasectomía es consistentemente baja en todos los países, variando de 0% en países como Bolivia y El Salvador, a 2,6% en Brasil. En contraste, el uso de métodos tradicionales es particularmente alto en Perú (26,2%).⁴ Las variaciones en el uso de métodos anticonceptivos reflejan diferencias de condiciones sociales, urbanización, estructura demográfica y características culturales y religiosas. Como ya se dijo, no

se encontraron datos sobre anticoncepción para Argentina, país con un perfil demográfico diferente al de la mayoría de los países de la región, sin políticas claras de población y con sistemas públicos de salud que generalmente no incluyen servicios de planificación familiar.

En la región se estima que entre 19 y 34% de las mujeres en edad fértil tiene una demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos (The Alan Guttmacher Institute, 1998).⁵ En números absolutos, esto significa 8 millones de mujeres en Brasil, 1,8 millones en Colombia, 6,7 millones en México, 1,9 millones en Perú y 351 000 en la

⁴ Se consideran "métodos tradicionales" los que no involucran una tecnología, sino precauciones especiales en las prácticas sexuales que disminuyen el riesgo de embarazo, tales como el ritmo, el coito interrumpido o retiro, el método de Billings y otros. Estos "métodos" tienen un nivel de efectividad para evitar el embarazo sustancialmente menor que los "modernos".

⁵ Estas son personas que, aunque no desean más hijos o no quieren embarazarse en determinado momento, no utilizan ningún método anticonceptivo o recurren a los métodos tradicionales, considerados poco efectivos.

Cuadro II
Porcentajes de mujeres casadas o unidas de entre 15 y 49 años que en la actualidad utilizan métodos anticonceptivos en 10 países de ALC

País	Cualquier método					Método vaginal		Esterilización femenina		Método tradicional*	
	Cualquier método	Cualquier método moderno	Píldora	DIU	Inyectables	Método vaginal	Condón	Esterilización femenina	Vasectomía	Norplant	Método tradicional*
Bolivia ^a	48,3	25,2	3,8	11,1	1,1	0,0	2,6	6,5	-	-	22,3
Brasil ^b	76,7	70,3	20,7	1,1	1,2	0,1	4,4	40,1	2,6	-	6,1
Colombia ^c	72,2	59,3	12,9	11,1	2,5	1,4	4,3	25,7	0,7	0,7	11,1
Ecuador ^d	56,8	45,5	10,2	11,8	0,5	0,6	2,6	19,8	-	-	11,3
El Salvador ^e	53,3	48,3	8,7	2,1	3,6	-	2,1	31,5	-	-	5,0
México ^f	66,5	-	14,0	23,0	5,0	-	6,0	40,0	-	-	15,0
Nicaragua ^g	60,3	57,4	13,9	9,1	5,2	-	2,6	26,1	0,5	-	5,1
Paraguay ^h	50,7	41,3	13,5	7,6	6,2	0,7	6,5	6,8	-	-	7,2
Perú ⁱ	59,0	32,8	5,7	13,4	1,9	1,0	2,8	7,9	0,1	-	26,2
R.Dominicana ^j	56,4	51,7	9,8	1,8	0,1	0,1	1,2	38,5	0,2	0,1	4,7

* Incluye ritmo, retiro y otros

Nota: no hay datos disponibles para Chile y Argentina

Fuentes:

^a Macro International, Inc., 1998

^b Macro International, Inc., 1997

^c Macro International, Inc. 1996

^d CEPAR/CDC, 1995

^e ADS y cols., 1994

^f CONAPO, 1997

^g Macro International, Inc., 1999

^h CEPEP/CDC/USAID, 1997

ⁱ Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991-1992. Perú

^j Macro International, Inc., 1990

República Dominicana que, si bien no desean quedar embarazadas, no están utilizando un método efectivo para evitarlo.

En resumen, en ALC la fecundidad ha descendido en las últimas décadas como consecuencia de las políticas de población y el uso de anticonceptivos modernos, en el contexto de otros factores que promueven una menor fecundidad, como son la urbanización, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, una escolaridad en aumento y, en general, cambios de valores y cultura. Existen, sin embargo, cuestiones importantes que aún necesitan atenderse, como por ejemplo:

- Establecer servicios que respondan a las necesidades y expectativas reproductivas de los usuarios de los servicios de PF.

- Identificar los estratos de la población con necesidades no satisfechas de anticoncepción y establecer programas que los incluyan.
- Involucrar a los hombres en los programas de PF.
- Promover el respeto al derecho de las mujeres y parejas de decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos.
- Sustituir las metas demográficas como indicadores de éxito o de impacto, por otros que privilegien la satisfacción de las necesidades del usuario.
- Involucrar a otros sectores (educación, medios masivos de comunicación, sociedad civil, entre otros) en los esfuerzos por mejorar los servicios de PF.
- Asegurar que los programas verticales de PF no sufran un deterioro y una reducción de

... en ALC la fecundidad ha descendido en las últimas décadas como consecuencia de las políticas de población y el uso de anticonceptivos modernos, en el contexto de otros factores que promueven una menor fecundidad...

... amplios sectores de la población aún no reciben atención médica durante el embarazo y el nacimiento de sus hijos, o sólo acceden a servicios de calidad muy deficiente.

Las muertes maternas se concentran en mujeres que adolecen de falta de información, con un limitado poder para decidir, movilizarse y acceder a recursos materiales, así como para hacer respetar sus derechos como usuarias de servicios de salud.

Cuando una mujer muere, la familia corre el riesgo de desintegrarse al perder a la responsable principal del cuidado de los hijos.

recursos como consecuencia de su incorporación en programas integrales de SSR que incluyan, entre otros, atención prenatal y a las enfermedades de transmisión sexual.

Salud materna

La salud materna engloba todos los fenómenos que ocurren alrededor del embarazo, el parto y el puerperio. Estos procesos implican importantes ajustes para la mujer en los planos biológico, psicológico y social, y no están exentos de riesgos. En el terreno de la salud, las complicaciones son comunes. Se cuenta, sin embargo, con tecnologías que permiten detectar y tratar la mayoría de ellas. Lamentablemente, en los países en desarrollo, sobre todo en los estratos más pobres, estas tecnologías no están siempre al alcance de quienes más las necesitan. En efecto, amplios sectores de la población aún no reciben atención médica durante el embarazo y el nacimiento de sus hijos, o sólo acceden a servicios de calidad muy deficiente.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo, el nacimiento y el puerperio se engloban en el término de “morbilidad materna”. Debido a que muchas mujeres en nuestros países no acuden a los servicios de salud, y por la mala calidad de los registros hospitalarios, la información sobre morbilidad es escasa y de calidad regular. Sin embargo, se sabe que durante el embarazo, el parto y el puerperio 15% de las mujeres sufren complicaciones que ponen en riesgo sus vidas y que, en una alta proporción, son súbitas e impredecibles. La morbilidad repetida, además, puede dejar secuelas a largo plazo, como el prolapso y las fístulas, que afectan notablemente la calidad de vida de las mujeres.

Las muertes maternas representan el extremo del espectro de la enfermedad.⁶ De acuerdo con Mora y Yunes (1993), la probabilidad de una

mujer de ALC de morir por causas ligadas al embarazo o al nacimiento de sus hijos es de 1 en 79. Esta probabilidad es aún mucho mayor en algunos países de la región y para ciertos grupos y etnias. De hecho, se observa una variabilidad que va de 1 por 410 mujeres en Uruguay, a 1 por 26 en Bolivia (cuadro III). La mortalidad materna varía de 36 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos en Uruguay, a 650 por 100 000 en Bolivia (PRB, 1998b).⁷

Las muertes maternas se concentran en mujeres que adolecen de falta de información, con un limitado poder para decidir, movilizarse y acceder a recursos materiales, así como para hacer respetar sus derechos como usuarias de servicios de salud. En las comunidades rurales de ALC, una alta proporción de mujeres aún dan a luz solas, o bien son atendidas por parteras tradicionales o por un miembro de la familia. La distribución y el número de médicos no cubre las necesidades de atención, y el número de capacitadas aún es muy bajo.

Las mujeres que mueren a consecuencia de estas complicaciones son, generalmente, jóvenes, madres de niños pequeños, y sus defunciones podrían evitarse en más de 90% de los casos. Cuando una mujer muere, la familia corre el riesgo de desintegrarse al perder a la responsable principal del cuidado de los hijos; éstos pierden oportunidades de crecer sanamente, de vivir con bienestar e, incluso, de sobrevivir; la comunidad pierde a un miembro fundamental, y la economía pierde la contribución de la mujer a la fuerza de trabajo.

Las complicaciones que conducen a una muerte materna son notablemente homogéneas en los países pobres. En el mundo en desarrollo, datos publicados por *Family Care International* y el *Safe Motherhood Inter-Agency Group* (1998) arrojan la siguiente distribución de causas de mortalidad materna: hemorragia (24%), sepsis

⁶ Muerte materna: defunción de una mujer a consecuencia de condiciones asociadas o agravadas por embarazo, parto y puerperio.

⁷ Mortalidad materna (razón): número de muertes maternas por 100 000 recién nacidos vivos.

Cuadro III
Salud materna en países de América Latina y el Caribe

	<i>Riesgo de muerte materna durante la vida reproductiva (15-49 años)* 1 en (x) mujeres</i>	<i>Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)</i>	<i>% de personal capacitado en atención en el nacimiento**</i>
Argentina	290	50	96
Bolivia	26	650	46
Brasil	130	220	81
Colombia	300	100	85
Chile	490	44	98
Ecuador	150	150	64
El Salvador	65	300	87
México	220	110	69
Nicaragua	100	160	61
Paraguay	120	160	66
Perú	85	280	53
Rep. Dominicana	230	110	90

* Riesgo de que una mujer muera por embarazo o parto durante su vida (ejemplo: 1 en 3 000 es riesgo bajo; 1 en 100, alto).

** Personal capacitado (médicos, parteras, enfermeras) en atención obstétrica por cada 100 nacimientos vivos.

Fuentes: OMS/BM, 1997; PRB 1998b

(15%), abortos inseguros (13%), eclampsia (12%), parto obstruido (8%) y otras causas directas (como embarazos ectópicos, embolias y complicaciones relacionadas con la anestesia) (PATH, 1999). Las causas “indirectas” (no relacionadas con el embarazo, parto o puerperio) sólo corresponden a 20% de las muertes maternas.

La proporción de muertes maternas registradas como consecuencia del aborto inducido está muy por debajo de las cifras reales. De hecho, muchas defunciones secundarias a la interrupción del embarazo se clasifican en los rubros de hemorragia o infección. Un registro adecuado podría aumentar la proporción al doble. Al corregir las cifras por el subregistro, tanto de muertes maternas en general como de las secundarias a un aborto, se llega a una cifra de 10 000 muertes por aborto por año en la región. Las complicaciones del aborto inducido son una causa importante de atención hospitalaria. De hecho, la atención de las complicaciones post-

aborto consume una de las mayores proporciones de los recursos institucionales. Las muertes por aborto son menos frecuentes cuando el uso de anticonceptivos es más alto (y, por lo tanto, es menor la proporción de embarazos no deseados), y cuando la calidad de los servicios para la atención de las complicaciones es mejor.

La prevención de las muertes maternas es un asunto de derechos humanos y justicia social. Las acciones que se necesitan para disminuir la mortalidad materna son de naturaleza indudablemente multisectorial. En 1997 y 1998 se analizaron los avances logrados durante la década que siguió al lanzamiento de la Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgos. Las acciones que se identificaron como claves para abatir la MM incluyen:

- Compromiso político de gobiernos, agencias internacionales, organizaciones sociales y donantes para dirigir recursos hacia interven-

... la atención de las complicaciones post aborto consume una de las mayores proporciones de los recursos institucionales.

La prevención de las muertes maternas es un asunto de derechos humanos y justicia social. Las acciones que se necesitan para disminuir la mortalidad materna son de naturaleza indudablemente multisectorial.

Las ETS afectan a millones de mujeres en el mundo y tienen importantes consecuencias negativas sobre su salud...

...las ETS representan la segunda causa más importante del peso de la enfermedad (después de causas relacionadas con la salud materna) en mujeres adultas jóvenes en países en desarrollo.

ciones costo-efectivas para la promoción de la salud materna; invertir en servicios de atención materna en zonas donde aún se carezca de ellos; reforzar la capacidad de instituciones de salud para atender emergencias obstétricas mediante la provisión de equipo y entrenamiento; involucrar en el esfuerzo a proveedores y seguros privados, y apoyar a las organizaciones sociales voluntarias en su trabajo comunitario.

- Políticas públicas que aumenten el acceso de las mujeres a información de buena calidad sobre SSR; que les ofrezcan oportunidades educativas y económicas, y control sobre los recursos personales, familiares y comunitarios, y que sensibilicen a los hombres sobre su papel respecto de la condición de la mujer, y la SSR de la pareja y la vida familiar.
- Programas y servicios de diversos sectores orientados a lograr que toda embarazada tenga acceso a un sistema de atención de buena calidad, y a medios de transporte y vías de comunicación apropiados para atenderse.
- Un sistema de salud que asegure atención del parto por profesionales capacitados.

Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades que se transmiten sexualmente (ETS) han estado presentes desde siempre, pero su prevalencia es mayor en las últimas décadas.⁸ Este aumento en la incidencia, la aparición de la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las evidencias de la mayor vulnerabilidad de la mujer ante estas infecciones, las han convertido en foco de la atención internacional.

El mayor riesgo que las ETS representan para el sexo femenino es consecuencia de la anatoma

mía del aparato genital, que hace a las mujeres más proclives a infectarse. Muchas de estas infecciones, además, son asintomáticas para ellas, por lo que pasan inadvertidas y, en consecuencia, no se detectan ni tratan oportunamente. Razones de inequidad social y cultural contribuyen también a un mayor riesgo para las mujeres. En efecto, ellas con frecuencia no tienen control sobre las circunstancias que rodean su vida sexual, ignoran las prácticas sexuales de su pareja y no tienen capacidad para negociar el uso del condón, única medida disponible por ahora para la prevención de las infecciones.

Las ETS afectan a millones de mujeres en el mundo y tienen importantes consecuencias negativas sobre su salud (que pueden dar lugar a enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad, embarazos ectópicos y vulvo-vaginitis), sobre su calidad de vida (dolor durante las relaciones sexuales, síntomas molestos como prurito y flujo), y sobre la salud de sus hijos (contagio de la infección, bajo peso al nacer y muerte fetal), entre otras. Desde una perspectiva social, la asociación obvia de las ETS con la sexualidad las convierte con frecuencia en un tema tabú que las mujeres no mencionan, pues, por un lado, no se atreven a pedir ayuda médica para atenderse cuando padecen alguna enfermedad de transmisión sexual, y por el otro, los profesionales de la salud no preguntan sobre este tipo de padecimientos. Además, el manejo de las ETS aún no se integra a otros servicios de SSR, sobre todo a los de PF.

De acuerdo con el Informe sobre el Desarrollo Mundial (Banco Mundial, 1993,) las ETS representan la segunda causa más importante del peso de la enfermedad (después de causas relacionadas con la salud materna) en mujeres adultas jóvenes en países en desarrollo; (Fathalla, 1994; Van Dam, 1995). A pesar de la falta de datos confiables sobre prevalencia e incidencia de las ETS, se han generado ciertas estimaciones para ALC. Por ejemplo, para la región en su conjunto, el número de personas afectadas por ETS curables (gonorrea, clamidiasis, sífilis y

⁸ Las ETS más frecuentes son: sífilis, gonorrea, tricomoniasis, clamidiasis, infección por herpes genital y el VIH/SIDA. Otras infecciones comunes, como la candidiasis y la vaginosis bacteriana, pueden transmitirse sexualmente pero no tienen necesariamente ese origen, pues son consecuencia de desbalances en la flora vaginal.

tricomoniasis) entre adultos (19 a 45 años) a mediados de 1995 era de 24 millones, casi 10% del total global estimado (250 millones) (ODA, 1996). De igual forma, en 1995, el total anual estimado de nuevos casos de ETS curables entre adultos era de 34 millones para ALC y 333 millones en todo el mundo (ODA, 1996). En 1995 el estimado anual de nuevos casos de gonorrea entre adultos en ALC fue de 7.1 millones (62 millones en el mundo); de sífilis, 1.3 millones (12 millones en total); de clamidia, 10 millones (89 a nivel mundial), y de tricomoniasis, 18 millones (170 millones globalmente) (ODA, 1996). Estas cifras, de por sí impresionantes, son mucho menores que las que se observan en otras regiones del mundo, sobre todo en el sudeste asiático y África.

El SIDA es, sin duda, la ETS con consecuencias más devastadoras. De hecho, es la causa de muerte más importante entre hombres de 25 a 44 años en la región (Izazola y Huerdo, 1998). Los patrones de transmisión se han desplazado de un predominio inicial de transmisión hombre-hombre a la transmisión heterosexual (Izazola y Huerdo, 1998). El contagio del VIH del hombre a la mujer se considera ocho veces más probable que a la inversa (Padian y cols., 1997). Además, se está cerrando el índice hombre-mujer infectados por VIH/SIDA en la región. A mediados de 1996, este índice se estimaba de 4:1 para América Latina y 5:1 para el Caribe (ODA, 1996); el de otras estimaciones para el mismo año era de 3,6:1 en América Latina y 1,9:1 en el Caribe (Cuchi, 1997).

En ALC, durante 1990, la población masculina perdió tres veces más Avasis (341 000) que la población femenina (102 000) debido al VIH (ODA, 1996; Banco Mundial, 1993).⁹ La presencia de otras infecciones transmitidas sexualmente incrementa el riesgo de contagio con el VIH. Se ha demostrado esta asociación para las ETS que

producen lesiones ulcerativas, como la sífilis, por ejemplo.

La transmisión vertical del virus a los recién nacidos también representa un problema importante, especialmente en los países en desarrollo, que generalmente cuentan con recursos escasos para poner en práctica tratamientos profilácticos para las madres infectadas con el VIH. En 1996, el número acumulado de niños infectados verticalmente era de 67 000 en América Latina y 21 000 en el Caribe (ODA, 1996). El número de nuevos casos infantiles en 1996 era de 9 000 en América Latina y 5 000 en el Caribe.

La epidemia de SIDA es una indudable prioridad de salud pública en la región (Izazola y Huerdo, 1998). Sin embargo, el SIDA recibe atención variable. La obvia asociación del SIDA con la sexualidad ha hecho que, con demasiada frecuencia, los mensajes de las campañas de información sobre uso del condón y prácticas sexuales sean confusos y poco explícitos. Esto tiene consecuencias desastrosas, pues la prevención es la única estrategia disponible hasta ahora para controlar la epidemia. Brasil y México son los países de América Latina con estrategias de control de SIDA más desarrolladas, en las que participan los programas públicos de salud y, con un papel muy importante, las ONG. Las mujeres y los jóvenes requieren especial atención en la lucha contra el SIDA. De hecho, es entre ellos que la epidemia cunde con mayor rapidez. Información clara y explícita, servicios y poder de negociación, son algunas herramientas con las que las y los jóvenes y las mujeres pueden armarse para luchar contra esta infección.

Las acciones que se requieren para enfrentar este problema son múltiples, e involucran a diversos sectores. Entre las más importantes se pueden mencionar:

- Crear conciencia en los gobiernos y la sociedad sobre la importancia de difundir información y reforzar conductas preventivas.

El contagio del VIH del hombre a la mujer se considera ocho veces más probable que a la inversa. Además, se está cerrando el índice hombre-mujer infectados por el VIH/SIDA en la región. A mediados de 1996 este índice se estimaba de 4:1 para América Latina y 5:1 para el Caribe.

La obvia asociación del SIDA con la sexualidad ha hecho que, con demasiada frecuencia, los mensajes de las campañas de información sobre uso del condón y prácticas sexuales sean confusos y poco explícitos.

⁹ Avasis: Años de vida saludable perdidos. Medida que resume los años perdidos por mortalidad prematura, más la discapacidad consecuencia de la morbilidad.

Los cánceres del aparato reproductivo son la causa principal de mortalidad por cáncer entre las mujeres adultas en América Latina y el Caribe; de ellos, el de cuello uterino es el más frecuente.

En ALC, la mayoría de las mujeres que mueren de CaCu son de nivel socioeconómico bajo y tienen limitado acceso a atención ginecológica apropiada y a educación con fines preventivos...

- Difundir información y establecer programas preventivos especialmente dirigidos a jóvenes, en las escuelas y a través de los medios de difusión masivos.
- Promover, con especial énfasis entre las mujeres y, en particular, entre las jóvenes, la negociación con los varones para el uso del condón. Investigar qué factores se asocian con el uso exitoso del mismo.
- Integrar los servicios de detección y tratamiento de las ETS con otros de salud reproductiva.
- Evitar todo tipo de violación a los derechos humanos y de discriminación a personas que viven con el VIH/SIDA.
- Poner al alcance de todas las mujeres embarazadas e infectadas con el VIH/SIDA la información, los medicamentos y técnicas que disminuyen el riesgo de transmisión vertical.
- Asegurar la colaboración entre grupos de la sociedad civil, especialmente activistas, y programas y servicios públicos.
- Obtener el financiamiento necesario para detener el crecimiento de la epidemia del VIH/SIDA.

Cáncer de cuello uterino

En los últimos años se ha demostrado plenamente la asociación del cáncer de cuello uterino (CaCu) con una infección que se transmite sexualmente: la ocasionada por el virus del papiloma humano (VPH). Este descubrimiento explica la demostrada relación entre el CaCu, la edad de inicio de la vida sexual y el número de parejas. Desde esta perspectiva, el CaCu es una ETS; en consecuencia, esta patología se ubica claramente en la agenda de salud reproductiva de El Cairo.

Los cánceres del aparato reproductivo son la causa principal de mortalidad por cáncer entre las mujeres adultas en América Latina y el Caribe; de ellos, el de cuello uterino es el más frecuente. La información disponible sugiere que, cada año, entre 20 000 y 30 000 mujeres en la

región mueren por esta causa (Restrepo, 1993), a pesar de que este cáncer es prevenible (por ser una infección de transmisión sexual), detectable (mediante examen de Papanicolaou), de lenta evolución y totalmente curable si se descubre en estadios tempranos.

Desafortunadamente, en los últimos 20 años la mortalidad por CaCu muestra una tendencia ascendente en la mayoría de los países de la región. Sólo en algunos se experimentaron ligeros decrementos: entre 1975 y 1985, las tasas en Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela han descendido de -0,7 a -1,7% (Restrepo, 1993). Estas ganancias son magras desde la perspectiva de la salud pública, especialmente si recordamos que el CaCu es un problema de salud reproductiva que puede enfrentarse con estrategias preventivas de probado costo-efectividad.

En ALC, la mayoría de las mujeres que mueren de CaCu son de nivel socioeconómico bajo y tienen limitado acceso a atención ginecológica apropiada y a educación con fines preventivos, que incluya información sobre factores de riesgo e identificación y tratamiento temprano de lesiones cervicales. Además, los programas de detección oportuna del CaCu son de deficiente cobertura y calidad. En general, se enfocan a mujeres de mayores recursos, en edades que no son las de más alto riesgo.

Una respuesta efectiva al CaCu implica los siguientes desafíos para los sistemas de salud:

- Dar información a las mujeres sobre la asociación entre CaCu e infección por VPH, y subrayar la importancia de la detección temprana y el tratamiento.
- Establecer programas de detección oportuna del CaCu e infección por VPH, que sean de buena calidad, amplia cobertura y cuenten con sistemas de seguimiento.
- Integrar actividades de detección, diagnóstico y tratamiento del CaCu con otros de salud reproductiva.

- Establecer sistemas de referencia para mujeres con CaCu avanzado y asegurar tratamiento para ellas.

Violencia doméstica contra las mujeres

La violencia como consecuencia de las inequidades de género tiene diferentes expresiones, entre las que se encuentran la violación, el abuso sexual a los niños y la violencia doméstica (VD). Esta última ha alcanzado un reconocimiento global como problema prioritario en el campo de la SSR (Heise, 1994; Heise y cols., 1994).

En América Latina y el Caribe, los datos sobre la frecuencia de la VD son muy limitados; sin embargo, diversos estudios sugieren que es un problema que afecta a muchas mujeres de la región. De acuerdo con información del Consejo Nacional de Investigación de Estados Unidos (Buvinic y cols., 1999), notificaron ser golpeadas por sus esposos 30% de las mujeres en dos islas del Caribe, 20% en Colombia y 60% en un área de Santiago de Chile. Datos compilados en otro informe (Buvinic y cols., 1999) también resaltan la importancia del problema de la VD para las mujeres de la región. Los autores presentan cifras de Colombia, Costa Rica, Chile, Nicaragua y México que sugieren que la violencia física, particularmente dentro del ambiente marital o de convivencia, es sorprendentemente común. Un trabajo patrocinado por el Banco Interamericano de Desarrollo reúne cifras sobre VD –física, sexual y psicológica– y sobre los perpetradores de ésta (Buvinic y cols., 1999). Las prevalencias son impresionantemente altas (cuadro IV).

Las implicaciones que la VD tiene sobre la salud física y mental de la mujer son considerables, tanto en el corto como en el mediano plazo, e incluyen lesiones físicas directas, inflamación pélvica, embarazos no deseados y abortos, así como diversos traumas psicológicos: depresión, ansiedad y disfunción sexual (NRC, 1997:31). Además, la VD tiene muchos efectos indirectos sobre la salud reproductiva al limitar el control de la mujer sobre su vida sexual, lo cual a su vez la

Cuadro IV
Prevalencia de violencia contra mujeres en países de América

<i>País</i>	<i>Tipo de violencia</i>
Canadá (1993) *	25% física
Colombia (1990) *	34% psicológica 20% física 10% sexual
Colombia (1995) #	19% física
Costa Rica (1994) *	75% psicológica 10% física
Chile (1993) *	34% psicológica 11% física (severa) 16% física (moderada)
Estados Unidos (1986)	28% física
Guatemala (1990) *	49% abuso 74% ejercida por un compañero íntimo
Haití (1996) *	70% abuso 36% ejercida por un compañero íntimo
México (1995) *	45% abuso 18% psicológica y sexual 16% física y psicológica
México (1996) #	16% física
México (1997) *	13% física
Nicaragua (1995) #	40% física
Paraguay (1996) #	9 % física 31% psicológica
#	Durante su vida
*	En el último año
+	Periodo no especificado

Fuente: Buvinic y cols., 1999

De acuerdo con información del Consejo Nacional de Investigación de Estados Unidos, notificaron ser golpeadas por sus esposos 30% de las mujeres de dos islas del Caribe, 20% en Colombia y 60% en un área de Santiago de Chile.

expone al riesgo de ETS, embarazos no deseados y aborto inseguro.

La violencia contra las mujeres tiene sus raíces en condiciones sociales. La inequidad de género, la aceptación social –implícita o explícita– del poder de los hombres sobre sus parejas, el acceso limitado de las mujeres a información y recursos familiares, el alcoholismo, la falta de legislación que proteja a las mujeres y la escasez

La posición social de las/ los adolescentes, caracterizada por la dependencia, junto con la inmadurez física y emocional propia de esta etapa, los hace vulnerables, especialmente en lo que se refiere a la SSR.

de instituciones públicas a donde éstas puedan recurrir, así como la organización aún incipiente de grupos civiles, son algunos factores que subyacen a la elevada frecuencia de este fenómeno en ALC.

El esfuerzo que se requiere para enfrentar el problema de la VD requiere la participación de diversos sectores de la sociedad. Así, se necesitan:

- Políticas que protejan a las mujeres, tipifiquen la violencia doméstica como delito y hagan efectivas las penas que se deriven de éste.
- Programas y servicios en los que los proveedores de salud conozcan la frecuencia, las manifestaciones y los modos de detectar signos de violencia en sus pacientes.
- Agencias especiales y servicios en los que se cuente con personal capacitado para brindar consejería legal y orientación a las víctimas sobre instancias a las que pueden acudir.
- Instancias especializadas, tanto gubernamentales como de la sociedad civil, que atiendan a mujeres y que trabajen con los hombres, perpetradores de la violencia en la mayoría de los casos. Tanto gobiernos como ONG son esenciales para ofrecer opciones eficientes. En Colombia, México y otros países de la región se avanza en este sentido.
- Cambios culturales y sociales que contribuyan a mejorar la condición de la mujer y a darle mayor poder en las esferas pública y privada.

Salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y adultas(os) jóvenes

Las y los adolescentes y adultas(os) jóvenes han sido reconocidos como un grupo prioritario por organismos internacionales, gobiernos y sociedad civil. La posición social de las/los adolescentes, caracterizada por la dependencia, junto con la inmadurez física y emocional propia de esta etapa, los hace vulnerables, especialmente en lo que se refiere a la SSR.

Se estima que, en 1996, en ALC había unas 148 millones de personas entre los 10 y los 24 años de edad. Esta cifra representa cerca de 30% de la población total estimada en ese año. En la región, una alta proporción de los adolescentes de ambos sexos son sexualmente activos antes del matrimonio. Además, la edad de la unión se ha retrasado poco en las últimas décadas y continúa baja entre las mujeres (cuadro V). El inicio temprano de la procreación se asocia con la edad igualmente temprana de la primera unión, bajos niveles de escolaridad y ciertas normas culturales que promueven el papel de esposa y madre como el más legítimo. A la fecundidad temprana contribuye también el hecho de que los anticonceptivos se usan menos para retrasar el primer nacimiento que los posteriores.

Una unión a edad temprana se asocia con abandono precoz de la escuela y fecundidad elevada. Las muchachas sin instrucción se unen antes de los 16 años con una frecuencia cinco veces mayor que sus contrapartes que completaron la primaria. Alrededor de 30% de la tasa de fertilidad de la región puede atribuirse a personas de entre 15 y 19 años; Bolivia y Perú son los países con el porcentaje más bajo de embarazos adolescentes de la región (9%), y Nicaragua, con el más alto (17%) (cuadro V).

En la adolescencia temprana (antes de los 17 años), la inmadurez física incrementa los riesgos asociados con el embarazo y el parto. De hecho, las menores de 15 años tienen cuatro veces más probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo que las mujeres de 20 años o más. Por su parte, los hijos de adolescentes presentan 30% más probabilidades de morir en el primer año de vida que los de mujeres adultas (AGI, 1998).

En muchos países de ALC los nacimientos ocurridos a mujeres de entre 15 y 17 años son relativamente frecuentes (AGI, 1998). De hecho, 33% de los nacimientos en la región ocurren antes de que la mujer alcance los 20 años (en Nicaragua esta cifra llega a 48% y en El Salvador, a 46%). En cambio, en Perú la frecuencia

El inicio temprano de la procreación se asocia con la edad igualmente temprana de la primera unión, bajos niveles de escolaridad y ciertas normas culturales que promueven el papel de esposa y madre como el más legítimo.

Cuadro V
Población joven en América Latina y el Caribe, 1996

	<i>Población de 10-24 años (en millones)</i>	<i>Población de 10-24 años (% del total)</i>	<i>Edad promedio al primer matrimonio (todas las mujeres)</i>	<i>Tasa global de fecundidad (población total)</i>	<i>% de la TGF que corresponde a la población de 15-19 años (1996)</i>
Argentina	9,5	27	22,9	2,8	11
Bolivia	2,4	32	22,8	4,8	9
Brasil	48,6	30	22,6	2,9	13
Colombia	10,8	30	22,6	2,7	13
Chile	3,8	26	23,4	2,5	11
Ecuador	3,8	32	21,1	3,5	13
El Salvador	2,0	35	-	3,8	16
México	30,5	32	20,6	3,1	12
Nicaragua	1,6	34	-	4,6	17
Paraguay	1,5	30	21,8	4,3	11
Perú	7,7	32	22,8	3,5	9
R. Dominicana	2,4	31	-	3,3	15
América Latina	148,0	30	22,0	3,1	13
América Central	42,0	32	21,0	3,4	13
América del Sur	96,0	30	23,0	3,0	13
Caribe	10,0	28	21,0	2,8	14

TGF: tasa global de fecundidad (número promedio de hijos por mujer durante todo su periodo reproductivo).

Fuente: PRB, 1996.

es ligeramente inferior a la media regional (27%). Estos datos no existen para Argentina, Paraguay y la subregión del Caribe.

Sólo se puede lograr un retraso de la edad de unión, del inicio de la vida sexual y del nacimiento del primer hijo mediante un complejo cambio de las expectativas sociales y culturales, aunado a un incremento de las oportunidades de educación y trabajo para las y los jóvenes. En primer lugar, es importante que disminuyan las presiones familiares y sociales para una unión y maternidad tempranas. Estas presiones son el resultado del bajo valor social que se asigna a las mujeres, y ello se traduce en escasas oportunidades para que ellas se preparen para desempeñar papeles distintos al de esposa y madre. La falta de educación condena a la mujer a un bajo estatus social, a la ignorancia de sus derechos, a una oportunidad restringida de acceso al mercado laboral y a una baja autoestima. Asimismo, la baja escolaridad de una mujer determina que los problemas de salud de ella y de sus hijos se

reconozcan de forma tardía y se enfrenten de manera inapropiada, como lo demuestra la consistente asociación entre baja escolaridad y exceso de mortalidad materna e infantil (Langer y Lozano, 1999).

Dentro de este contexto general, las áreas específicas en las que se debería avanzar incluyen:

- Programas de desarrollo que aumenten las oportunidades de educación y empleo para las y los jóvenes, así como incentivos para reducir las tasas de abandono escolar.
- Cambios en la legislación laboral que protejan a las jóvenes, oportunidades para la creación de microempresas administradas por mujeres y apoyo a las adolescentes en proyectos productivos.
- Educación sexual y acceso a servicios e información para reducir las uniones y los embarazos durante la adolescencia, especialmente en áreas rurales.

...es importante que disminuyan las presiones familiares y sociales para una unión y maternidad tempranas.

Los derechos reproductivos forman parte de los derechos humanos ya reconocidos por leyes nacionales, tratados internacionales y otros documentos de consenso.

- Acceso a servicios de PF especialmente diseñados para responder a las necesidades de los adolescentes.
- Servicios para madres adolescentes, en los que se haga especial énfasis en la crianza de los hijos y en la importancia del espaciamiento de futuros embarazos.

Algunos países, como Colombia y México, son líderes en ALC y en el mundo en el desarrollo de programas de educación y de atención para adolescentes, tanto del sector público como del no gubernamental.

Derechos reproductivos

Los derechos reproductivos forman parte de los derechos humanos ya reconocidos por leyes nacionales, tratados internacionales y otros documentos de consenso. Los derechos reproductivos se refieren tanto a hombres como a mujeres, e incluyen el reconocimiento de los derechos básicos de todas las parejas e individuos a:

- Decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los hijos.
- Acceder a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres llevar a término y en forma segura sus embarazos y el nacimiento de sus hijos.
- Recibir información y tener acceso a métodos de planificación familiar que se hayan elegido libremente, que sean seguros, efectivos, económicamente asequibles y aceptables.

La promoción del ejercicio responsable de estos derechos debería ser la base fundamental de las políticas y los programas en el área de la salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar. Asegurar la garantía de los derechos reproductivos es un esfuerzo en el que deben participar tanto los gobiernos como la sociedad civil. En muchos países de la región se han dado pasos importantes para adecuar leyes y prácti-

cas, con la finalidad de garantizar los derechos reproductivos. Sin embargo, aún queda un largo camino por andar.

Aunque el PA de El Cairo establece que es esencial abandonar las metas demográficas que consideran el descenso del crecimiento poblacional y la fecundidad como indicadores principales del éxito de los programas de población, son todavía muchos los países de ALC que conservan tales objetivos. Estas políticas determinan que los servicios no se centren en las necesidades reproductivas de los usuarios, sino que estimulen el uso de métodos definitivos –como la ligadura tubaria– o de los de larga duración –como el dispositivo intrauterino– que facilitan alcanzar esas metas. Esta promoción es en algunas ocasiones implícita y en otras explícita, cuando los programas incluyen claros incentivos a los proveedores por número de DIU aplicados o de esterilizaciones realizadas; por ejemplo, las esterilizaciones que se realizan sin apearse a los principios éticos fundamentales tienen consecuencias gravísimas. Denuncias de este tipo se han hecho en Bolivia, México y Perú, entre otros países de la región. Además de las consecuencias personales y familiares, las violaciones a los derechos reproductivos desprestigian a programas y gobiernos, promueven la desconfianza entre la población e incluso, en ocasiones, limitan la ayuda internacional.

Existe, por fin, otro tipo de violación a los derechos reproductivos, más sutil pero también muy grave, que consiste en negar o dificultar el acceso de las personas (o de ciertos grupos, como los adolescentes) a los servicios de SSR y, en particular, a la anticoncepción.

La salud sexual y reproductiva de grupos relegados o de poblaciones con necesidades especiales

La mayoría de los programas y servicios de salud reproductiva y, especialmente, los de PF, están diseñados para cubrir las necesidades y

... las violaciones a los derechos reproductivos desprestigian a programas y gobiernos, promueven la desconfianza entre la población e incluso, en ocasiones, limitan la ayuda internacional.

responder a las características de mujeres urbanas o semiurbanas. Este énfasis determina que grandes sectores de la población no reciban la atención que necesitan. Tradicionalmente, se reconoce a los hombres, a los indígenas y a las poblaciones rurales aisladas, así como a los adolescentes, como grupos con necesidades especiales que no están cubiertas por los servicios generalmente disponibles.

El concepto de SSR comprende tanto a hombres como a mujeres. Sin embargo, por su calidad de parejas de las mujeres, se ha considerado a los hombres más como un problema a resolver que como una población objetivo (Greene y Biddlecom, 1997; CEPAR/CDC, 1995). En la visión posterior a la reunión de El Cairo, se reconocen explícitamente las necesidades reproductivas de los hombres (biológicas y sociales). Debido al énfasis tradicional en las mujeres, es necesario desplegar un importante esfuerzo de investigación multidisciplinaria para conocer las necesidades de los hombres y su papel en la toma de decisiones reproductivas, así como para desarrollar tecnologías anticonceptivas que les permitan compartir con las mujeres la responsabilidad de la anticoncepción. Además, es esencial que los servicios promuevan y faciliten la participación de los hombres mediante la adopción de horarios especiales, capacitación de su personal y, en general, promoviendo un cambio de mentalidad entre los profesionales de la salud.

En la sección dedicada a las aportaciones de los talleres, se destaca la problemática de los grupos indígenas (página 38 y siguientes), y en las páginas 14 y siguientes se describe lo correspondiente a los adolescentes.

En general, se necesita:

- Hacer de la equidad entre grupos sociales y etnias un objetivo de todos los programas de desarrollo.
- Asegurar el acceso de todos los grupos marginados de nuestras sociedades a la

educación, el trabajo y la salud; en pocas palabras, a una vida digna.

- Conocer las necesidades especiales de salud reproductiva de grupos marginados y ofrecer alternativas que respondan a ellas.
- Tomar en cuenta las particularidades culturales, lingüísticas y geográficas de grupos marginados para ofrecer soluciones innovadoras y efectivas.

Salud sexual y reproductiva y desigualdad social

Diversos organismos internacionales y financieros generalmente consideran a ALC como una región con necesidades menos perentorias que las de otras latitudes del mundo en desarrollo. En efecto, indicadores de salud como la mortalidad infantil, la fecundidad y la prevalencia de ciertas infecciones –como el SIDA y otras de transmisión sexual– son más favorables que los de África y algunos países del sudeste asiático, por ejemplo. Sin embargo, estos indicadores globales ocultan profundas desigualdades entre subregiones, países, grupos sociales y étnicos, y géneros. De hecho, América Latina es un mosaico en muchos sentidos, y la salud reproductiva no es una excepción.

La salud sexual y reproductiva refleja, por una parte, el nivel socioeconómico del país, la comunidad y la familia, además de la condición de la mujer; por otra, la utilización de los servicios, así como la calidad de los mismos. La influencia de los factores socioeconómicos se revela claramente en casi cualquier indicador de salud reproductiva: fecundidad y edad al primer embarazo, anticoncepción, salud materna, aborto inducido, CaCu.

Así, por ejemplo, los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar de Honduras (1996) muestran que el promedio nacional de atención del parto en hospitales es de 54%; sin embargo, 68% de las mujeres que residen en áreas rurales, 71% de las clasificadas

Es necesario desplegar un importante esfuerzo de investigación multidisciplinaria para conocer las necesidades de los hombres y su papel en la toma de decisiones reproductivas.

La salud sexual y reproductiva refleja, por una parte, el nivel socioeconómico del país, la comunidad y la familia, además de la condición de la mujer; por otra, la utilización de los servicios, así como la calidad de los mismos.

Los programas más avanzados establecen como objetivos la prestación de servicios de salud reproductiva para las mujeres en todas las etapas de su vida...

como de “nivel socioeconómico bajo” y 74% de las clasificadas “sin educación formal” dan a luz en sus hogares. En Nicaragua, la TGF para el periodo 1987-1992 fue de 3,19 en la capital, Managua, mientras que en áreas rurales fue de 6,40. Diferencias igualmente drásticas se encuentran entre las mujeres sin escolaridad (TGF 6,93) y las que completaron la secundaria o más (TGF 2,38) (Encuesta sobre Salud Familiar, 1993).

Respuestas a las necesidades de salud sexual y reproductiva

Leyes, políticas, programas y servicios

En ALC se han establecido en los últimos años leyes, políticas y programas para atender las necesidades de salud reproductiva de la región, muchas veces en respuesta a los acuerdos suscritos por los gobiernos en las dos últimas conferencias mundiales más importantes: la CIPD (1994) y la Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995). Los siguientes son ejemplos de estos múltiples esfuerzos:

- Chile y México garantizan en forma explícita los derechos reproductivos. Chile ha creado un nuevo Programa de Salud para la Mujer, en el que se incluyen problemas de salud sexual y reproductiva. México ha creado una Dirección General de Salud Reproductiva y un Programa Nacional de la Mujer.
- En Bolivia, Guatemala, Haití, Paraguay y República Dominicana, la reducción de la mortalidad materna es uno de los objetivos más importantes de todas las iniciativas de salud reproductiva. El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez de Bolivia proporciona a las mujeres acceso gratuito a servicios prenatales, de parto y de atención posnatal.
- En El Salvador, el Secretariado Nacional de la Familia trabaja con adolescentes en la prevención del embarazo y de las enfermedades

de transmisión sexual como el SIDA, mediante servicios de información y consejería.

- Se realizan esfuerzos para mejorar los servicios de planificación familiar en varios países de la región. Las asignaciones presupuestales en Brasil prevén la oferta de una variada gama de métodos anticonceptivos que aumente la posibilidad de selección para las y los usuarios.
- Brasil es la primera nación en América Latina que ha creado una Comisión Nacional sobre Población y Desarrollo.

Los programas más avanzados establecen como objetivos la prestación de servicios de salud reproductiva para las mujeres en todas las etapas de su vida, la reducción de embarazos indeseados y abortos inseguros, la detección y el tratamiento del cáncer cervical y de mama, el mejoramiento y una mayor cobertura de los servicios prenatales y posnatales, el incremento de la cobertura médica de los nacimientos, la reducción del riesgo reproductivo entre las adolescentes, y la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.¹⁰

La tendencia más reciente de las políticas y los programas de América Latina y el Caribe es hacia la integración de los servicios de salud reproductiva, incluidos los programas de planificación familiar.¹¹ Por ejemplo, el gobierno de Bolivia ha declarado que la planificación familiar es sólo uno de los componentes de la SSR. Sin embargo, en la práctica, son pocos los programas nacionales que ofrecen una gama completa de servicios. Así, es difícil referir a los pacientes para la atención de complicaciones durante el parto, pues los servicios de atención

¹⁰ Aunque el gobierno argentino ha determinado que sus ciudadanos tienen el derecho a recibir servicios de planificación familiar y que el Estado debe ofrecer información sobre el tema, este es el único país de América Latina y el Caribe que no cuenta con un programa nacional de planificación familiar.

¹¹ A excepción de Jamaica.

primaria no están integrados con los de atención secundaria y terciaria; asimismo, la prevención del VIH y de las ETS en general se realiza de manera independiente de la atención materna, la planificación familiar y la educación. De igual modo, con frecuencia se omiten los suplementos nutricionales durante el embarazo, sobre todo en el caso de las adolescentes, y muy rara vez se incluyen la detección y el tratamiento oportuno del CaCu, por ejemplo, en los sistemas de atención primaria, a pesar de contar con medidas de probado costo-efectividad para este fin.

Por otra parte, la cobertura y la calidad de los servicios suelen ser deficientes. Esta situación refleja las carencias generalizadas del sistema de salud, el dispendio de recursos, el uso ineficiente y la falta de atención sistemática a muchos de los principales problemas de salud de las poblaciones desfavorecidas. Asimismo, la prioridad asignada a la SSR en términos de recursos públicos invertidos es todavía baja: se calcula que los gastos extrapresupuestarios y la asistencia externa financian hasta 80% de todos los servicios de salud reproductiva de la región.

Otro problema es que, en general, las leyes y políticas relativas a la SSR no se integran con las políticas generales dirigidas a la mujer. Generalmente, el enfoque no es multisectorial ni incorpora la perspectiva de género. En los programas de SSR de Colombia, México y Perú, incrementar el poder de la mujer es un objetivo explícito; sin embargo, la coordinación de los programas que deberían participar en este esfuerzo es todavía deficiente, y su calidad, variable.

Otra limitación que se enfrenta es que los programas y servicios de salud reproductiva no responden a las necesidades de las poblaciones rurales e indígenas. Aunque éstas presentan una morbilidad y una mortalidad reproductivas mucho más altas, pocas políticas nacionales incluyen modelos alternativos de servicio para estas comunidades. Colombia y El Salvador, así como los

programas de salud reproductiva de Perú y México, constituyen una excepción importante.

En la región varían las disposiciones legales y programáticas para la educación y los servicios de salud reproductiva de las adolescentes. Son pocos los países que cuentan con políticas y leyes específicas, a pesar de que seis de ellos han identificado en sus programas generales de salud reproductiva a este grupo como de alto riesgo. La disponibilidad de información y estadísticas sobre adolescentes también es heterogénea, lo que dificulta evaluar la situación. Sin embargo, la maternidad entre las jóvenes es un problema reconocido en todos los países.

En ALC, la práctica de los proveedores y farmacias del sector privado está escasamente reglamentada. Sin embargo, estudios en la región muestran que elevadas proporciones de hombres y mujeres recurren a servicios privados y adquieren productos de las farmacias. En general, la información y consejería ofrecida en la farmacia es de mala calidad y, a veces, incluso peligrosa (por ejemplo, medicamentos innecesarios e ineficientes para tratar las ETS). Los servicios médicos privados, por su parte, carecen de controles de calidad y regulación. Por lo tanto, los servicios que se ofrecen son de calidad muy variable.

Otro problema que se enfrenta es la insuficiencia, el retraso y la calidad deficiente de la información estadística disponible. Aunque los sistemas de estadísticas de salud en general han mejorado en toda la región, el registro completo y confiable de las enfermedades, nacimientos y muertes continúa siendo una meta que no se ha alcanzado. Además, aún no contamos con estadísticas desagregadas por sexo, mismas que darían una visión mucho más precisa de los problemas de salud de las mujeres y las diferencias por género. A su vez, los datos de encuestas sobre comportamiento demográfico y salud sólo existen para 13 países de América Latina y el Caribe. La vigilancia epidemiológica del SIDA y de las ETS, por su parte, se limita a sitios o

... la prioridad asignada a la salud reproductiva en términos de recursos públicos invertidos es todavía baja: se calcula que los gastos extrapresupuestarios y la asistencia externa financian hasta 80% de todos los servicios de salud reproductiva de la región.

En ALC, la práctica de los proveedores y farmacias del sector privado está escasamente reglamentada.

Para que un ejercicio de toma de decisiones se haga sobre bases racionales es necesario contar, en primer lugar, con información oportuna y de buena calidad.

Para verificar el balance entre necesidades de salud y políticas públicas se ha desarrollado recientemente un conjunto de indicadores orientados a medir la *pérdida de vida saludable*, como una opción mucho más informativa para la toma de decisiones políticas que los clásicos datos de morbilidad y mortalidad.

poblaciones específicos y, en general, sólo se realiza mediante estudios centinela.

Toma de decisiones sobre intervenciones para mejorar la salud sexual y reproductiva

Una buena SSR depende, en buena medida, de las tecnologías y conocimientos disponibles para identificar problemas, diagnosticarlos oportunamente y tratarlos. Estas medidas, además de ser adecuadas por su efectividad, deben ser accesibles en términos de costos. Más aún, la relación entre el costo y la efectividad de las intervenciones de salud debe ser razonable.

Tomar decisiones siempre será difícil, pues la primera reacción de todos los interesados en el bienestar de la población es suponer que la salud debe mejorarse al costo que sea. Sin embargo, sabemos que ésta no es una postura realista, pues nunca se dispondrá de todos los recursos necesarios, particularmente en los países en vías de desarrollo.

Para que un ejercicio de toma de decisiones se haga sobre bases racionales es necesario contar, en primer lugar, con información oportuna y de buena calidad. Esto es un desafío para ALC, donde, a pesar de ciertos avances recientes en los sistemas de información estadística de algunos países, la situación aún dista de ser ideal. En el campo de la salud reproductiva, la información con la que contamos proviene, en gran medida, de encuestas demográficas y de salud. Si bien de buena calidad, la información obtenida de este modo no siempre tiene la periodicidad ni la representatividad ideales. Por ejemplo, muchas encuestas sólo son válidas en el ámbito regional, y no permiten hacer inferencias para niveles municipales y comunitarios. Además, suelen reclutar únicamente a mujeres unidas, dejando afuera a las jóvenes y solteras, y a los hombres. También, su enfoque continúa centrado en prácticas anticonceptivas, aunque se han hecho esfuerzos por incorporar otras cuestiones, como la mortalidad materna o las enfermedades de transmisión sexual. Por último, es importante

agregar que estas encuestas no se han realizado en todos los países de la región, tal como se señaló anteriormente.

Las estadísticas vitales, por su parte, sufren de un fuerte subregistro, una mala clasificación y de una falta de desagregación por sexo. No obstante, es en el registro de la morbilidad donde se encuentran las deficiencias más graves, como consecuencia de la baja cobertura de los servicios de salud y de las deficiencias de los sistemas de registro de las instituciones de salud. Estas son limitaciones graves para la toma racional de decisiones y para la evaluación de los avances y prioridades de programas y servicios.

Además de la información epidemiológica es esencial contar con datos sobre el costo de las intervenciones y tecnologías. Para evaluar las distintas opciones es indispensable contar con un análisis de la relación entre el costo y la efectividad de cada una. Lamentablemente, es difícil obtener información sobre el costo unitario de los servicios de salud, pues en general sólo se consideran los costos directos y se omiten los fijos e indirectos, que de rutina no se calculan.

Para verificar el balance entre necesidades de salud y políticas públicas se ha desarrollado recientemente un conjunto de indicadores orientados a medir la *pérdida de vida saludable* (Murray y López, 1998), como una opción mucho más informativa para la toma de decisiones políticas que los clásicos datos de morbilidad y mortalidad. A continuación describiremos algunos de los indicadores más importantes que se utilizan actualmente, ilustrados con información proveniente de la región.

La morbilidad y la mortalidad relacionadas con la salud reproductiva representan el motivo principal de pérdida de *años de vida ajustados por discapacidad* (AVAD) en la región (Bobadilla y cols., 1993).¹² Según el Banco Mundial, en ALC una intervención de salud puede considerarse

¹² La pérdida de *años de vida ajustados por discapacidad* se refieren al tiempo de vida saludable que un individuo pierde por muerte prematura o discapacidad.

Cuadro VI
Costo-efectividad de intervenciones en SSR
en países seleccionados de América Latina y el Caribe

<i>País</i>	<i>Intervención</i>	<i>Medida*</i>	<i>Resultado obtenido*</i>
Bolivia¹	Suplementos de vitamina A	US\$/AVPP ganados	US\$8
	Planificación familiar	US\$/AVPP ganados	US\$112
	Atención prenatal y durante el parto	US\$/AVPP ganados	US\$72
México²	Atención prenatal en embarazos de alto riesgo	US\$/AVAD ahorrados	US\$43
	Tratamiento de ETS (a excepción del VIH) en grupos de alto riesgo	US\$/AVAD ahorrados	US\$55
	Inserción de DIU	US\$/AVAD ahorrados	US\$75
	Planificación familiar no quirúrgica	US\$/AVAD ahorrados	US\$96
	Subsidio no específico para condones	US\$/AVAD ahorrados	US\$258
	Inmunización contra tétanos	US\$/AVAD ahorrados	US\$294
	Atención prenatal y durante el embarazo para nacimientos de bajo riesgo	US\$/AVAD ahorrados	US\$305
	Promoción de la lactancia materna	US\$/AVAD ahorrados	US\$306
	Suplementos de hierro en alimentos	US\$/AVAD ahorrados	US\$313
	Vasectomía	US\$/AVAD ahorrados	US\$376
	Detección de cáncer cérvico/uterino	US\$/AVAD ahorrados	US\$381
	Ligadura tubaria	US\$/AVAD ahorrados	US\$464
	Tratamiento de las complicaciones de aborto	US\$/AVAD ahorrados	US\$817
República Dominicana^{3§}	Atención prenatal y durante el parto	US\$/AVAD ahorrados	US\$35
	Prevención y tratamiento de ETS	US\$/AVAD ahorrados	US\$134
	Planificación familiar	US\$/AVAD ahorrados	US\$402
	Prevención y tratamiento del cáncer cervical	US\$/AVAD ahorrados	US\$5
	Prevención y detección del VIH/SIDA	US\$/AVAD ahorrados	US\$165

* AVAD: la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad son medidas de resultados de salud no mortales basadas en el tiempo (en otras palabras, discapacidad). Mediante estas medidas se cuantifica la carga de las enfermedades y lesiones sobre la población humana en función de los años de vida perdidos por motivo de discapacidad y muerte.

AVPP: años de vida potencialmente perdidos de una población por una causa específica o por mortalidad general, en relación con la esperanza de vida de dicha población

[†] Todos los coeficientes de eficiencia en función de los costos se expresan en dólares estadounidenses constantes de 1994

[§] El estudio de la República Dominicana sólo examinó la eficiencia en función de los costos en el caso de los pobres, definidos como personas que residen en unidades familiares con necesidades básicas no atendidas

¹ Fuente: Ministerio de Desarrollo Humano, 1995

² Fuente: FUNSALUD, 1994

³ Fuente: Oficina de Coordinación Técnica, 1997

Los estudios de efectividad en función de los costos realizados en América Latina y el Caribe han demostrado repetidamente que la atención de la salud prenatal y posparto, la promoción de la lactancia materna, los servicios anticonceptivos, la prevención del SIDA, la detección de ETS y las técnicas para la detección precoz del CaCu salvan muchas vidas con intervenciones de costo relativamente bajo.

efectiva en función de su costo si permite “dar” a una persona un AVAD por menos de US\$160. En general, las intervenciones para mejorar la SSR son altamente costo-efectivas. Por ejemplo, la atención prenatal cuesta entre US\$35 y US\$72 por AVAD menos que otras intervenciones médicas; la prevención y el tratamiento de enfermedades sexuales ahorran entre US\$55 y US\$134 por AVAD; la planificación familiar, entre US\$112 y US\$464, y la prevención y detección del VIH/SIDA, de US\$165 a US\$258. En los países con una alta frecuencia de CaCu, su prevención y tratamiento son eficientes en función de los costos (en Perú es de US\$160 por AVAD ahorrado) (cuadro VI).

Otra medida usada para analizar la efectividad de intervenciones de salud son los *años de vida potencialmente perdidos* o AVPP.¹³ La efectividad de cada intervención específica sobre la mortalidad y la morbilidad varía según las condiciones locales. En los estudios realizados, dicha variación se hace evidente al incorporar factores como la cobertura, la eficacia y la efectividad de los programas locales. La efectividad es el resultado del comportamiento de la enfermedad en el país en cuestión, la calidad de los servicios y las características de los usuarios.

Los estudios de efectividad en función de los costos que se han realizado en América Latina y el Caribe, han demostrado repetidamente que la atención a la salud prenatal y posparto, la promoción de la lactancia materna, los servicios anticonceptivos, la prevención del SIDA, la detección de ETS y las técnicas preventivas para la detección precoz del CaCu salvan muchas vidas con intervenciones de costo relativamente bajo (cuadro VI). En consecuencia, la inversión de los recursos disponibles para la salud en estas medidas es más eficiente que casi cualquier otra intervención de los servicios de salud. Los bene-

ficios asociados son significativos: se pone fin a la transferencia intergeneracional de la mala salud y de las desventajas socioeconómicas; se brinda a las mujeres y a las jóvenes los mecanismos que requieren para tomar decisiones fundamentadas y saludables sobre sus vidas, y se reduce a un mínimo la transmisión del SIDA y otras enfermedades asociadas, de alto costo, como la tuberculosis.

A partir de estos indicadores es posible construir el concepto de *peso de la enfermedad*, usado no sólo para analizar de manera profunda los daños a la salud, sino también para orientar las políticas públicas y el gasto en salud. En este sentido, la evaluación de las políticas de salud requiere de cuatro insumos básicos: a) un análisis detallado de la situación epidemiológica expresada en términos del peso de la enfermedad; b) un inventario de los recursos de salud disponibles; c) una evaluación del ambiente político e institucional, y d) información sobre la relación costo-efectividad de las tecnologías disponibles y las estrategias para mejorar la salud (Jamison y cols., 1993). Se estima que la morbilidad y la mortalidad reproductivas representan 14% del peso total de la enfermedad en América Latina y el Caribe.

Uno de los usos más importantes del indicador de *peso de la enfermedad* es el diseño de paquetes de intervenciones orientadas a ganar años de vida saludable para la población. En este sentido, desde la década pasada se han puesto a prueba políticas de salud que, en un contexto de limitaciones presupuestales, ofrezcan respuestas efectivas (Bobadilla y cols., 1993). Estas intervenciones han recibido recursos públicos y privados y han incorporado resultados de la investigación, como en Brasil, Honduras y México. La promoción de la lactancia materna es una de las intervenciones más costo-efectivas para prevenir casos de diarrea y muertes por la misma causa, y obtener una ganancia de años de vida saludables. Los beneficios de esta intervención son sustancialmente más altos que los de muchos otros programas. Por ejemplo, los pro-

¹³ Este indicador se refiere a la pérdida de vida potencial de una población por una causa específica o por mortalidad general, en relación con la esperanza de vida de dicha población.

gramas que eliminan los sustitutos de la leche materna tienen más probabilidades de alcanzar un alto impacto por unidad de costo neto incremental. La relación costo-efectividad es más baja (pero aún atractiva en relación con otras intervenciones) si el hospital tiene capacidad de establecer un servicio de alojamiento conjunto y evitar la alimentación con biberón. La relación costo-efectividad se incrementa conforme los programas se consolidan. Con un costo anual de US\$0,30 o US\$0,40 por nacimiento, los programas que inician con alimentación con fórmula en guarderías y pabellones de maternidad pueden reducir casos de diarrea por aproximadamente US\$0,65 a US\$1,10 por caso, y prevenir muertes por diarrea por US\$2 a US\$4.

Países con una estructura mixta de prestación de servicios de salud, como México, han realizado estudios de costo-efectividad de sus programas. Debido a que los recursos para los programas de atención materna e infantil se asignaban de manera empírica, el Instituto Mexicano del Seguro Social desarrolló en la década de los años ochenta un programa para hacer más eficiente el gasto, considerando los datos de dos muestras, una prospectiva y otra retrospectiva. Un análisis detallado de costos promedio permitió ahorros significativos en los montos asignados a estos servicios de hasta US\$9 por cada dólar invertido.

Es importante destacar que gran parte de los factores que condicionan la efectividad de los programas se relacionan con la dinámica poblacional de los diferentes países. En el caso de República Dominicana, el apoyo gubernamental a los programas de población que enfatizaban el cuidado materno-infantil y la planificación familiar redujo la natalidad de 50/1 000 en 1960 a 34/1 000 en 1980, así como la mortalidad de 16,6/1 000 a 8/1 000 para el mismo período. Este impacto modificó significativamente la tasa de crecimiento demográfico, de 3,3% en 1960, a 2,6% en 1980. Pese a ello, persiste un importan-

te rezago social que se traduce en una marcada migración de las zonas rurales a las urbanas, con lo cual la población total concentrada en las ciudades pasó de 30% en 1960 a 52% en 1980 (Oficina de Coordinación Técnica/Comisión Nacional de Salud, 1997). Dadas las limitaciones económicas de este país, se creó un Plan de Servicios Básicos de Salud para población de escasos recursos, mediante una organización llamada Fondo Nacional de Población (Fonap), encargada de ejecutar el proyecto SESPAS/IDSS/BID. Esta intervención se orienta a cuestiones prioritarias, entre ellas la atención prenatal y obstétrica. Se realizaron estudios de costos fijos y variables y se agruparon en tres rubros: materiales o insumos, personal y costos indirectos. A la vez, se estableció que la población potencialmente beneficiaria correspondería a 40% o más de los hogares con “necesidades básicas mayormente insatisfechas”. Se estima que la extensión de cobertura en este país tendrá un costo incremental de US\$15 872 770 por año, a razón de US\$18,41 *per cápita* para la población beneficiaria. La inversión en asistencia prenatal y obstétrica se estima en US\$9 600 190; para PF, en US\$12 238 377, y para detección oportuna de cáncer cervicouterino, en US\$76 837 193.

Esta breve síntesis de una bibliografía que ha crecido enormemente en la última década permite apreciar los esfuerzos por racionalizar la toma de decisiones en salud y la inversión de recursos.

Financiamiento para la atención de la salud sexual y reproductiva

Estimaciones realizadas en la CIPD muestran que los programas para atención a la SSR requerirán US\$17 mil millones en el año 2000, mismos que deberán aumentar a US\$21,7 mil millones en el 2017. La conferencia para la evaluación de avances del Programa de Acción de El Cairo (Cairo + 5) tuvo como uno de sus principales objetivos la

Estimaciones realizadas en la CIPD muestran que los programas para atención a la SSR requerirán US\$17 mil millones en el año 2000, mismos que deberán aumentar a US\$21.7 mil millones en el 2017.

Lamentablemente, la evaluación cinco años después de El Cairo muestra que ambas contribuciones están muy por debajo de lo comprometido.

De los bancos de desarrollo (el Banco Mundial [BM] y los bancos regionales), es el BM el que ha hecho las aportaciones más importantes para población y SSR.

Es más difícil contabilizar las contribuciones anuales de los bancos de desarrollo que las de otros donantes como las fundaciones...

reafirmación de estos compromisos. Se esperaba que los países en vías de desarrollo cubrieran dos tercios de estas cantidades, y los países industrializados el tercio restante.

Lamentablemente, la evaluación cinco años después de El Cairo muestra que ambas contribuciones están muy por debajo de lo comprometido. Así, los países industrializados, que habían prometido en 1994 aportar US\$5,7 mil millones al año, sólo han dado en promedio US\$1,9 mil millones anuales. Las naciones subdesarrolladas que, en teoría, iban a pagar US\$11,3 mil millones al año, contribuyeron hasta ahora con un promedio de US\$7,8 mil millones, que en su mayor parte fueron aportados por Brasil, China, India, Indonesia y México. Los donantes bilaterales y multilaterales, así como fundaciones privadas, están aún más rezagados en sus compromisos: en vez de los US\$5,7 mil millones anuales que habían prometido, están contribuyendo con un promedio de US\$1,9 mil millones al año.

De los bancos de desarrollo (el Banco Mundial [BM] y los bancos regionales), es el BM el que ha hecho las aportaciones más importantes para población y SSR. De hecho, este banco se encuentra entre los organismos multilaterales que han dado mayores fondos para este campo, especialmente para servicios, desarrollo de políticas de población, prevención del VIH/SIDA y encuestas de fecundidad y censos. Es más difícil contabilizar las contribuciones anuales de los bancos de desarrollo que las de otros donantes como las fundaciones, especialmente porque los primeros dan, en general, préstamos y no donativos, y porque los fondos aportados se gastan a lo largo de muchos años después de su otorgamiento.

En 1996 el BM dio US\$509 millones para actividades de población, una cifra sin precedentes. Además, los bancos de desarrollo otorgaron US\$8 millones a donantes “intermediarios” para proyectos especiales en el terreno de la SSR, de los cuales US\$7,3 millones fueron aportados por el BM, y el resto por el BID y el Banco de Desarrollo de África.

En América Latina y el Caribe, las ONG canalizaban 50% de la ayuda internacional (en 1987 y 1988), y esta proporción declinó en los años siguientes hasta llegar a 36% entre 1989 y 1991, para ascender de nuevo a 51% en 1992 y 1993, y volver a declinar a 48% en 1994. Desde la perspectiva de los donantes, los bilaterales contribuyeron con 36% de los fondos en 1987, para subir a 40% en 1990, descender a 25% en 1994 e incrementarse de nuevo sustancialmente en 1995 (45%), año en el que los organismos multilaterales aportaron sólo 18%. En 1996 (año más reciente del que se tiene información), las ONG en ALC recibieron 50% de los fondos para SSR; los organismos bilaterales (especialmente la AID) aportaron un tercio del total de la asistencia para población, y los multilaterales 16%. Estos números y sus fluctuaciones señalan la importancia de incrementar los recursos para la atención a la SSR, especialmente considerando las enormes necesidades que aún están insatisfechas.

Para obtener mayor información sobre financiamiento internacional para la SSR, y especialmente sobre la aportación de las fundaciones privadas para SSR en ALC, se recomienda ver el anexo 6, donde también se encuentran las fuentes de la información ofrecida tanto en este apartado como en el anexo mencionado.

Reforma del sector salud

Después de más de 40 años de predominio del sector público en la mayor parte de los sistemas de salud de los países de la región, se ha iniciado una búsqueda de opciones para superar las limitaciones de estos modelos y de las instituciones públicas con el fin de garantizar una provisión adecuada de servicios de salud (García y Tobar, 1997). Los problemas más importantes que se han detectado son: inequidad y falta de acceso universal a los servicios públicos; insuficiencia de recursos y desabasto; ineficiencia técnica; falta de normas técnico-administrativas; baja productividad, distribución inadecuada de los recursos humanos y crecimiento desarticulado de las unidades; saturación de la capacidad de atención de los hospitales, infraestructura deficiente, falta de equipo y de mantenimiento; demanda insatisfecha; deficiente calidad de servicios; exceso de médicos en áreas urbanas e insuficiencia en zonas rurales, y preparación profesional inadecuada. A estos aspectos de tipo organizacional que, por lo demás, expresan contradicciones importantes, se suman otras cuestiones que se ubican en dimensiones más amplias de orden social y político. Entre ellas, conviene mencionar las demandas de la población por una mejor atención a la salud y el proceso de democratización de muchas sociedades de la región.

La reforma en los sistemas de salud de ALC ha introducido una serie de modificaciones que buscan superar estos problemas al ampliar la cobertura (particularmente para las poblaciones que no tienen acceso a los servicios en áreas rurales), mejorar la eficiencia en el gasto, desarrollar innovaciones financieras, reorganizar los

servicios, aumentar su capacidad de respuesta y mejorar la calidad de la atención. Con ello, se busca dar mayor efectividad a los servicios de salud, asegurar que sean sustentables y mejorar la calidad de la atención en el nivel primario y preventivo, en el que se ofrecen buena parte de los servicios de salud reproductiva (Merrick, 1999).

Los mecanismos mediante los cuales se busca alcanzar estos objetivos presentan variantes en los países de la región, que se derivan de la historia específica de los sistemas de salud en cada uno de ellos. Todos buscan romper con una configuración que se caracteriza por una separación entre el sector de la seguridad social (con financiamiento multipartito), el público (con financiamiento gubernamental) y el privado (cuadro VII). En general, se observa que una de las consecuencias de este esquema es el acceso segmentado de los grupos sociales a los servicios, a partir de su capacidad financiera, junto con un sector privado escasamente regulado que opera sobre la base de pago por servicio. La seguridad social se organiza en distintas modalidades, pero en todos los casos cubre a poblaciones integradas al sector productivo de la economía. Los servicios de los ministerios de salud, por su parte, se enfocan principalmente, aunque no de manera exclusiva, a la población no asegurada, buscando que el gasto público tenga un efecto redistributivo (Musgrove, 1991). En los hechos, el traslape entre las poblaciones cubiertas por uno y otro sector es importante, lo cual refleja uno más de los aspectos que la reforma busca corregir.

En este contexto, el modelo de Estado que prevalece en ALC ha tenido que modificar su

La reforma en los sistemas de salud de ALC ha introducido una serie de modificaciones que buscan superar estos problemas al ampliar la cobertura, (particularmente para las poblaciones que no tienen acceso a los servicios en áreas rurales), mejorar la eficiencia en el gasto, desarrollar innovaciones financieras, reorganizar los servicios, aumentar su capacidad de respuesta y mejorar la calidad de la atención.

... una de las consecuencias de este esquema es el acceso segmentado de los grupos sociales a los servicios, a partir de su capacidad financiera, junto con un sector privado escasamente regulado que opera sobre la base de pago por servicio.

Cuadro VII
Características de los sistemas de salud y la reforma en 12 países de
América Latina y el Caribe

<i>País</i>	<i>Cobertura del sistema de salud</i>	<i>Sectores</i>	<i>Niveles de atención</i>	<i>Fuentes de financiamiento</i>	<i>Legislación para la reforma</i>	<i>Programas para la mujer</i>	<i>Estrategia de la reforma</i>
Argentina	Obras sociales 48% sector público 47,5% sector privado 4,2%	-Obras sociales -Servicios públicos -Servicios privados	Tres niveles, tanto en el sector público como en el privado	-Público (nacional, provincial, municipal) -Obras sociales (empleadores, empleados, público) -Privado (seguros, pago por servicio)	Constelación de leyes y decretos		-Descentralización de los servicios de salud (hospitales de autogestión) -Desregulación de obras sociales
Bolivia	53% público; el resto, por diversos sectores	Sistema Nacional de Salud -Divisiones departamentales de salud -Divisiones locales de salud privada y otros	Tres niveles	Tesorería General Nacional, municipios, compañías, hogares, cooperación internacional y ONG	Ley de Descentralización Administrativa	Seguro Nacional de Maternidad y Niñez	Creación de la Ley de Descentralización Administrativa
Brasil	55% público 45% privado	-Servicios públicos (SUS) -Servicios privados	Tres niveles, tanto en el sector público como en el privado	-Público (federal, estatal y municipal) -Privado (aseguradoras, pago directo del usuario)	Constitución Federal de 1988	Programa comprensivo de atención a la mujer, el infante y el adolescente	-Separación de funciones -Creación del SUS -Ministerio de Salud con funciones de coordinación y regulación
Colombia	83% total	-Sistema de Seguro de Salud General -Empresas de promoción de la salud	Cuatro niveles	-Fondo de contribuciones -Fondo de solidaridad y garantía	-Ley 10 de Municipalización de la Salud -Comisión VII del Senado y la Cámara de Diputados -Ley 100 de 1993		-Seguridad social universal -Régimen contributivo -Régimen subsidiado
Chile	91,5% total	-Público (Sistema Nacional de Cuidado de la Salud, Ministerio de Salud) -Privado	Tres niveles, tanto en el sector público como en el privado	-Público (Fondo Nacional de Salud) -Privado (ISAPRES)			-Descentralización del sector público -Fortalecimiento del mercado de servicios privados
Ecuador	70% total	-Ministerio de Salud Pública -Seguridad social -Comité de Bienestar Privado	Tres niveles	-Banco Mundial -Impuestos -Petróleo -Pago directo	Proyecto para fortalecer y extender servicios básicos de salud		-Decreto Ejecutivo 915 -Descentralización de servicios públicos y seguridad social -Regulación de participación privada -Búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento
El Salvador	55,5% público 5% privado	-Público (Sistema Nacional de Salud, seguridad social) -Privado	Primero y segundo niveles	-Banco Mundial -Gobierno -Ayuda internacional	Política general de salud		-MSPAS guía el proceso -Separación de funciones -Descentralización de servicios públicos -Participación del sector privado

(continúa)

(continuación)

<i>País</i>	<i>Cobertura del sistema de salud</i>	<i>Sectores</i>	<i>Niveles de atención</i>	<i>Fuentes de financiamiento</i>	<i>Legislación para la reforma</i>	<i>Programa de la mujer</i>	<i>Estrategia de la reforma</i>
México	93,2% total	-Público (SSA) -Seguridad Social (IMSS, ISSSTE) -Privado (aseguradoras, pago por servicio)	Tres niveles, tanto en el sector público como en el privado	-Público -Privado -Mixto	-Ley General de Salud -Ley del Seguro Social	Programa nacional de prevención de cáncer cervicouterino	-Definición del Plan Nacional de Desarrollo -Promoción del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud -Programa de Extensión de Cobertura
Nicaragua	85% total	-Público (MINSA, INSS) -Privado	Primero y segundo niveles	-Ayuda internacional -Compañías -Impuestos -Créditos -Hogares -ONG	Ley que crea el Sistema Único Nacional de Salud	Programa de atención integral a la mujer y la niñez	-Consolidación del Plan Nacional de Desarrollo -Descentralización -Reactivación de la seguridad social
Paraguay	Menos de 70% de la población	-Servicios públicos (MSPBS) -Privados	Tres niveles, tanto en el sector público como en el privado	-Presupuesto de la nación -Contribuciones de empleadores y empleados -Cuotas, pago por servicio	Ley Nacional de la Salud 1996	Programa de atención materna con fondos del BID Consejo de Salud Reproductiva	Descentralización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Perú	67,2% total	-Público (Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social) -Privado	Tres niveles	-Público -Privado -Ayuda internacional	Ley de Modernización de la Seguridad Social	Programa 2000	-Programa Nacional de Salud para Todos -Descentralización -Creación de los comités locales de administración de salud
República Dominicana	97% público, y el resto por diversos sectores	-Público (SESPAS) -Instituto de Seguridad Social -Privado	Primero y segundo niveles	-Gobierno -Usuarios -Donaciones -Ayuda internacional	-Comisión Ejecutiva para la Reforma de la Salud -Secretariado Técnico de la Presidencia y Ministerio de Salud		Creación de un organismo dependiente de la Presidencia para la ejecución del proyecto

SUS: Sistema Único de Salud
ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional
MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
SSA: Secretaría de Salud
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

MINSA: Ministerio de Salud
INSS: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
MSPBS: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
SESPAS: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

Fuentes: Base de datos del Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Iniciativas de Reforma de Salud (NAADIIR), 1999; OPS, 1998

... cuando la lógica del mercado opera en el campo de la salud, es necesario contar con mecanismos que, al mismo tiempo que garanticen la eficiencia de la asignación de recursos, aseguren la equidad de su distribución, lo cual no necesariamente tendría que generar conflictos.

estructura original para adoptar un esquema que permita diversificar las fuentes de financiamiento de los servicios de salud y ampliar la cobertura. Esta tendencia ha favorecido políticas de gasto orientadas a la producción de servicios personales, frecuentemente restando importancia a los programas de salud pública. De acuerdo con este planteamiento, resulta fundamental que se definan prioridades para el gasto público en el corto plazo, dado que la tendencia que se observa es hacia el abandono de los modelos redistributivos.

De hecho, a partir de la reforma, la aparición de las fuerzas de mercado en la distribución de recursos para la salud y en la provisión de servicios ha requerido de mecanismos de regulación que, de acuerdo con distintos analistas, solamente el Estado se encuentra en capacidad de diseñar y ejecutar. Desde diversos foros se ha insistido en que cuando la lógica del mercado opera en el campo de la salud, es necesario contar con mecanismos que, al mismo tiempo que garanticen la eficiencia de la asignación de recursos, aseguren la equidad de su distribución, lo cual no necesariamente tendría que generar conflictos. Las propuestas de reforma consideran al Estado como el actor social que debe asumir la responsabilidad de regular el sistema, aunque no necesariamente de manera exclusiva. De hecho, la participación de otros actores (como los profesionales) puede ser importante. No obstante, en la mayor parte de los países el Estado ha mostrado una debilidad importante para desarrollar y aplicar estos mecanismos, particularmente a partir de la reforma.

Gershberg (1996) ha señalado evidencias de la complejidad del proceso regulatorio en un estudio realizado por el BID sobre los procesos de descentralización en educación y salud en México y Nicaragua. En ambos casos, la capacidad regulatoria del nivel central se transfirió parcialmente al nivel local. Sin embargo, después de un tiempo, se devolvieron al nivel central algunos de los poderes transferidos. Es importante señalar, sin embargo, que en Nicaragua

algunas unidades descentralizadas incrementaron su capacidad de regular las unidades privadas de atención. Estas situaciones imponen retos a la reforma, pues es necesario definir la capacidad regulatoria que corresponde al nivel central y al local.

Existen diversas áreas con grandes necesidades de regulación; entre ellas se cuenta la oferta de seguros privados, el acceso a los servicios, la acreditación del personal de salud, los recursos físicos, así como la calidad y el precio de los medicamentos. Una de las áreas más estudiadas entre las que requieren de mayor regulación es el comportamiento de los proveedores de servicios de salud, particularmente del personal médico. Los sistemas de predominio público encontraron en el salario una forma adecuada para controlar los costos de la atención, pero con esto se generaron también efectos negativos en el comportamiento de los prestadores del servicio médico. En prácticamente todos los países de la región se considera necesario modificar los sistemas de pago a proveedores con el fin de corregir las desventajas del salario; pero la aplicación de dichas modificaciones requiere de un análisis situacional minucioso en cada país, previo a la proposición de una política articulada.

Objetivos y ejes de la reforma

Las políticas nacionales de salud que guían la reforma en América Latina y el Caribe han promovido los siguientes principios básicos: equidad, eficiencia, calidad y sustentabilidad. Sin embargo, en algunos procesos de reforma se han planteado otros principios, tales como universalidad, subsidiariedad del sector público e intersectorialidad.

En el nivel operativo, los componentes de los programas de reforma involucran la definición de una política y de un modelo administrativo orgánico y funcional; el mejoramiento de los servicios y la simplificación de las gestiones; la administración financiera integrada; la racionalización institucional y la creación de un servicio

Existen diversas áreas con grandes necesidades de regulación; entre ellas se cuenta la oferta de seguros privados, el acceso a los servicios, la acreditación del personal de salud, los recursos físicos, así como la calidad y el precio de los medicamentos.

civil de carrera; la descentralización de los servicios; la transferencia de empresas públicas; el fortalecimiento sectorial; la actualización tecnológica, así como otras acciones para modernizar la gestión, la coordinación y la divulgación del programa de reforma.

Descentralización: eje inicial de la reforma en el sector público

La descentralización es una estrategia adoptada en prácticamente todos los países comprometidos con el proceso de reforma. Sin embargo, la forma en que se ha implantado y los tiempos que ha tomado su ejecución varían. Con la descentralización se intenta transferir las funciones de elaboración de presupuestos y administración de los fondos para la provisión de servicios, de los niveles centrales a los locales o municipales, a fin de que los segundos operen de manera autónoma. Esto implica que sea en el nivel local donde se tomen las decisiones sobre cómo y en qué se aplican los recursos para desarrollar los programas y prestar los servicios.

Los intentos descentralizadores han tenido distintos resultados en los países que han iniciado su ejecución. En la mayoría de los casos, se han enfrentado dificultades. Tal vez la más importante se deriva de que la transferencia de responsabilidades no se apoya en una transferencia de recursos financieros, imprescindible para que estas nuevas tareas puedan llevarse eficazmente a la práctica. Los procesos de descentralización también han enfrentado cuestiones logísticas: las funciones se delegan del nivel central a unidades que no cuentan con el personal capacitado para asumirlas, lo que ha resultado en una transferencia parcial y en la recentralización de la estructura en niveles intermedios entre el nivel central y los municipios (Green, 1992).

La descentralización impone retos especiales a los programas de salud reproductiva, tradicionalmente organizados en forma vertical (por ejemplo, los programas de salud materno-infantil

y de planificación familiar). De hecho, es común que se transfieran las responsabilidades al nivel local, pero que la estructura organizativa siga siendo vertical. Esto hace muy difícil definir prioridades en el nivel local, estimar costos de los programas y asegurar la sustentabilidad financiera, así como operar adecuadamente en términos de calidad y eficiencia técnica.

En años recientes, el cuestionamiento a los logros del proceso de descentralización ha llevado a nuevas propuestas de gestión de servicios, entre ellas el modelo de unidad de servicios con autonomía de gestión, la mezcla público-privado en la provisión de servicios, la competencia entre proveedores y los mecanismos de pago ligados a la productividad.

El reto de la ampliación de la cobertura

La ampliación de la cobertura es uno de los retos más importantes para los programas de reforma de los sistemas de salud en ALC. En efecto, uno de los principios básicos de la reforma es hacer accesibles los servicios de salud primarios y preventivos a la mayor parte de la población, especialmente a los grupos vulnerables y menos atendidos. El éxito alcanzado varía en los distintos países. En Colombia, uno de los efectos inmediatos de la reforma fue la ampliación de la cobertura hasta alcanzar a 81% de la población del país. En el logro de este objetivo los paquetes básicos de servicios de salud han desempeñado un papel importante, al combinar intervenciones curativas y preventivas. La definición del paquete básico ha sido distinta en cada país, aunque en todos se incluyen las intervenciones de mayor costo-efectividad. Mientras que en Colombia, por ejemplo, el paquete básico involucra un número elevado de intervenciones, en México contiene poco más de una decena.

La prioridad de las intervenciones de salud reproductiva en los paquetes básicos, no debería definirse *a priori*, sino responder a las necesidades de cada localidad (según el principio de

Los intentos descentralizadores han tenido distintos resultados en los países que han iniciado su ejecución. En la mayoría de los casos, se han enfrentado dificultades.

La descentralización impone retos especiales a los programas de salud reproductiva, tradicionalmente organizados en forma vertical (por ejemplo, los programas de salud materno-infantil y de planificación familiar).

Un aspecto íntimamente relacionado con la ampliación de la cobertura es el cobro de cuotas a usuarios de servicios, incluso en poblaciones que viven en condiciones de pobreza y de pobreza extrema. En diversos países se ha identificado que el cobro de cuotas a estos grupos limita seriamente su acceso a los servicios.

descentralización) y permitir el uso eficiente de los subsidios que los Estados destinan a proveer dichos paquetes. La relación entre la definición de necesidades de salud y la correcta asignación de recursos no ha sido resuelta satisfactoriamente. Otro reto no menos importante corresponde a las adaptaciones organizativas que tendrían que hacerse para instrumentar los programas de salud reproductiva en el nivel local.

Un aspecto íntimamente relacionado con la ampliación de la cobertura es el cobro de cuotas a usuarios de servicios, incluso en poblaciones que viven en condiciones de pobreza y de pobreza extrema. En diversos países se ha identificado que el cobro de cuotas a estos grupos limita seriamente su acceso a los servicios. Para los ministerios de salud, tales cobros sólo pueden considerarse adecuados cuando las cuotas sirven para controlar la demanda, de manera que el sistema de salud opere más eficientemente. Tal puede ser el caso de las cuotas progresivas en relación con el ingreso y con la naturaleza esencial u opcional de las intervenciones (por ejemplo, más altas para cirugía cosmética que para atención prenatal). Aun así, si el objetivo de la política es influir en los patrones de utilización, debe considerarse la alternativa de no cobro (Creese, 1991).

Los cobros a los usuarios constituyen una contribución potencialmente capaz de mejorar la base financiera del sector salud, pero también pueden impedir el acceso de las personas cuyas necesidades de salud son las más grandes (Stewart, 1999). Los sistemas de cuotas selectivos deben ser cuidadosamente diseñados, y son necesarios para asegurar que las cuotas sean pagadas sólo por aquellos que pueden hacerlo, y para que el ingreso resultante mejore la calidad y el acceso a la atención a la salud. En diversos países en desarrollo ya se diseñan y ponen en práctica sistemas de cuotas diferenciadas que priorizan criterios socioeconómicos. En ALC, Colombia ha estado aplicando con resultados promisorios el Sistema de Identificación de Beneficiarios (Sisben) para determinar necesidades

básicas insatisfechas; sin embargo, este sistema aún requiere ajustes para discriminar con claridad a las poblaciones con mayores necesidades.

Un sistema justo implica la identificación de las y los usuarios cuyo acceso peligra, así como la redistribución de fondos para actividades de atención primaria. La estrategia que ofrece mejores resultados es el cobro de cuotas a usuarios de servicios de segundo y tercer nivel de atención. No obstante, la realidad política y administrativa de muchos países en regiones en desarrollo no permite la aplicación de estos mecanismos, por lo que resulta urgente continuar explorando opciones alternas.

Papel de la seguridad social en los procesos de reforma

Los sistemas de salud de la región atestiguaron un crecimiento importante de la seguridad social en el período previo a la reforma del sector. En países como Argentina, Colombia, México o Perú, la seguridad social cubre a importantes sectores de la población. En el campo de la salud reproductiva, la seguridad social tiene un papel muy destacado, al ser el sistema que provee una gran proporción de los servicios de salud materna y planificación familiar. México es uno de los casos más destacados. Al mismo tiempo, los seguros se convirtieron en estructuras autónomas, con escasa dependencia funcional de los ministerios de salud. Uno de los retos más grandes de la reforma es lograr la integralidad de los sistemas de salud, en aras de su eficiencia. Este proceso de integración ha enfrentado diversos problemas derivados de que los cambios en las estructuras públicas y de seguridad social persiguen objetivos que no son necesariamente compatibles, lo que determina contactos muy laxos entre los dos subsectores; Brasil y Colombia quizá sean las excepciones más destacadas respecto a esta falta de integración.

Una diferenciación racional de funciones entre los ministerios de salud, la seguridad social y el sector privado, se ha planteado como un eje

Los sistemas de cuotas selectivos deben ser cuidadosamente diseñados, y son necesarios para asegurar que las cuotas sean pagadas sólo por aquellos que pueden hacerlo, y para que el ingreso resultante mejore la calidad y el acceso a la atención a la salud.

fundamental de la reforma (Frenk, Londoño y Lozano, 1999). Según quienes sustentan esta postura, los ministerios de salud deberían tener una función básicamente estatutaria y reguladora; la seguridad social, el papel de recolector y administrador de fondos; y el sector privado, en combinación con el sector público, deberían asumir la tarea de proveer los servicios. Algunos países de ALC han avanzado en este sentido, aunque en la mayor parte la separación de funciones no se ha dado de manera estricta: los ministerios siguen ofreciendo servicios y el financiamiento privado continúa en crecimiento, mientras que la seguridad social continúa llevando a cabo funciones en todas las áreas. Brasil, Colombia y Chile son quizás los países en donde la separación de funciones se encuentra mejor definida.

Dado que en muchos países se considera prioritaria la salud reproductiva, será interesante observar cómo los diferentes sistemas reformados reflejan esta prioridad. Así, habrá que ver si el papel regulatorio del sector público logra mantener el carácter prioritario de los programas de salud reproductiva, y si las compañías de seguros privadas consideran dentro de sus paquetes de servicios los de salud reproductiva y con qué costo.

Participación del sector privado en los procesos de reforma

Los procesos de reforma de los sistemas de salud en ALC han buscado mantener un espacio abierto para la participación privada, aunque en todos los casos se destaca la necesidad de desarrollar mecanismos para su regulación. Chile presenta un sistema de salud que formaliza la participación del sector privado, aunque en los hechos su integración ha sido parcial y ha generado enormes inequidades e ineficiencias. En ese país, el sistema de salud reformado mantiene la obligación de cotizar para la atención a la salud, al mismo tiempo que abre la opción para el usuario de cotizar en el sistema estatal o en el de Instituciones de Salud Previsional (Isapres), de

carácter privado. Las Isapres están autorizadas para captar y administrar las cotizaciones, y para otorgar, directamente o vía terceros, los servicios de salud.

No obstante, en la mayoría de los países de la región con sistemas reformados, no se ha precisado el papel del sector privado, particularmente de las empresas o proveedores que operan con fines de lucro. En cambio, en ALC ha sido destacada la participación de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro, que promueven la atención a la salud de la mujer. Su crecimiento a partir de la conferencia de El Cairo ha sido importante, y es notable la capacidad de estas organizaciones civiles para movilizar recursos nacionales y foráneos, así como para proveer de servicios. En general, las ONG operan de manera autónoma o en colaboración con la estructura pública de servicios de salud. En el caso de los servicios de salud reproductiva en el contexto de la reforma, el papel de las ONG es esencial, dada su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población y la calidad de sus servicios. La integración de éstas al proceso de reforma dependerá de la voluntad de cooperación de todos los protagonistas, el perfeccionamiento de los mecanismos de administración de recursos y de la ampliación de la capacidad de respuesta de las organizaciones civiles.

Una modalidad de integración de los servicios privados al sistema de salud es a través de su contratación por medio de fondos públicos. De acuerdo con los defensores de este mecanismo, los fondos pueden distanciarse de los proveedores y enfocarse en la asignación (distribución) de recursos. Consecuentemente, también se argumenta que el contrato es en sí mismo una herramienta para modificar el comportamiento de los proveedores.

Existen tres argumentos para introducir los modelos basados en contratos: el valor de la competencia y las estructuras de servicios asociadas con organizaciones privadas, la importancia de lineamientos públicos para la asignación de recursos y la creencia de que el proceso de contratación es suficiente para inducir el mejoramiento del

... los ministerios de salud deberían tener una función básicamente estatutaria y reguladora; la seguridad social, el papel de recolector y administrador de fondos; y el sector privado, en combinación con el sector público, deberían asumir la tarea de proveer los servicios.

En el caso de los servicios de salud reproductiva en el contexto de la reforma, el papel de las ONG es esencial, dada su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población y la calidad de sus servicios.

desempeño en sí mismo. Las reformas en algunos países han llevado a cabo una adopción generalizada de los modelos de contratación dentro de un marco de financiamiento público (por ejemplo, en Colombia). Muchos otros países tienen planes para incrementar las relaciones contractuales, tanto en el sector público como entre el sector público y el privado. Mucho más común que el modelo de contratación generalizado ha sido el uso parcial de contratos para dar respuesta a problemas específicos (McPake y Mills, 2000).

Las capacidades de los gobiernos y la falta de experiencia han representado restricciones en el contexto africano, donde los ministerios de salud no están acostumbrados al tipo de relaciones que implica la contratación de servicios. Sin embargo, la experiencia de Zimbabwe demuestra que tales restricciones pueden ser solventadas mediante esfuerzos para incrementar habilidades y proveer experiencia relevante. Las habilidades también pueden ser desarrolladas «en el trabajo». Las restricciones más importantes para la contratación exitosa generalmente son externas al propio ministerio de salud e incluyen: sistemas burocráticos centralizados –aún no reformados– que no son suficientemente flexibles para la formulación y manejo de los contratos o que otorgan demasiada responsabilidad o autoridad a los gerentes; la incapacidad para enfrentar las implicaciones laborales de contratación y la falta de apoyo político para tomar decisiones impopulares entre los trabajadores del sector.

Sin embargo, el contexto y la capacidad del comprador sólo explican parcialmente el avance heterogéneo de los modelos de contratación en los países. Igualmente importante ha sido el grado de desarrollo del sector privado, y especialmente el grado en el que las relaciones de mercado predominan. Las relaciones basadas en el mercado, tales como aquellas que enfatizan la competencia, implican muy diferentes tipos de interacciones: las ofertas competitivas requieren de firmas que no se comuniquen entre ellas; no debería existir la entrega de dádivas o regalos en la interacción entre proveedores y gobierno, y el monitoreo de

los contratos necesita ser respaldado por la ley. Cambiar la naturaleza de las relaciones entre compradores y proveedores requiere de un proceso largo.

La atención gerenciada como modelo de organización para la producción de servicios en la reforma

El sector privado, en la mayor parte de ALC, se sigue rigiendo por el patrón de libre oferta-demanda que lo ha caracterizado a lo largo del siglo. Sin embargo, aparecen nuevas formas de organización en los procesos de reforma: la competencia administrada y la atención gerenciada. La primera se refiere al establecimiento de condiciones de libre mercado para generar una oferta adecuada de servicios de salud financiados mediante la demanda. La segunda puede definirse como una estrategia que busca racionalizar los recursos para la provisión de servicios adecuando los costos y estableciendo criterios de calidad (Medici y cols., 1997). La atención gerenciada es una modalidad de provisión de servicios que ha ganado espacios a partir de la reforma. Se trata de un sistema de atención que pone especial énfasis en el control de costos y en los niveles de utilización mediante un monitoreo detallado, con el fin de ofrecer intervenciones costo-efectivas y de alta calidad. Aun cuando en ALC existen antecedentes de modelos autóctonos de atención gerenciada, el mercado de servicios de salud en la región ha sido testigo en años recientes del crecimiento de modelos importados, principalmente provenientes de Estados Unidos.

Mediante este proceso de importación, las corporaciones multinacionales han empezado a encontrar un mercado potencialmente atractivo entre la clase media de ALC. Bajo este modelo, las corporaciones aplican estrategias que han probado ser exitosas en el mercado estadounidense y que consisten en: a) compartir el riesgo financiero con proveedores de atención; b) enfatizar la reducción de los días de estancia hospitalaria;

La atención gerenciada es una modalidad de provisión de servicios que ha ganado espacios a partir de la reforma. Se trata de un sistema de atención que pone especial énfasis en el control de costos y en los niveles de utilización mediante un monitoreo detallado, con el fin de ofrecer intervenciones costo-efectivas y de alta calidad.

c) regular el pago a los médicos; d) fomentar el autocuidado de la salud, y e) restringir el acceso a la medicina especializada, a menos que el paciente pague parte de los costos.

Un ejemplo concreto de la expansión de la atención gerenciada en América Latina es el caso de CIGNA Internacional, que anunció la formalización de una sociedad con Planes de Salud Integral; se trata de una organización de atención gerenciada con sede en Guadalajara, México, que opera con el nombre de “Mediplan”. Esta organización se encuentra activa en al menos 14 estados de la República Mexicana y tiene actualmente una membresía de 14 000 individuos. El vicepresidente de CIGNA expuso tres razones para justificar la decisión de integrarse al mercado mexicano: el volumen de la población mexicana (95 millones), la liberalización del comercio en la región (por el Tratado de Libre Comercio de América del Norte) y la reforma de los servicios de salud, que dará a las organizaciones de mantenimiento de la salud acceso a los fondos de seguridad social en el país. El limitado desarrollo de la atención gerenciada para la salud en México (menos de 2% del gasto de la atención privada) también representa un elemento en el que CIGNA sustenta su proyecto de expansión al sur del río Bravo. Es interesante notar que CIGNA se ubica entre las organizaciones estadounidenses más grandes involucradas en la provisión de servicios de salud y otros beneficios a trabajadores (servicios de incapacidad y retiro). En Brasil, CIGNA maneja planes de salud para 2,5 millones de personas en una aventura comercial conjunta con un banco local y un plan de salud de prepago. CIGNA Salud Isapres en Chile provee servicios de atención gerenciada a cerca de 100 000 habitantes. En Guatemala cubre, mediante su red de atención gerenciada, a 40 000 personas. No debe sorprender que, en los primeros nueve meses de 1998, CIGNA haya declarado ganancias en ese país por US\$15 mil millones de dólares.

Se han instrumentado diversas modalidades de atención gerenciada en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y México. Sin embargo, son pocos los casos que operan en el marco de un modelo de competencia administrada, como en Colombia. El elemento más atractivo para las grandes corporaciones parece ser la transferencia de fondos de la seguridad social para adquirir servicios privados, misma que se ha impulsado en algunos países.

Las ventajas y desventajas de la aplicación de la atención gerenciada con fines de lucro es un tema de debate en muchos países. Aun cuando los logros en términos de eficiencia y control de costos parecen ser promisorios, una selección errónea de grupos de población que no pueden cubrir los pagos constituye un riesgo grave, al mismo tiempo que significa una carga extra para los servicios públicos. El campo de la salud reproductiva es de potencial interés para los modelos de atención gerenciada, pues la población por atender –mujeres en edad reproductiva–, es muy amplia, particularmente en países donde la seguridad social no cubre a los familiares de los asegurados. Además, la mayoría de las intervenciones de salud reproductiva son de bajo costo y alto costo-efectividad, las complicaciones graves son poco frecuentes, se dispone de intervenciones preventivas efectivas y pueden estimarse los costos, en general, con relativa confiabilidad. Finalmente, la regulación del proceso de atención puede protocolizarse fácilmente.

Posiciones críticas ante la reforma del sector salud

Existe una corriente crítica de los programas de reforma que es importante considerar. Esta postura es, en gran medida, sustentada por los grupos de la sociedad civil que han sido protagonistas claves en los esfuerzos por mejorar la salud sexual y reproductiva desde la conferencia de El Cairo, y que se encuentran actualmente com-

Se han instrumentado diversas modalidades de atención gerenciada en Argentina, Chile, Colombia, Brasil y México. Sin embargo, son pocos los casos que operan en el marco de un modelo de competencia administrada, como en Colombia.

El campo de la salud reproductiva es de potencial interés para los modelos de atención gerenciada, pues la población por atender –mujeres en edad reproductiva–, es muy amplia, particularmente en países donde la seguridad social no cubre a los familiares de los asegurados.

... los críticos afirman que la reforma ha restringido el acceso a amplios sectores de la población, especialmente a las mujeres, con graves consecuencias sobre su salud reproductiva.

prometidos con el cumplimiento del Programa de Acción firmado por 179 países al término de la conferencia.

De acuerdo con quienes sustentan esta postura, los programas de reforma representan la introducción de los principios de la economía de mercado a un sector social fundamental, el de la salud, lo que, en la práctica, es incompatible con la visión de justicia social y derechos humanos de El Cairo. De hecho, desde esta perspectiva, se percibe a la reforma como un aspecto integral de las políticas de ajuste estructural.

Se admiten, sin embargo, ciertos beneficios, al menos teóricos, de la reforma. Así, se reconoce el principio de descentralización, en cuanto signifique transferir la capacidad de tomar decisiones y la responsabilidad, del nivel central al local y comunitario. Sin embargo, se señala que, en la mayoría de los casos, la transferencia de responsabilidades no se acompaña de una distribución de recursos suficiente como para que los funcionarios locales puedan garantizar servicios de buena calidad, ampliamente accesibles. Esto se agrava por el menor poder económico de la mayoría de las poblaciones de la provincia y de las comunidades rurales, a quienes se pide ahora que contribuyan con cuotas por los servicios (WEDO, 1999).

Otra crítica importante es la visión restringida que los programas de reforma tienen de la salud como un "bien" (*commodity*), sin tomar en cuenta la influencia de la economía, el ambiente y la cultura sobre el complejo fenómeno de la salud. Además, desde esta postura se subraya que los programas de reforma se apoyan en supuestos no comprobados: que los grupos pobres de la población tienen cierta capacidad para pagar por servicios de salud, y que los gobiernos tienen los recursos técnicos, gerenciales y administrativos para llevar a cabo las acciones que se requieren y para apoyar a las instancias descentralizadas. Respecto de este último punto, los críticos de la reforma sostienen que en países donde la capacidad técnica, gerencial y regulatoria del gobierno es limitada, los programas

de reforma, aunque bien diseñados en el papel, generan resultados pobres.

Entre los cuestionamientos más importantes se encuentra el establecimiento de cuotas o pagos por servicios y los esfuerzos de transferencia presupuestal de los gobiernos a prestadores de servicios privados. Respecto del primer punto, los críticos afirman que la reforma ha restringido el acceso a amplios sectores de la población, especialmente a las mujeres, con graves consecuencias sobre su salud reproductiva.¹⁴ Medicamentos, consultas y análisis diagnósticos antes gratuitos, ahora tienen un costo que trasciende las posibilidades de muchas mujeres, lo que las obliga a retrasar la búsqueda de ayuda para sus problemas de salud y a enfrentar, en consecuencia, un riesgo mayor de enfermedad y muerte. En una encuesta realizada en 70 países, las cuotas se mencionaron como el obstáculo más importante para la obtención de las metas de los programas de salud reproductiva (WEDO, 1999).

Respecto del pago de servicios, se afirma que lo que los proveedores de algunos países reciben en el sistema reformado constituye un verdadero incentivo para intervenciones clínicas o quirúrgicas innecesarias e, incluso, éticamente cuestionables. En el campo de la SSR, éste es el caso de las cesáreas, modo de terminación del embarazo que ha alcanzado dimensiones epidémicas en la mayoría de los países de ALC. Se ha postulado que una alternativa para revertir esta situación es diseñar paquetes de servicios cuyo costo se determine prospectivamente (en este ejemplo, desde el principio del embarazo), para asegurar una atención integral y establecer como único estímulo para el profesional la atención de buena calidad.

¹⁴ Esta apreciación, sin embargo, no es completamente exacta, a juzgar por la información presentada en secciones anteriores. En muchos países, lo primero que ha logrado la reforma es aumentar la cobertura de servicios a la población, particularmente a sectores que viven en condiciones de extrema pobreza y a quienes los subsidios públicos focalizan de manera prioritaria. En realidad, el cobro por servicios tiende a afectar más a grupos de población que no viven en condiciones de extrema pobreza y que tienen que pagar una parte del costo de dichos servicios.

Otra crítica importante es la visión restringida que los programas de reforma tienen de la salud como un "bien" (*commodity*), sin tomar en cuenta la influencia de la economía, el ambiente y la cultura sobre el complejo fenómeno de la salud.

Aportaciones de las consultas regionales

Propuestas para mejorar la atención a la salud sexual y reproductiva en el contexto de la reforma del sector salud

En las consultas realizadas surgieron comentarios sobre el problema y las oportunidades que ofrecen los programas de reforma para reforzar las iniciativas dirigidas a mejorar la salud sexual y reproductiva en los países participantes. A continuación se sintetizan los puntos más importantes.

Nuevas formas de financiamiento

Las reformas de los sistemas de salud estructuran sistemas de incentivos para los proveedores de servicios. Los incentivos más fuertes se derivan de los mecanismos de financiamiento. Éstos, en muchos países de la región, se basan en presupuestos históricos (retrospectivos) o subsidios a la oferta. Tal enfoque no estimula las actividades de promoción de la salud y prevención, sino el gasto; en otras palabras, se premia la enfermedad. Esta manera de encarar los incentivos tiene repercusiones especialmente negativas para la salud sexual y reproductiva, pues su cuidado consiste, en gran medida, en actividades de promoción y prevención (véase el punto siguiente).

En Colombia, la reforma reestructuró los mecanismos de financiamiento mediante subsidios a la demanda (Ley 100, de 1993), lo cual ha generado incentivos para promover aspectos esenciales de los programas de salud reproductiva (por ejemplo, la planificación familiar como medida

preventiva y la atención de procesos que, en la enorme mayoría de los casos, son normales, como el embarazo y el parto).

La RSS incrementa la población con capacidad de acceso; por lo tanto, promueve la competencia entre los proveedores y representa un incentivo para que éstos ofrezcan más y mejores servicios (éste ha sido el caso de Profamilia, organización establecida en Colombia que compite actualmente con otros prestadores públicos y privados).

Los subsidios a la oferta mediante la asistencia pública se tendrán que sostener en muchos países y zonas, así como para algunos grupos de población específicos, cuya capacidad de acceso es limitada, o entre quienes la búsqueda de servicios preventivos aún no es una práctica común. Para este tipo de servicios es conveniente presupuestar de manera prospectiva, con incentivos para el desempeño (por ejemplo, productividad de servicios de SSR) y con un sistema de evaluación gerencial.

Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva

Es necesario que los gestores de los programas de reforma de los sistemas de salud comprendan que el uso eficiente de los recursos se vincula estrechamente con la calidad de los servicios: sólo programas de buena calidad lograrán evitar y tratar problemas de SSR y serán, por lo tanto, eficientes.

Los programas de la RSS implican cambios importantes para los administradores, gerentes

Los subsidios a la oferta mediante la asistencia pública se tendrán que sostener en muchos países y zonas, así como para algunos grupos de población específicos, cuya capacidad de acceso es limitada, o entre quienes la búsqueda de servicios preventivos aún no es una práctica común.

El reconocimiento y respeto a los derechos de las mujeres es vital para la buena calidad. Este es uno de los puntos más débiles de la atención en los países de la región, y se ha tratado de resolver mediante la sensibilización de los proveedores.

Los programas y servicios de SSR deben responder a las características y necesidades de la comunidad a la que sirven. La reforma (especialmente la descentralización) ofrece una excelente oportunidad para ello.

y proveedores. La capacitación para el desempeño de estos nuevos papeles debe considerar temas y cursos especiales que aseguren la competencia técnica para la atención a la SSR.

Una atención de buena calidad implica disponibilidad de recursos en las unidades de atención. En países como Bolivia, el reto es poner al alcance de la población, en especial de los grupos indígenas, los recursos necesarios, particularmente cuando existen circunstancias geográficas difíciles.

El reconocimiento y respeto a los derechos de las mujeres es vital para la buena calidad. Este es uno de los puntos más débiles de la atención en los países de la región, y se ha tratado de resolver mediante la sensibilización de los proveedores. La capacitación de los proveedores, como parte de la reforma, debe incluir estos aspectos, con especial énfasis en el consentimiento informado y la confidencialidad en la prestación de servicios de SSR. Los servicios que prestan muchas ONG en países como Bolivia, Colombia y Ecuador, son de la más alta calidad técnica y ética. En los planteamientos de reforma deben considerarse a las ONG.

En el campo de la salud sexual y reproductiva, es de suma importancia responder a las necesidades percibidas por las y los usuarios de los servicios. Deben entenderse y respetarse tanto la cultura como las costumbres y tradiciones de éstos, sin afectar la calidad técnica. La descentralización ofrece una muy buena oportunidad en este sentido.

Organización de los programas de salud sexual y reproductiva

La reforma del sector salud ofrece una oportunidad para establecer nuevas formas de organización de programas y servicios. En el caso de los de SSR, las reformas permiten superar el enfoque de los programas verticales tradicionales (planificación familiar, salud materno-infantil, SIDA, por ejemplo), y ofrecen una buena oportunidad para el establecimiento de servicios integrales.

El paradigma de SR promovido a partir de la CIPD de El Cairo insiste en que la incorporación de los varones es fundamental para el éxito de los programas. La reforma ofrece una oportunidad para desarrollar estrategias que incorporen a las parejas de las mujeres que reciben los servicios.

Los programas y servicios de SSR deben responder a las características y necesidades de la comunidad a la que sirven. La reforma (especialmente la descentralización) ofrece una excelente oportunidad para ello. Una de las estrategias más importantes es promover la participación comunitaria en el diseño y el desarrollo de los programas. En Paraguay se entiende esta participación como requisito para lograr la sustentabilidad de los programas de salud en el nivel local. La comunidad puede también actuar como supervisora continua de los servicios que recibe; en Nicaragua se ha logrado esto al promover la “auditoría social” como parte de los sistemas locales integrales de salud. Son muy variados los mecanismos para fortalecer el encuentro entre los gobiernos y la sociedad civil. En Brasil se han creado para este fin las comisiones estatales y municipales.

Conciencia sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva

Para que la RSS represente una oportunidad para reforzar los programas y servicios de SSR, es esencial que quienes participan en el proceso comprendan la importancia de ésta para la población. Es necesario mostrar y demostrar, por ejemplo, que:

- La morbilidad y la mortalidad maternas tienen graves consecuencias sobre la familia y la comunidad. El hecho de que una mujer joven que cursa la etapa de su vida de mayor productividad social y laboral se encuentre hospitalizada o muera por una causa prevenible y tratable (como es el caso en más de 90% de las complicaciones obstétricas), tiene un cos-

to altísimo para la persona, la familia, la nación y la sociedad en su conjunto.

- La salud reproductiva es fundamental para el desarrollo de la comunidad y del país, y para su capital humano.
- Una buena salud reproductiva trae enormes beneficios sociales y económicos, elementos centrales de las reformas del sector.

Para que los gobiernos se convenzan de la importancia social y económica de la SSR es necesario que conozcan las experiencias de las organizaciones de la sociedad civil que han trabajado en este campo desde hace años, de manera ininterrumpida. Para ello, es esencial fomentar el vínculo entre el sector público y las ONG. Asimismo, es fundamental que aumente la participación directa de las mujeres en la toma de decisiones.

Descentralización de los servicios de salud sexual y reproductiva

La descentralización presenta desafíos potenciales y ventajas para los programas y servicios de SSR, pues la redistribución de poder, responsabilidades y presupuesto entre el nivel central y el local no es una tarea fácil.

En Brasil, la transferencia de la agenda del nivel central al nivel descentralizado fue muy compleja pues, para lograrlo, fue “necesario cambiar muchas mentalidades”. En ese país se considera que el cumplimiento de las normas en el nivel local es uno de los grandes retos por enfrentar. De hecho, existe una Ley de Planificación Familiar, pero no se cuenta todavía con normas para los 5 000 municipios.

En países como México, con una larga tradición centralizadora, es un verdadero desafío asegurar que cada unidad descentralizada cuente con capacidad instalada apropiada para las funciones que se le encomiendan.

La descentralización de los programas de salud reproductiva se dificulta por la falta de recursos humanos adecuados. En el caso mexicano, en el nivel local hay personas que operan ade-

cuadamente los programas, pero que no cuentan con la capacitación ni la experiencia apropiadas para llevar a cabo las nuevas tareas. “No se puede hacer un planificador de servicios de la noche a la mañana”.

En el nivel central muchas veces no existe una conciencia clara de las limitaciones. Quienes toman las decisiones en ese nivel tienen que estar conscientes de que los programas siempre se ajustarán a los recursos disponibles, particularmente cuando se trate de los programas de salud reproductiva.

Es imperiosa la necesidad de establecer canales o puentes de comunicación claros y eficientes entre el nivel central y el nivel local, con el fin de facilitar la definición y el cumplimiento de objetivos en los programas de salud reproductiva.

Existen experiencias que muestran el enorme valor de definir las prioridades en el nivel local y lograr que éste tenga capacidad de negociación con el nivel central. Para ambas tareas es esencial fomentar la participación comunitaria.

En el campo de la salud reproductiva se debe reconocer el papel que las ONG han desempeñado, no sólo en la prestación de servicios, sino también en el apoyo que brindan a la población con el propósito de que ésta desarrolle su capacidad para la toma de decisiones en el nivel local.

En Brasil, la descentralización ha acercado a los grupos de mujeres y los gestores locales, lo que a su vez ha permitido una mejor definición de prioridades, ha favorecido la gestión intersectorial y ha facilitado el seguimiento de los programas.

Legislación en salud sexual y reproductiva

Es necesario crear, modificar y ampliar el marco legal en el campo de la SSR, para asegurar que los cambios generados por la RSS no desvíen ni retrasen los logros alcanzados como resultado de los compromisos internacionales y la larga lucha de diferentes grupos de la sociedad.

Temas como el aborto inseguro requieren una revisión urgente de la legislación. Más allá de la sensibilidad social que existe sobre este tema,

Para que los gobiernos se convenzan de la importancia social y económica de la SSR es necesario que conozcan las experiencias de las organizaciones de la sociedad civil que han trabajado en este campo desde hace años, de manera ininterrumpida.

Existen experiencias que muestran el enorme valor de definir las prioridades en el nivel local y lograr que éste tenga capacidad de negociación con el nivel central. Para ambas tareas es esencial fomentar la participación comunitaria.

Una tarea fundamental es sensibilizar, capacitar y “supervisar” a quienes administran la justicia, pues de sus decisiones depende la suerte de las mujeres que enfrentan situaciones delicadas en el terreno de la SSR.

Estos grupos sufren discriminación y son objeto de todo tipo de abusos, al mismo tiempo que enfrentan aislamiento social por el tipo de localidades en las que suelen habitar, ubicación que dificulta su acceso a servicios sociales y de salud, educación y empleo.

la práctica ilegal del aborto produce una carga importante de enfermedad y muerte en la región, especialmente para las mujeres con menos recursos o menos información, sin acceso a una interrupción del embarazo en condiciones seguras. Aquellos con responsabilidades legislativas no pueden ignorar esa realidad.

Se deben buscar los mecanismos para que la legislación se cumpla de manera cabal. Es importante que la reforma del sector salud permita el fortalecimiento de las nuevas funciones del Estado, particularmente la relacionada con la regulación del sistema, a fin de que todos los agentes cumplan con sus tareas de manera adecuada y con reglas definidas.

Mediante reformas legislativas, es posible fortalecer y desarrollar instituciones como la Secretaría de la Mujer en República Dominicana, que promueve el desarrollo de programas dirigidos a la mujer en el campo de la salud, desde una perspectiva de género.

Es importante sensibilizar a otros actores sociales (medios de comunicación, representantes en los cuerpos legislativos y demás) sobre la necesidad de legislar en la materia, a fin de que puedan apoyar los proyectos con conocimiento de causa.

Una tarea fundamental es sensibilizar, capacitar y “supervisar” a quienes administran la justicia, pues de sus decisiones depende la suerte de las mujeres que enfrentan situaciones delicadas en el terreno de la SSR.

Es fundamental que se vigile el cumplimiento de los acuerdos internacionales de El Cairo y Beijing, y buscar que éstos repercutan en las leyes locales. En Perú, existen organizaciones que se encargan de vigilar el cumplimiento de los programas de acción que firmó su país en estos encuentros internacionales.

Es importante promover, instalar y evaluar la eficacia de nuevos mecanismos de defensa de los derechos humanos y reproductivos, como las

defensorías del pueblo, los ministerios públicos y los recursos de amparo.

Será necesario modificar las legislaciones nacionales para dar mayores oportunidades y participación en el poder a las mujeres.

Atención a la salud sexual y reproductiva de poblaciones indígenas y en pobreza extrema

Las poblaciones indígenas y/o rurales son especialmente vulnerables, con necesidades de salud y situación de derechos muy desfavorables en comparación con el promedio de la población en ALC. Estos grupos sufren discriminación y son objeto de todo tipo de abusos, al mismo tiempo que enfrentan aislamiento social por el tipo de localidades en las que suelen habitar, ubicación que dificulta su acceso a servicios sociales y de salud, educación y empleo. Este contexto determina un perfil especialmente desfavorable de SSR. Una encuesta realizada en Guatemala mostró que las mujeres indígenas tienen, como promedio, dos hijos más que las mujeres mestizas, sufren cinco muertes infantiles más por cada 1 000 nacidos vivos, y sólo 11,7% recibe atención médica profesional durante el parto, en comparación con 52% de las mujeres mestizas. En Bolivia, las mujeres pobres se casan durante la adolescencia, tienen una tasa de fecundidad muy alta hasta los 30 años de edad, y continúan teniendo hijos durante toda su vida reproductiva (Vidal-Zeballos, 1994). Estas condiciones tienen implicaciones serias para el diseño de políticas y programas.

Independientemente de la etnia, la pobreza se expresa en diferencias en la fecundidad, riesgo reproductivo y uso de servicios, lo cual afecta la distribución del capital humano. Estudios recientes indican que la distribución de este último afecta las tasas globales de crecimiento económico. Asimismo, las modalidades de distribución actuales, que son muy poco equitativas en Amé-

rica Latina y el Caribe, afectan de manera negativa y desproporcionada el ingreso de los pobres (Birdsall y Londoño, 1997).

En Bolivia, a partir de la creación del seguro de maternidad y niñez, mejoró notablemente el acceso a los servicios y la calidad con que éstos se prestan. Sin embargo, muchas comunidades, particularmente indígenas, aún no reciben servicios de salud reproductiva.

En otros países, el proceso de descentralización ha permitido la extensión de la cobertura a áreas marginadas. Sin embargo, aún es necesario evaluar hasta dónde esta extensión ha beneficiado también a las poblaciones indígenas, pues, como se comentó anteriormente, los lugares en que muchos de estos grupos habitan son de difícil acceso, y sus habitantes necesitan invertir una gran cantidad de tiempo y superar obstáculos relacionados con el transporte para poder llegar a un centro de salud.

En países como Colombia, donde una proporción importante de la población está cubierta por agencias aseguradoras, se requiere de un procedimiento de selección que permita identificar a los grupos poblacionales a los cuales se quiere llegar con los programas de salud sexual y reproductiva, es decir, a las mujeres en edad fértil, adolescentes de zonas rurales y población indígena.

En Perú, el Movimiento Manuela Ramos ensaya una estrategia original para facilitar el acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud reproductiva. Mediante el proyecto ReproSalud, que combina los esfuerzos de dos organizaciones no gubernamentales locales y de la USAID, se busca que las mujeres urbanas y rurales, en particular indígenas, aumenten su capacidad de demanda y utilización de servicios de SSR. El enfoque que ReproSalud ha impreso

se sustenta en la participación de las mujeres en proyectos comunitarios y en la defensa de sus derechos como individuos y como miembros de la sociedad. Hasta la fecha, ReproSalud ha permitido la participación de miles de mujeres que han expresado sus intereses y necesidades en el diseño de programas educativos para fomentar la utilización apropiada de los servicios (anexo 1).

Entre los rezagos más importantes de la región está la falta de personal calificado. Para superarlo, deben generarse esquemas apropiados de incentivos económicos y profesionales que garanticen al prestador de servicios condiciones de trabajo y un nivel de vida adecuados. Experiencias recientes muestran algunos problemas importantes. Por ejemplo, las residencias de médicos en una zona rural durante dos años no garantizan que el recién graduado permanezca en la región. Una buena opción sería capacitar al propio personal de la comunidad y, específicamente, reforzar sus habilidades para atender los problemas locales. Buena parte de los problemas de salud reproductiva pueden resolverse sin la presencia de un médico.

Finalmente, es importante confirmar el compromiso de los gobiernos con los grupos más vulnerables, en particular con los grupos indígenas. Estos compromisos deben cristalizarse en hechos, deben trascender la retórica y traducirse en presupuestos, en organización de servicios que se acomoden a las necesidades de estos sectores, en una comunicación que permita realmente llegar a ellos, y en una consideración cuidadosa de la cultura de estos grupos para evitar que ésta se convierta en una barrera. Asimismo, se requiere aprovechar estas condiciones para hacer llegar los mensajes y los servicios que se quieren ofrecer.

... el proceso de descentralización ha permitido la extensión de la cobertura a áreas marginadas. Sin embargo, aún es necesario evaluar hasta dónde esta extensión ha beneficiado también a las poblaciones indígenas...

Papel del BID en la promoción de la salud sexual y reproductiva

El BID ha realizado un esfuerzo importante en años recientes para movilizar no sólo recursos financieros, sino también apoyo técnico al campo de la salud reproductiva.

A pesar del presupuesto limitado con que cuenta, el BID podría apoyar con recursos no reembolsables a gobiernos y organizaciones no gubernamentales para proyectos de SSR.

En las consultas se identificaron ciertas vías que el BID podría usar para promover la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe. En general, el BID está en una posición ventajosa respecto de otros organismos financieros internacionales por su carácter regional y por su sensibilidad a las particularidades culturales y sociales de América Latina y el Caribe. Además, los gobiernos reconocen al BID como un interlocutor confiable, que no intentará imponer prioridades y valores no compartidos por los países potencialmente beneficiados. El BID ha realizado un esfuerzo importante en años recientes para movilizar no sólo recursos financieros, sino también apoyo técnico al campo de la salud reproductiva. No obstante, las expectativas que este esfuerzo genera a mediano y largo plazo deberán ser acotadas por las limitaciones derivadas de los recursos escasos, la competencia con otras áreas y por la priorización definida por los gobiernos receptores. A continuación se presentan algunas sugerencias en relación con el papel que el BID puede jugar en la región:

- **Influir sobre los gobiernos de ALC para que consideren a la salud sexual y reproductiva como un área prioritaria en sus solicitudes de préstamos.** Los consultores/expertos del BID podrían estimular a los responsables de delinear los proyectos gubernamentales (ministerios de finanzas y de salud) a que consideren a la SSR como área prioritaria, incorporen contenidos específicos de SSR, establezcan mecanismos de colaboración con las ONG, busquen un acercamiento con la

comunidad, tomen en cuenta la dimensión de género y promuevan una mayor participación de las mujeres en diferentes áreas sociales. Con esta estrategia se podrían incrementar los recursos para programas y servicios de salud sexual y reproductiva.

- **Influir sobre gobiernos y organizaciones no gubernamentales para que soliciten el apoyo del BID para proyectos de SSR.** A pesar del presupuesto limitado con que cuenta, el BID podría apoyar con recursos no reembolsables a gobiernos y organizaciones no gubernamentales para proyectos de SSR. Al tomar como modelo la experiencia de donaciones para promover el liderazgo de la mujer, se podrían identificar otras áreas de interés nacional o regional que pueden beneficiarse de este tipo de apoyo. Estas donaciones podrían darse a ONG, lo que las reforzaría enormemente en sus negociaciones con el sector público, pues se percibirían como socias legítimas en este campo.
- **Apoyar la identificación de áreas estratégicas para el avance de la SSR y otorgamiento de préstamos especiales (“pequeños”) para su desarrollo.** El BID, junto con los gobiernos, podría identificar actividades estratégicas a las cuales apoyar mediante el mecanismo de “préstamos pequeños”. Ejemplos de este tipo de actividades incluyen el desarrollo y el mantenimiento de sistemas de información, la capacitación de proveedores en aspectos específicos, el apoyo a sectores diferentes al de salud para

que desarrollen actividades dirigidas a mejorar la condición de la mujer (educación, trabajo), etcétera. Si bien este mecanismo no representa una erogación muy grande, la inversión en actividades estratégicas cruciales puede producir un profundo impacto positivo.

- **Apoyar proyectos piloto.** Con diferentes esquemas de financiamiento, el BID podría promover modelos innovadores de prestación de servicios de salud reproductiva, con el fin de verificar su efectividad y sustentabilidad en el mediano y largo plazo.
- **Respaldar la capacitación.** El BID podría generar un impacto positivo, a corto plazo, al estimular la creación de programas de entrenamiento para especialistas en la operación de programas de salud sexual y reproductiva, particularmente en áreas como la gerencial, donde existe un gran vacío.
- **Identificar a países con necesidades especiales, y apoyar la búsqueda de financiamiento del propio BID y de otros agentes financiadores.** La ayuda internacional se distribuye de modo desigual entre los países de América Latina, no siempre de acuerdo con sus necesidades. El BID podría contribuir a que se concentraran mayores esfuerzos en países con grandes necesidades y poca ayuda internacional, como Ecuador, El Salvador y Paraguay.
- **Promover mayor apoyo a la salud reproductiva ante otros bancos de desarrollo social y donantes en general.** El BID podría

adoptar un papel de liderazgo ante la comunidad financiera de ayuda internacional (especialmente el Banco Mundial, que ha sido hasta ahora líder entre los bancos de desarrollo). Debido a que forma parte de la comunidad internacional que suscribió el programa de acción de El Cairo, el BID se encuentra en una posición legítima para promover entre los socios este esfuerzo y el cumplimiento de los compromisos financieros asumidos.

- **Estimular la ayuda internacional para que se dirija a un amplio rango de problemas de salud sexual y reproductiva.** Dentro del campo de la SSR, la ayuda internacional sigue muy concentrada en la planificación familiar. El BID podría contribuir a que el apoyo se enfocara en otras áreas igualmente importantes que cuentan con menos apoyo financiero.
- **Diseñar modelos innovadores para apoyar a organizaciones no gubernamentales.** En el campo de la salud reproductiva debería existir una mayor vinculación entre gobiernos, organizaciones de mujeres, servicios de salud reproductiva y universidades. El BID podría promover estos vínculos.
- **Invertir en sectores diferentes al de la salud, con efectos directos sobre la SSR.** Con ello se impulsaría la relación intersectorial, cuyo desarrollo es estratégico, ya que las políticas educativa, de empleo o del desarrollo de microempresas han mostrado tener efectos positivos importantes en el mejoramiento de las condiciones de la SSR.

Con diferentes esquemas de financiamiento, el BID podría promover modelos innovadores de prestación de servicios de salud reproductiva, con el fin de verificar su efectividad y sustentabilidad en el mediano y largo plazo.

Debido a que forma parte de la comunidad internacional que suscribió el programa de acción de El Cairo, el BID se encuentra en una posición legítima para promover entre los socios este esfuerzo y el cumplimiento de los compromisos financieros asumidos.

Conclusiones

...¿es factible y recomendable reforzar las actividades de salud reproductiva en los programas de reforma? ¿Cuáles son las oportunidades y cuáles los retos y obstáculos?

La mayoría de los países de América Latina y el Caribe están inmersos en dos procesos simultáneos: la reforma de sus sistemas de salud y el cumplimiento de los compromisos asumidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994, ratificados en encuentros internacionales posteriores.

Por una parte, los programas de reforma se proponen alcanzar un mejor nivel de salud para la población al asegurar el uso eficiente de los recursos en programas costo-efectivos, mejorar la calidad de la atención, garantizar que los pobres y marginados reciban servicios adecuados, y evitar que la mayor parte de los recursos para la salud se inviertan en atención terciaria, en hospitales urbanos.

Por otro lado, el Programa de Acción de El Cairo exige cambios fundamentales a la atención que se ofrecía tradicionalmente: el abandono de los objetivos demográficos en los programas de planificación familiar y el énfasis, en cambio, en el cumplimiento de las expectativas reproductivas y el bienestar de las usuarias; la integración de los servicios y programas, hasta entonces verticales, ya sea en el mismo lugar o mediante sistemas de referencia eficientes; la inclusión de la sexualidad y el género como dimensiones fundamentales en todos los asuntos relativos a la salud sexual y reproductiva; la existencia de personal capacitado, infraestructura adecuada y sistemas gerenciales, administrativos y de abasto eficientes para apoyar las nuevas responsabilidades de programas y servicios, y el establecimiento de mecanismos para la colaboración intersectorial y el diálogo entre los gobiernos y la sociedad civil.

¿Es posible y deseable hacer compatibles ambas agendas? En otras palabras, ¿es factible y recomendable reforzar las actividades de salud reproductiva en los programas de reforma? ¿Cuáles son las oportunidades y cuáles los retos y obstáculos? Para responder a estas preguntas fundamentales, es necesario reflexionar sobre las razones que justificarían este esfuerzo, sobre lo que se debe integrar y cómo hacerlo.

En este libro esperamos haber aportado argumentos convincentes sobre por qué es necesario y conveniente embarcarse en esta tarea. En efecto, en la sección sobre salud reproductiva ofrecimos datos que muestran claramente el peso que los problemas asociados con ésta tienen sobre la salud pública de nuestra región. También subrayamos que están disponibles tecnologías costo-efectivas para prevenir, detectar y tratar la mayoría de los problemas de salud reproductiva, generalmente en el primer o segundo nivel de atención. Insistimos, asimismo, en la distribución desigual del peso de los problemas, sesgado hacia los grupos poblacionales con menores recursos. En otras palabras, dejamos clara la enorme influencia que tiene el estrato social y económico sobre la salud reproductiva. Finalmente, describimos la naturaleza multisectorial de las actividades que se requieren, y la necesidad de una colaboración estrecha entre la sociedad civil y los gobiernos.

En el capítulo sobre reforma, explicamos los principios fundamentales que rigen estos programas: el énfasis en problemas prioritarios y en la utilización de intervenciones costo-efectivas, la expansión de la cobertura a grupos marginados,

la colaboración entre sectores, y entre gobiernos y sociedad civil. Es evidente que existen muchos e importantes puntos de contacto entre ambos procesos.

A las preguntas de qué y cómo lograr una mayor integración entre los procesos de RSS y reforzamiento de la SSR no puede responderse con una receta única, pues sólo las soluciones planteadas en el contexto de cada país pueden ser exitosas.

Los ejercicios de consulta brindaron información relevante y permitieron conocer la opinión de personajes activos en alguno de los dos ámbitos de interés: reforma del sector y salud reproductiva. En general, estos puntos de vista tuvieron como sustento la experiencia personal de tomadores de decisiones, académicos, gerentes de ONG y observadores acuciosos.

Sin restar mérito a las interesantes aportaciones de los participantes, es importante destacar que estos ejercicios fueron sólo un primer paso en un largo camino aún por recorrer. Una limitación de este proyecto fue la falta de representatividad de los participantes, pues la mues-

tra que fue posible reunir no necesariamente reflejaba los puntos de vista y opiniones de todos los actores participantes en el desarrollo de los programas de reforma y salud sexual y reproductiva. De hecho, fue patente la ausencia de tomadores de decisiones del más alto nivel, quienes, a pesar de haber sido invitados, por diferentes razones no pudieron asistir. Queda, entonces, como tarea futura, profundizar en las consultas con los protagonistas para estar en condiciones de proponer escenarios realistas para reforzar la salud sexual y reproductiva dentro de los procesos de reforma del sector en América Latina y el Caribe. Además, será importante llevar a cabo algunos proyectos piloto que permitan, en condiciones reales, diseñar y evaluar mecanismos concretos destinados a comunicar a los actores de ambos procesos e integrar ampliamente a todos los que pueden y deben contribuir a una mejor salud y al bienestar de la población.

Referencias

Citadas en el texto

- ASHFORD, L. S. (1995). New Perspectives on Population: Lessons from Cairo. *Population Bulletin*, 50 (1).
- ASOCIACIÓN Demográfica Salvadoreña y cols. (1994). *Encuesta Nacional de Salud Familiar, El Salvador, FESAL-93*. San Salvador: ADS.
- BANCO Mundial (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- BIRDSALL, N. y Londoño, J.L. (1997). Asset Inequality Matters: An Assessment of the World Bank's Approach to Poverty Reduction. *American Economic Review* 87(2). AEA Papers and Proceedings, 32-37.
- BOBADILLA, J.L., Frenk, J., Lozano, R., Frejka, T., Stern, C. (1993). The Epidemiological Transition and Health Priorities. En Jamison, D., Mosley, H.W., Measham, A.R., Bobadilla, J.L. (Eds.), *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Nueva York: Oxford University Press for the World Bank.
- BUVINIC, M., Morrison, A. y Shifter M. (1999). La violencia en las Américas: marco de acción. En Morrison, A., Loreto Biehl, M. (Eds.). *El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas*. Cap. 1. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- CENTRO de Estudios de Población y Paternidad Responsable/Centers for Disease Control (1995). *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN-94, Ecuador*. Quito: Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable.
- CENTRO Paraguayo de Estudios de Población/Centers for Disease Control/USAgency for International Development (1997). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva, Paraguay, 1995-1996*. Asunción: CEPEP.
- CONSEJO Nacional de Población (1997). *Encuesta Nacional de Planificación Familiar 1995*. México, D.F.: Consejo Nacional de Población.
- CREESE, A. (1991). User Charges for Health Care: A Review of Recent Experience. *Health Policy and Planning*, 6, 309-319.
- CUCHI, P. (1997). Panorama mundial y regional de la epidemia del SIDA. En Rico, B., Vandale, S., Allen, B. y Liguori, A. (Eds.), *Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina* (pp. 23-27). Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- ENCUESTA Demográfica y de Salud Familiar, 1991-1992. Perú.
- ENCUESTA Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (1996). *Informe resumido*. Honduras.
- ENCUESTA sobre Salud Familiar (1993). *Nicaragua, 1992-1993*.
- FAMILY Care International and Safe Motherhood Inter-Agency Group (1998). *Safe Motherhood Fact Sheets; 11 Fact Sheets Prepared from the Safe Motherhood Technical Consultation in Sri Lanka, 18-23 October, 1997*. Nueva York: Family Care International.
- FATHALLA, M.F. (1994). Women's Health: An Overview. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 46, 105-118.
- FRENK, J., Londoño, J.L. y Lozano, R. (1999). Pluralismo estructurado: una visión para el futuro de los sistemas de salud en América

- Latina. En Bronfman, M. y Castro, R. (Coords.) *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina* (pp. 253-276). México, D.F.: Edamex/INSP.
- GARCÍA, G. y Tobar, F. (1997). *Más salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires: Ediciones ISALUD.
- GERSHBERG A. (1996). *Decentralization and Recentralization: Lessons from the Social Sectors in Mexico and Nicaragua [Final Report]*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- GREEN, A. (1992). *An Introduction to Health Planning Countries*. Reino Unido: Oxford Medical Publications.
- GREENE, M. y Biddlecom, A.E. (1997). *Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles*. (Population Council Working Paper No. 103). Policy Research Division.
- HEISE, L. (1994). Violence Against Women: A Neglected Public Health Issue in Less Developed Countries. *Social Science and Medicine*, 39, 1165-1179.
- , Pitanguy, J. y Germaine, A. (1994). *Violence Against Women: The Hidden Health Burden* (World Bank Discussion Paper No. 255). Washington, D.C.: Banco Mundial.
- IZAZOLA, J.A. y Huerdo Siquieros, J. (1998). Una visión de conjunto. En Izazola Licea, J.A., Avila Figueroa, C., Cáceres Palacios, C. y cols. *Situación epidemiológica y economía del SIDA en América Latina y el Caribe*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
- JAMISON, D.T. y cols. (Eds.) (1993). *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Nueva York: Oxford University Press for the World Bank.
- LANGER, A. y Lozano, R. (1998). Condición de la mujer y salud. En Figueroa Perea, J.G. (Ed.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México, D.F.: El Colegio de México.
- MACRO International, Inc. (1990). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1990. República Dominicana*.
- MACRO International, Inc. (1996). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1995. Colombia*.
- MACRO International, Inc. (1997). *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Brasil*.
- MACRO International, Inc. (1998). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1998. Bolivia*.
- MACRO International, Inc. (1999). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1998. Nicaragua*.
- MCPAKE, B. y Mills, A. (2000). What Can We Learn from International Comparison of Health Systems and Health System Reform? *Bulletin of the World Health Organization*; 78 (6).
- MEDICI, A. y cols. (1997). *Managed care in Latin America*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- MERRICK, T. (1999). *Delivering Reproductive Health Services in Health Reform Settings: Challenges and Opportunities*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Documento no publicado.
- MURRAY, C. y López, A. (1998). *Health Dimensions of Sex and Reproductions*. Ginebra: WHO, Harvard School of Public Health/ Banco Mundial.
- MUSGROVE, P. (1991). *Reflexiones sobre las relaciones entre la salud y el desarrollo* [mimeo]. Banco Mundial.
- NAADIIR (1999). BASE de Datos del Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Iniciativas de Reforma de Salud. Fundación Mexicana para la Salud/Instituto Nacional de Salud Pública.
- NACIONES Unidas (1995). Report of the International Conference on Population and Development: El Cairo, 5-13 septiembre 1994. Nueva York: NU.
- NATIONAL Research Council (1997). *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- OFICINA de Coordinación Técnica/Comisión Nacional de Salud (1997). *República Domini-*

- cana: canasta de servicios básicos de salud*. Santo Domingo: Oficina de Coordinación Técnica/Comisión Nacional de Salud.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud/Banco Mundial (1997). *Salud materna alrededor del mundo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (1998). *Base Line for Follow Up and Evaluation of Health Sector Reform*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OVERSEAS Development Agency (1996). *Sexual Health and Health Care: HIV, AIDS, and Sexually Transmitted Infections: Global Epidemiology, Impact and Prevention* (Health and Population Occasional Paper). Londres: International Family Health Sexual Health Consultancy.
- PADIAN, N.S., Shiboski, S.C. y Glass, S.O. (1997). Heterosexual Transmission of HIV in Northern California: Results from a Ten-Year Study. *American Journal of Epidemiology*, 146, 350-357.
- PROGRAM for Appropriate Technology (1999). *Hacia una maternidad segura: éxitos y desafíos*. Volumen 6, Número especial, febrero.
- POPULATION Reference Bureau, PRB (1996). *La juventud del mundo*. Washington, D.C.: PRB.
- (1998a). *Cuadro de la población mundial: datos y cálculos demográficos sobre los países y regiones del mundo*. Washington, D.C.: PRB.
- (1998b). *Las mujeres del mundo*. Washington, D.C.: PRB.
- RESTREPO, H.E. (1993). Epidemiología y control del cáncer de la mujer en América Latina y el Caribe. En Organización Panamericana de la Salud, *Género, mujer y salud en las Américas* (Publicación Científica No. 541, pp. 98-113). Washington, D.C.: OPS/PAHO.
- STEWART, A. (1999). Cost-Containment and Privatization: An International Analysis. En Drache, D. y Sullivan, T. (Eds.), *Health Reform. Public Success Private Failure*. Londres: Routledge.
- VAN DAM, C.J. (1995). HIV, STD and their Current Impact on Reproductive Health: The Need for Control of Sexually Transmitted Diseases. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 50 (Suppl. 2), S121-S129.
- VIDAL-Zeballos (1994). *Social Strata and its Influence on the Determinants of Reproductive Behavior in Bolivia*. Calverton, MD: Macro International Inc.
- WOMEN'S Environment and Development Organizations, WEDO (1999). *Risks, Rights and Reform*. Nueva York: WEDO.

Otra bibliografía consultada

Informes de gobiernos y de organismos internacionales

- AVANCES de Panamá en la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1999). Documento mimeografiado.
- BARRICKLOW, D. (1993). Shelter from the storm. *Journal of Family Welfare*, 39, 33-35.
- BRAZIL. *Health Sector Reform Project. Reforsus. Loan Proposal* (1996). Banco Interamericano de Desarrollo.
- CENTRO Latinoamericano de Demografía (1996). *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- CENTRO Paraguayo de Estudios de Población/Centers for Disease Control/US Agency for International Development (1997). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva, Paraguay, 1995-1996*. Asunción: CEPEP/CDC/USAID.
- COLOMBIA *Health Care Improvement Program. Loan Proposal* (1992). Banco Interamericano de Desarrollo.
- DOMINICAN Republic. *Health Sector Modernization and Restructuring. Loan Proposal* (1997). Banco Interamericano de Desarrollo.

EJECUCIÓN del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en los Países de América Latina y el Caribe: Tareas Prioritarias.

ENCUESTA Demográfica y de Salud Familiar, 1991/1992. Perú.

FORO de La Haya. *Informe de País. Seguimiento al Programa de Acción del Cairo*

MINISTERIO de Salud y Acción Social (1997). La garantía de calidad en el hospital público de autogestión. Buenos Aires. Ministerio de Salud y Acción Social

PROFAMILIA/Centers for Disease Control (1993). *Encuesta sobre Salud Familiar Nicaragua, 1992-1993.* Managua: Industrias Papeleiras Mercurio.

REPORT of the Youth Forum ICPD+5/La Haya, Holanda 6-7 febrero 1999.

THE CAIRO Consensus Women Exercising Citizenship Monitoring. The Cairo+5 Process 1998-1999 (1999). Santiago: Latin American and Caribbean Women's Health Network.

Fuentes diversas

AGARWAL, S.S., Sehgal, A., Sardana, S., Kumar, A. y Luthra, U.K. (1993). Role of Male Behavior in Cervical Carcinogenesis among Women with One Lifetime Sexual Partner. *Cancer*, 72, 1666-1669.

AINSWORTH, M., Fransen, L. y Over, M. (1998). *Confronting AIDS: Evidence from Around the World. Selected Background Papers for the World Bank Policy Research Report, Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic.* Washington, D.C.: Banco Mundial.

AITKEN, I. y Reichenbach, L. (1994). Reproductive and Sexual Health Services: Expanding Access and Enhancing Quality. En Sen G., Germain A. y Chen L. C. *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment and Rights* (pp. 177-192). Boston, Mass.: Harvard Center for Population and Development Studies.

AMARO, H. (1995). Love, Sex, and Power: Considering Women's Realities in HIV Prevention. *American Psychologist*, 50, 437-446.

CENTRO Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas/Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (1997). *Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas.* Nueva York: CLDRPP.

CONSEJO Nacional de Población (1995). *Encuesta Nacional de Planificación Familiar.* México, D.F.: CONAPO.

— (1997). *Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995.* México, D.F.: CONAPO.

DE BARBIERI, T. (1997). La situación de la mujer. *Demos*, 10, 32-33.

DE SCHRYVER, A. y Melheus, A. (1990). Epidemiology of Sexually Transmitted Diseases: The Global Picture. *Bulletin of the World Health Organization*, 68, 639-654.

DEMOGRAPHIC & Health Survey (1989). *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, México, 1987.*

FATHALLA, M.F. (1992). Reproductive Health in the World: Two Decades of Progress and the Challenge Ahead. En Organización Mundial de la Salud/HRP, *Reproductive Health: A Key to a Brighter Future* (Informe Bienal 1990-1991). Ginebra.

FAÚNDES, A. (1994). Reproductive Tract Infections. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 46, 181-187.

FOLCH Lyon, E., De la Macorra, L. y Schearer, B.S. (1981). Focus Group and Survey Research on Family Planning in México. *Studies in Family Planning*, 12, 409-432.

FUNDACIÓN Mexicana para la Salud (1994). *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México.* México, D.F.: FUNSALUD.

GARCÍA, S.G., Snow, R. C. y Aitken, I. (1997). Preferences for Contraceptive Attributes: Voices of Women in Ciudad Juárez, Mexico. *International Family Planning Perspectives*, 23 (2), 52-58.

GERMAIN, A. y Ordway, J. (1989). *Population Control and Women's Health: Balancing the*

- Scales. Nueva York: International Women's Health Coalition.
- GERMAINE, A., Holmes, K.K., Piot, P. y Wasserheit, J. (Eds.) (1992). *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*. Nueva York: Plenum Press.
- HERNÁNDEZ, B. y Langer, A. (1993). *Estudio de la mortalidad materna en áreas rurales de México*. Informe final no publicado.
- INSTITUTO Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1992). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)*, México.
- IZAZOLA, J.A., Ávila Figueroa, C., Cáceres Palacios, C. y cols. (Eds.) (1998). *Situación epidemiológica y económica del SIDA en América Latina y el Caribe*. Mexico, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.
- JAIN, A. y Bruce, J. (1994). A Reproductive Health Approach to the Objectives and Assessment of Family Planning Programs. En Sen, G., Germain, A. y Chen, L.C. (Eds.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights* (pp. 193-209). Cambridge: Harvard University Press.
- (1995). Implementing the ICPD's Message. *Studies in Family Planning*, 26, 296-298.
- KOSS, M.P., Heise, L. y Russo, N.F. (1994). The Global Health Burden of Rape. *Psychology of Women Quarterly*, 18, 499-527.
- KJAER, S.K., Vandenbrule, A.J.C. y cols. (1996). Human Papilloma Virus. The Most Significant Risk Determinant of Cervical Intraepithelial Neoplasia. *International Journal of Cancer*, 65, 601-606.
- LANGER, A. (1999). Planificación familiar y salud reproductiva, o planificación familiar vs. salud reproductiva. Desafíos para llevar el paradigma de la salud reproductiva de la retórica a la práctica. En Bronfman, M. y Castro, R. (Coords). *Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina* (pp. 135-150). México, D.F.: Edamex/INSP.
- LAZCANO Ponce, E.C., Rojas Martínez, R., López Acuña, M.P., López Carrillo, L. y Hernández Avila, M. (1993). Factores de riesgo reproductivo y cáncer cérvico-uterino en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 35, 65-73.
- LOZANO, R., Hernández, B. y Langer, A. (1996). Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México. En Elu, M.C. y Langer, A. (Eds.), *Maternidad sin riesgos en México* (p. 43). México, D.F.: Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgos.
- MARTIN, S.L., Tsui, A.O., Maitra, K. y Marins-haw, R. (1997). *Wife Abuse in Northern India*. Documento no publicado.
- MEHEUS, A. (1992). Women's Health: Importance of Reproductive Tract Infections, Pelvic Inflammatory Disease and Cervical Cancer. En Germaine, A., Holmes, K.K., Piot, P. y Wasserheit, J.N. (Eds.), *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*. Nueva York: Plenum Press.
- MINISTERIO de Desarrollo Humano (1995). *Cost-effectiveness Analysis for Several Health Interventions, Bolivia: First phase*. La Paz: Ministerio de Desarrollo Humano, Unidad de Análisis de Políticas Sociales.
- MINISTERIO de Salud de Nicaragua (1995). *Atención integral a la mujer y la niñez. Manual operativo*. Managua. Ministerio de Salud de Nicaragua2
- MORA G. y Yunes, J. (1993). Mortalidad materna: una tragedia ignorada. En Organización Panamericana de la Salud, *Género, mujer y salud en las Américas* (Publicación Científica No. 541, pp. 68-86). Washington, D.C.: OPS-PAHO.
- MUHURI, P.K., Blanc, A.K. y Rutstein, S.O. (1994). *Socioeconomic Differentials in Fertility*. Calverton, MD: Macro International Inc.
- NACIONES Unidas (Ed.) (1988). *Informe de la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz*. Nueva York: NU.

- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (1993). *Género, mujer y salud en las Américas* (Publicación Científica No. 541). Washington, D.C.: OPS/PAHO.
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1994). *Las condiciones de salud en las Américas* (Publicación Científica No. 549, Vol. I). Washington, D.C.: OPS/OMS.
- RAJS, D. (1996). Maternal Mortality. En Timaeus, I., Chackiel, J. y Ruzicka, L. (Eds.), *Adult Mortality in Latin America* (pp. 276-294). Oxford: Clarendon Press.
- RAMOS, S. y Gogna, M. (1977). Training in Reproductive Health and Sexuality: The Case of a Regional Program in Latin America. *Women's Health Issues*, 7(2).
- REESTRUCTURACIÓN del Programa Salud Reproductiva y Sociedad. *Salud reproductiva y sociedad* (Órgano Informativo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México), II (5), 25-29.
- REYES Fraustro, S. (1994). *Mortalidad materna en México*. México, D.F.: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- RICO, B., Vandale, S., Allen, B. y Liguori, A. (Eds.). *Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- SAI, F. T. y Nassim, J. (1989). The Need for a Reproductive Health Approach. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Suppl. 3, 103-113.
- SCHIFFMAN, M.H., Bauer, H.M., Hoover, R.N., Glass, A.G., Cadell, D.M., Rush, B.B. y cols. (1993). Epidemiologic Evidence Showing that Human Papilloma Virus Infection Causes Most Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 958-964.
- SINGH, S. y Sedgh, G. (1997). The Relationship of Abortion Trends to Trends in Contraception and Fertility in Brazil, Colombia, and Mexico. *International Family Planning Perspectives*, 23, 4-14.
- y Wulf, D. (1994). Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries. *International Family Planning Perspectives*, 20, 4-13.
- STARRS, A. (1987). *Preventing the Tragedy of Maternal Deaths: A Report on the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, February 1987*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- THE ALAN Guttmacher Institute, AGI (1998). *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute.
- TUIRÁN, R. *Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* (mimeo). Consejo Nacional de Población.
- VENGUER, T., Fawcett, G., Vernon, R. y Pick, S. (1998). *Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación de personal de salud* (Population Council, INOPAL III, Documentos de Trabajo Núm. 24). Nueva York: Population Council.

Anexos

ANEXO 1

Programas especiales de salud sexual y reproductiva en el contexto de la reforma del sector salud

Muchos países en América Latina y el Caribe han definido como prioritaria la atención a la salud de la mujer, particularmente la salud reproductiva. La mayor parte de estas iniciativas se derivaron de los acuerdos alcanzados en las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing. No obstante, son pocos los países de la región que han incorporado explícitamente al proceso de reforma de los sistemas de salud los programas dirigidos a atender las necesidades reproductivas de las mujeres. A continuación se describen brevemente algunos ejemplos relevantes.

Bolivia: Seguro Nacional de Maternidad y Niñez y Seguro Básico de Salud

El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, que se estableció mediante el Decreto Supremo No. 24303 del 24 de mayo de 1996, otorga el derecho de todas las mujeres a recibir atención prenatal, del parto y sus potenciales complicaciones, así como consulta durante el puerperio y atención a hijos pequeños, en cualquiera de los establecimientos que pertenecen a las instituciones de salud pública y seguros de salud. De hecho, este programa representa un subsidio a la oferta de servicios, con incentivos a los proveedores para la atención obstétrica.

Para su financiamiento este programa recibe un porcentaje del presupuesto de los municipios. Con estos recursos se paga el seguro que financia las prestaciones referidas a costos recurrentes relativos a las atenciones de maternidad y patologías que corresponden a las principales causas de mortalidad infantil en el país.

El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez está reemplazándose ahora por el Seguro Básico de Salud, que es un paquete ya no sólo para madres y niños, sino general, para grupos en pobreza extrema, que se estima corresponden a 11% de la población boliviana. No está claro todavía qué filtros se van a usar para decidir quiénes tienen derecho a estos servicios. Los grupos de activistas están luchando para que este seguro sea accesible para un sector mucho más amplio de la población. El nuevo paquete incluye diversas actividades para la salud materna y reproductiva, como la atención prenatal, del parto y de complicaciones y emergencias obstétricas. Aparentemente, no va a incluir la provisión de anticonceptivos debido a la escasez de insumos en el país.

Es importante comentar que en Bolivia se acaba de legalizar la anticoncepción quirúrgica (ligadura tubaria) y los anticonceptivos inyectables. Hay mucha preocupación sobre la calidad de estos servicios, pues los proveedores no han sido adecuadamente entrenados en los aspectos técnicos y éticos pertinentes. La incorporación de las esterilizaciones en el programa de PF abre la puerta para las violaciones a los derechos reproductivos. Esto es grave en cualquier país, pero sobre todo en Bolivia, donde hace 30 años se denunciaron reiteradamente casos de esterilizaciones realizadas sin el consentimiento (y muchas veces sin el conocimiento) de las mujeres, lo que provocó una desconfianza generalizada hacia todos los programas de planificación familiar y salud reproductiva, que todavía no se supera.

Vale la pena destacar también que, en cumplimiento de los compromisos de El Cairo, el gobierno boliviano estableció recientemente el llamado Foro Nacional de Salud Sexual y Repro-

ductiva, formado por un conjunto de organizaciones gubernamentales y civiles, donantes y otros participantes. El Foro se reúne periódicamente en asamblea para analizar aspectos relacionados con la política nacional en materia de salud reproductiva. Los líderes de este esfuerzo son el Ministerio de Salud y el Programa de Coordinación en Salud Integral (Procosi) filial de IPPF, agrupación que reúne a todas las organizaciones no gubernamentales financiadas por la Agencia Internacional para el Desarrollo del gobierno de Estados Unidos.

Brasil: los programas de reforma y la agenda de salud sexual y reproductiva promovida por los grupos activistas de la sociedad civil¹

La oposición de la Iglesia católica y de los mandos militares impidieron que la política de población, vigente a partir de 1970, incluyera programas de anticoncepción en el sector público. Esta política, sin embargo, no impidió la labor de grupos no gubernamentales en el terreno de la planificación familiar, mismos que operaban desde 1960.

Al finalizar los años setenta comenzó un complicado proceso de democratización que se vio acompañado por una crisis económica y una inflación rampante; en ese lapso, la responsabilidad por los servicios de salud públicos se fragmentó en un modelo que enfatizaba la atención hospitalaria, se enfocaba más hacia la cura que a la prevención y dependía de la contratación de proveedores privados de servicios.

Entre 1970 y 1980, el régimen militar implantó ciertas políticas que parecen haber contribuido a reducir 25% la tasa de fecundidad: se expandieron la red de servicios y el crédito a los consumidores, se difundieron mensajes relativos a los

beneficios de la familia pequeña y la anticoncepción a través de los medios masivos (especialmente la televisión), y se amplió la cobertura del Sistema Nacional de Salud y de la seguridad social. Estas políticas y la rápida urbanización dieron por resultado una creciente aceptación de la población hacia las prácticas anticonceptivas modernas.

La democratización y la participación de la población aumentaron en los años ochenta, con un efecto importante sobre las políticas de salud y las iniciativas nacionales sobre salud reproductiva. La necesidad de reformar el sistema de salud condujo a la aprobación de las disposiciones constitucionales que establecían el Sistema Universal de Salud (SUS), de cobertura total, integrado y descentralizado. Este sistema incluye mecanismos de control social en la forma de consejos en los niveles nacional, estatal y local. Los grupos que abogan por los derechos de las mujeres demandaron entonces del gobierno la distribución de anticonceptivos y la legalización del aborto. Este discurso contribuyó al reconocimiento de la libertad de elección reproductiva como un derecho fundamental.

En 1984, el Ministerio de Salud estableció el Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), que incluyó la atención obstétrica, la prevención del cáncer, la atención a las enfermedades de transmisión sexual, a los adolescentes y a la menopausia, así como la anticoncepción. Por ese entonces se crearon también el Consejo Nacional de Derechos de las Mujeres (CNDM) y sus oficinas estatales, y el Comité de Derechos Reproductivos. Todas estas instancias apoyaron al PAISM y desempeñaron un papel importante durante la elaboración de la nueva Constitución, que garantizó el derecho a la libertad de elección y el acceso a la planificación familiar.

Entre 1984 y 1988, el PAISM introdujo estándares para los programas y servicios, distribuyó materiales, brindó capacitación y mejoró la toma de conciencia de los profesionales de los servicios. Pero los desórdenes económicos y políti-

¹ La presente sección se basa en: Correa, S., Piola, S. y Arilha, M. (1996). *Reproductive health in policy and practice*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

cos retrasaron la aprobación de la legislación correspondiente a los cambios constitucionales, y el PAISM languideció. En 1993, mientras se integraban las delegaciones de Brasil para la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, se revivieron los principios del PAISM en debates y seminarios que involucraban a organizaciones del gobierno, académicas y de la sociedad civil.

Si bien en los diez primeros años de existencia del PAISM se dieron esfuerzos importantes en algunos estados del país, éstos fueron insuficientes, pues no se establecieron los servicios integrales señalados en el Programa de Acción de El Cairo, ni se coordinaron esfuerzos con el programa de VIH/SIDA (PNAIDS); persistieron la fragmentación y superposición de tareas entre los niveles estatal y municipal.

Después de la Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing, 1995), la agenda de salud y derechos reproductivos recuperó visibilidad. Fue a partir de 1996 cuando la reforma del sector salud se retomó con gran fuerza y se concretó en importantes cambios en el SUS. Así, se estableció una amplia red de servicios públicos y privados, se adoptó la atención primaria como eje para los servicios y, muy importante, se dio a los funcionarios del nivel local la autonomía para definir prioridades y distribuir recursos. Esto último constituye un elemento crucial para asegurar el acceso a los servicios de salud reproductiva y para garantizar su calidad. Al mismo tiempo, se establecieron fuentes de ingresos para el SUS que aseguraron su sustentabilidad económica.

La estructura actual del SUS es el resultado de varios ensayos, entre los cuales el PAISM fue un antecedente muy importante. Sin embargo, este programa organizaba sus actividades de modo vertical, al igual que otras iniciativas, como el programa especial para adolescentes, el de lucha contra el VIH/SIDA y el de la atención a los cánceres ginecológicos. Esta fragmentación es opuesta a la integración de los servicios, punto esencial en la agenda de El Cairo; asimismo, se contradice con la política de descentrali-

zación y definición de prioridades locales que promueve el SUS, misma que requiere que los directivos locales estén convencidos de la relevancia de la salud reproductiva.

En 1995, el gobierno creó la Comisión Nacional de Población y Desarrollo, cuya misión es dar seguimiento al cumplimiento de los compromisos de El Cairo. Esta Comisión tiene como uno de los puntos cruciales de su agenda la salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, se incluyó un puesto para una defensora de los derechos de la mujer en el Consejo Nacional de Salud, y se crearon diversos cuerpos consultivos para impulsar la postura de El Cairo. Más aún, en 1997 se nombró a un nuevo coordinador del PAISM familiarizado con esta perspectiva. Como consecuencia de estas acciones, en 1998 el Ministerio de Salud reconoció la atención a la salud reproductiva como una prioridad nacional.

El movimiento de mujeres tuvo un papel fundamental en este reconocimiento en el nivel federal, así como en los niveles descentralizados. En efecto, entre 1995 y 1998 se incrementaron las interacciones del gobierno y la sociedad civil, y los temas de salud reproductiva cobraron más visibilidad, lo que resultó en la formación de los ya mencionados Consejos y el establecimiento de mecanismos de seguimiento (*accountability*) para los compromisos del SUS. Las organizaciones de *advocacy* influyeron de modo esencial en el debate público sobre estos asuntos.

Durante ese periodo se realizaron numerosas reuniones entre directivos, médicos y grupos de mujeres. En varios estados y municipios se reactivaron programas diseñados para involucrar de modo más significativo a profesionales. En Brasil, al igual que en otros países, los antecedentes, la actitud y la ideología de los profesionales de la salud suelen constituir un obstáculo importante para los programas de salud reproductiva.

La experiencia brasileña constituye un ejemplo de los retos y dilemas inherentes a la búsqueda de una convergencia entre la agenda de El Cairo y la reforma del sector salud. La demora en la implantación del PAISM, que se suspendió du-

rante cinco años como consecuencia de las dificultades para consolidar el SUS, así como los importantes problemas de financiamiento de éste último, constituyeron algunas de las principales dificultades. Afortunadamente, las reformas propiciaron iniciativas locales que daban prioridad a las acciones de salud reproductiva.

Otro reto importante fue superar el enfoque vertical de los programas mencionados en el párrafo 7,3 del Programa Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, para establecer servicios integrados. Esta integración debe acompañarse del reconocimiento de la salud reproductiva como una “prioridad del sistema” que, al mismo tiempo que asegure la buena atención del usuario individual, garantice la calidad de las intervenciones en salud pública.

Finalmente, un desafío más es la provisión de suministros y de servicios, que no puede garantizarse únicamente por el sistema público de salud. En efecto, si bien el SUS es universal, muchas personas acuden al sector privado en busca de servicios y métodos de anticoncepción. De aquí que el sistema tenga que tomar en cuenta el abastecimiento y la demanda del sector privado.

Las organizaciones de mujeres fueron y son protagonistas esenciales en este largo y complejo proceso al ejercer presión sobre el sistema de salud (convenciendo a quienes toman decisiones, al igual que sensibilizando y capacitando a proveedores de servicios), y al dar voz a la sociedad civil –con la creación de coaliciones y alianzas, al estimular el debate público y dar seguimiento sistemático a las nuevas políticas.

El gobierno de Brasil dio espacio para la participación de la sociedad civil, en particular de los grupos de mujeres. En esa medida, la experiencia de Brasil ha permitido, mucho más que en otros países, la participación de las y los activistas en los programas de reforma del sector salud. Será importante asegurar que este nivel de participación se mantenga o, incluso, se incremente en proyectos futuros con gobiernos federales menos comprometidos, o con autoridades estatales y mu-

nicipales menos abiertos al diálogo y a la colaboración. El Banco Interamericano de Desarrollo puede promover la continuidad de este proceso, al mostrar a los gobiernos con quienes mantenga relaciones que la participación de la sociedad civil organizada es un ingrediente esencial que incrementa el atractivo de los proyectos para los que se busca financiamiento.

Colombia: reforma del sector salud y desarrollo de programas de salud reproductiva a cargo de ONG²

Las RSS inciden de manera directa y significativa en el desarrollo de los programas de salud reproductiva (PSR). Así, las reformas sectoriales abren oportunidades al generar mecanismos de financiamiento e incentivos que impulsan una mayor cobertura y desarrollo de los PSR. Sin embargo, la RSS también puede tener un efecto negativo y entorpecer la respuesta del sector a las necesidades de salud reproductiva.

El proceso colombiano, de reciente inicio y aún en marcha, ofrece elementos para la reflexión sobre este tema. A continuación se ofrece un breve análisis de las características y principales efectos de la interacción de la reforma del sistema de salud y los PSR en ese país.

Colombia es un país que ha experimentado importantes logros en materia de salud reproductiva en las últimas cuatro décadas, los cuales se han reconocido en el plano internacional. En gran medida, este progreso obedece al esfuerzo decidido y continuo de una organización privada sin fines de lucro, Profamilia, pionera en la gestión de dichos programas en el país. Esta entidad respondió por mucho tiempo a los vacíos que en este campo dejaban la poca intervención del Estado y

² Sección escrita por Juan Pablo Uribe, coordinador técnico de la Fundación Corona, profesor de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana y ex viceministro de Salud de Colombia.

el escaso interés de otros prestadores de servicios particulares.

Por otra parte, en diciembre de 1993, Colombia inicia una profunda transformación de su sistema de salud mediante la Ley 100. Esta transformación busca establecer un modelo de competencia regulada que logre, de manera progresiva, el aseguramiento universal y obligatorio de todos los habitantes a un paquete básico de beneficios. Las características fundamentales de este nuevo sistema incluyen universalidad, obligatoriedad e integralidad en el aseguramiento; competencia (regulada por el Estado) entre aseguradores y entre prestadores públicos y privados; garantía de libre elección para los usuarios; incremento de los espacios de participación comunitaria, y solidaridad obligatoria de los ricos y sanos hacia los sectores más pobres y vulnerables de la población.

Así, el nuevo modelo de salud en Colombia modifica sustancialmente variables críticas del sector al asegurar una mayor disponibilidad de recursos financieros, al cambiar el mecanismo global de pago (de un subsidio a la oferta se pasa a subsidios a la demanda), al favorecer actividades de promoción de la salud y prevención, y al generar interés por la eficiencia en la utilización de los recursos. Con estos cambios se busca aumentar progresivamente la proporción de la población con capacidad de demandar servicios y transformar drásticamente el comportamiento de las instituciones prestadoras de servicios.

De particular relevancia para la salud reproductiva son dos planes de beneficios que se crearon como parte del nuevo sistema:

1. El *Plan Obligatorio de Salud* (plan básico de beneficios que cubre el aseguramiento individual), que considera intervenciones específicas de salud sexual y reproductiva para todos sus afiliados, tales como información, consejería y educación sobre salud sexual y reproductiva; promoción y fomento de la autoestima y el autocuidado; provisión de métodos anticonceptivos, y atención obstétrica integral.
2. El *Plan de Atención Básica*, de responsabilidad estatal, que incluye actividades de interés colectivo o de salud pública, entre las cuales pueden mencionarse programas de educación general sobre temas relevantes para la salud sexual y reproductiva en el país.

El nuevo modelo de aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios de salud en Colombia ofrece interesantes oportunidades para el desarrollo de los programas de salud reproductiva. Entre ellas se destacan:

- Ampliación sustancial de la población con capacidad efectiva de demandar servicios de salud sexual y reproductiva, en especial los grupos más pobres y vulnerables de la población que cuentan hoy con un seguro individual subsidiado; este último contribuye a que se supere la primera y principal barrera de acceso a los servicios asistenciales: la incapacidad de pago.
- Más fuentes estables de financiamiento para los servicios de salud reproductiva, que reducen la dependencia histórica de estos programas de donantes internacionales. Ahora, organizaciones como Profamilia cuentan con más entidades compradoras de sus servicios, lo que les permite abarcar a grupos más amplios de la población colombiana.
- Posibilidad de subsidios cruzados entre servicios. Los cambios en materia de financiamiento deben permitir ofrecer subsidios para beneficio de los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad, tanto en el sistema en su conjunto como al interior de las ONG prestadoras de servicios de salud reproductiva.
- El incremento de los recursos financieros disponibles y de la demanda de grupos de la población con capacidad de pago genera una mayor oferta de servicios. Hoy en día, son más las instituciones públicas y privadas en Colombia que prestan servicios asistenciales relacionados con la salud reproductiva a usuarios con libertad de elección. En consecuencia, estas organizaciones compiten con

Profamilia y con otros prestadores. Dicha dinámica trae consigo una presión positiva sobre todas las instituciones prestadoras para que mejoren su capacidad de gestión interna, su eficiencia institucional y la calidad e innovación en los servicios prestados.

- Al existir un subsidio a la demanda en forma de pagos por capitación, se incentivan las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad –fundamentales ambas para los programas de salud sexual y reproductiva.

En Colombia, al mismo tiempo que la RSS abre las oportunidades descritas anteriormente, los nuevos mecanismos de aseguramiento, financiamiento y prestación de servicios tienen el potencial de conducir a resultados inconvenientes e inesperados, que amenacen los logros ya alcanzados en materia de salud sexual y reproductiva y/o dificulten la adecuada respuesta a las necesidades de la población. Entre estos riesgos se encuentran los siguientes:

- La fragmentación de los programas de salud reproductiva en actividades puntuales aisladas, insertas en los planes de beneficios que ofrecen múltiples aseguradores y numerosos prestadores. Esta situación es contraria a la recomendación emanada del Programa de Acción de El Cairo, que destaca como un elemento esencial del nuevo paradigma la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva. Asimismo, esta fragmentación contribuye a una menor calidad de los servicios y a la pérdida de oportunidades para la atención, al mismo tiempo que reduce la efectividad y la eficiencia de las intervenciones. Esta situación obliga a pensar en innovadores arreglos institucionales, tanto para el aseguramiento como para la prestación de servicios, que logren la deseada integración. También será necesario contar con una acertada regulación del sistema para contrarrestar este riesgo.
- Con el nuevo esquema de financiamiento del aseguramiento individual (vía subsidios a la

demanda), puede ocurrir que el asegurador aplique una preferencia hacia poblaciones más sanas, marginando a aquellas con mayor riesgo de enfermedad (selección de riesgo). Este fenómeno en el aseguramiento tiene implicaciones particularmente importantes en el caso de la salud reproductiva, dada la coincidencia entre los grupos de alta vulnerabilidad y los que, de hecho, padecen las complicaciones. Por ello se requiere, por una parte, un suficiente ajuste de riesgo en el pago por capitación (que incluya variables, por ejemplo, de género, edad y zona geográfica) y, por otra, un cercano seguimiento al desempeño de las aseguradoras por parte de los entes reguladores.

- La imposición de tarifas inadecuadas para determinados servicios puede tener efectos negativos. Un precio excesivo puede incentivar el riesgo moral en la oferta (por ejemplo, puede constituir un incentivo inconveniente para producir más de ciertos servicios, entre ellos la provisión de algunos métodos anticonceptivos); su defecto puede llevar a la aparición de barreras en la oferta de servicios, al desviarse ésta de las intervenciones “mal pagadas” hacia procedimientos mejor remunerados. Es importante destacar, sin embargo, que los incentivos tarifarios pueden también contribuir a superar inequidades previamente identificadas entre grupos poblacionales.
- Una alta rotación de los afiliados entre instituciones aseguradoras (y, aún más grave, su entrada y salida “libre” del sistema de aseguramiento) anula el incentivo original en los aseguradores hacia mayor promoción y prevención. Esto obliga a reconsiderar el alcance práctico del concepto de libertad de elección y la responsabilidad del Estado frente a intervenciones de interés público.
- La existencia de sectores marginados, que no cuentan con un aseguramiento individual bajo el modelo de competencia regulada, exige que el Estado también ofrezca cobertura mediante subsidios a la oferta de servicios, con presupuestos prospectivos vinculados a planes ge-

renciales de desempeño, para regiones y poblaciones determinadas. De este modo, el Estado preservaría su función reguladora y su capacidad de intervenir oportunamente para corregir inequidades.

En conclusión, la experiencia colombiana, aunque apenas incipiente, es una fuente de aprendizaje para los interesados en vincular los programas de salud reproductiva con las reformas sectoriales. Estas últimas constituyen una de las mejores opciones para ampliar la cobertura de estos programas, al incrementar la demanda de servicios financiados con subsidios debidamente focalizados. Igualmente, los nuevos incentivos permitirían fortalecer la gestión de las instituciones que ofrecen servicios, al mejorar su eficiencia y fomentar una mayor calidad e innovación en los programas.

En este contexto, es importante destacar el papel fundamental que desempeña el Estado como regulador de estos incentivos, al corregir con oportunidad posibles inequidades que afecten a grupos vulnerables y preservar así la función social de los servicios de salud reproductiva. Colombia ofrece lecciones que podrían aplicar países con características semejantes en cuanto a servicios y programas de salud reproductiva. El BID puede representar un papel fundamental al apoyar la comunicación, el aprendizaje y la colaboración entre países de América Latina y el Caribe, de modo que los que hayan avanzado más apoyen a los más rezagados.

Nicaragua: Programa de Atención Integral a la Mujer y la Niñez

En 1995, el Ministerio de Salud de Nicaragua creó la Dirección General de Atención Integral a la Mujer y la Niñez, cuyo objetivo es garantizar la implantación del programa del mismo nombre en todas las unidades de salud del primer nivel de atención mediante la capacitación del personal de salud.

Resaltan dos propuestas novedosas de esta iniciativa: a) transformar la visión tradicional materno-infantil en una de atención a la mujer, a los niños y a los adolescentes, con un enfoque de género que incluya la promoción de la autoestima y el autocuidado, y la educación sexual, y b) incorporar el tema de la violencia intrafamiliar como problema de salud pública.

Un eje sustantivo de la propuesta es la atención integral, que contemple todos los factores que inciden en la salud, defina a los susceptibles de intervención directa, y determine los sectores sociales y estatales a los que compete su abordaje, promoviendo una efectiva coordinación interprogramática e intersectorial (Ministerio de Salud de Nicaragua, 1995).

Perú: Proyecto 2000

En un contexto dominado por una compleja problemática social, a principios de los años noventa el Estado peruano inició un proceso de reforma de los servicios de salud con el fin de lograr una cobertura universal, solidaria y equitativa. Este proceso incluye un componente importante de salud reproductiva, cuya finalidad es ampliar el acceso y la cobertura a la salud reproductiva, con especial énfasis en la planificación familiar y la atención obstétrica.

Así, se creó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, (Proyecto 2000). Aún sería prematuro evaluar los logros del programa, cuyos ambiciosos objetivos se esperan alcanzar mediante una estrategia participativa y plural.

Perú: Proyecto ReproSalud³

Este proyecto permite ilustrar el desafío que implica ofrecer una respuesta efectiva a las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población urbana marginada y rural/indígena en

³ Sección escrita por Ella Carrasco, representante de ReproSalud y del Movimiento Manuela Ramos.

nuestros países, y lograr que las mujeres de estos grupos se conviertan en protagonistas en el cuidado de su propia salud. Este debe ser un trabajo cuidadoso, lento y responsable, que tome en cuenta la idiosincrasia cultural y religiosa, y busque formas innovadoras para superar las barreras geográficas, de lenguaje y culturales, así como la desconfianza resultante de años de abuso hacia estos sectores de la población. Este caso subraya la importancia de incorporar a las ONG en los proyectos de RSS que busquen alcanzar a este tipo de comunidades.

El proyecto ReproSalud es un convenio de cooperación entre el Movimiento Manuela Ramos,⁴ Alternativa y AID, que se inició en octubre de 1995. El Movimiento Manuela Ramos es responsable de su ejecución y conducción. El propósito de ReproSalud es mejorar la salud reproductiva de las mujeres de zonas periurbanas y rurales, y el objetivo es que las mujeres incrementen la demanda y la utilización de los servicios, al mismo tiempo que desarrollan sus capacidades para realizar intervenciones en salud reproductiva.

El proyecto se sustenta en los siguientes principios:

- *Enfoque de género*, que dé poder a las mujeres para que aumenten la confianza en sí mismas y ejerzan su capacidad de tomar decisiones.
- *Participación de la comunidad*, para que las mujeres desarrollen habilidades individuales y organizativas, al afirmar su capacidad para plantear sus necesidades y negociar con instituciones y autoridades.
- *Apoyo a las iniciativas de las organizaciones comunitarias de base*, que muestren potencialidad para mejorar la salud reproductiva de la mujer y superar su situación mediante actividades generadoras de ingreso.

- *Fortalecimiento de las capacidades de las mujeres* para defender sus derechos sexuales y reproductivos en los niveles local, regional y nacional.
- *Sustentabilidad*, para que las intervenciones de las organizaciones de mujeres sean perdurables, partan de ellas mismas y se sustenten en el desarrollo de sus potencialidades internas.
- *Flexibilidad*, para irse adecuando a las necesidades y avances particulares de las propias mujeres y de las regiones.

La estrategia del proyecto consiste en reconocer la capacidad de las mujeres para identificar sus problemas y conducir pequeños proyectos para superarlos.

Con esta perspectiva se convocó a las organizaciones comunitarias de base (OCB) para que concursen y se conviertan en contrapartes de ReproSalud. Hasta la fecha, el proyecto ha seleccionado a 175 OCB de mujeres como contrapartes, que se ubican en los departamentos de Ancash, Ayacucho, Huancavelica, La Libertad, Lima, Puno, San Martín y Ucayali.

Con las OCB ganadoras de los concursos se desarrollan *autodiagnósticos en salud reproductiva*. Hasta la fecha se han realizado 158 de estos estudios con la participación de 3 596 mujeres. Su proceso de reflexión permite que expresen sus conocimientos y sus voces en cuanto a los problemas que perciben como más frecuentes y graves.

Los problemas a los que ellas dieron prioridad en estos ejercicios incluyeron: “sufrimiento en el parto”, “muchos hijos” y “regla blanca”, mismos que, en alguna medida, coinciden con la información de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES). En efecto, en los lugares donde la mortalidad materna es más alta, las mujeres seleccionaron como cuestiones más graves los problemas asociados con el embarazo y el parto. Otro ejemplo en este sentido es el embarazo adolescente, para el cual también hubo coincidencia con la información de la ENDES. Como ya se dijo, un problema señalado por mu-

⁴ ONG feminista que en mayo de 1999 cumplió 21 años de actividad.

jeros de todas las regiones es el de la denominada “regla blanca” (flujo vaginal como resultado de infecciones del tracto reproductivo), problema que compromete la sexualidad femenina y que, además, suscita mucho temor por asociarse con el cáncer cervicouterino (CaCu). La multiparidad es otro problema identificado en todas las regiones. Con frecuencia menor, otras organizaciones de mujeres han señalado el aborto en malas condiciones, el prolapso, los “malestares de la edad crítica” y el CaCu, entre otros. La violencia doméstica (y no doméstica) se señala como problema que cruza a todos los demás, en algunos casos generándolos y en otros agravándolos.

En la última sesión del autodiagnóstico, las mujeres identifican los recursos con que cuentan para superar los problemas que se reconocen como prioritarios y, a partir de allí, diseñan un proyecto. La mayoría de los proyectos son educativos y consisten en la formación de promotoras y promotores de la comunidad para que se hagan cargo de replicar las actividades informativas con las mujeres y los varones de la OCB. Hasta la fecha están en ejecución 156 proyectos, conducidos por 122 organizaciones comunitarias de base, las que a su vez trabajan de manera conjunta con 731 organizaciones de mujeres en calidad de asociadas.

Esta modalidad de trabajo, que ha permitido llegar a 28 286 mujeres, 7 221 varones y 4 980

adolescentes, tiene una dimensión que trasciende los objetivos de salud y permite que las mujeres desarrollen y fortalezcan sus habilidades para tomar decisiones, ejerzan sus derechos y se constituyan en interlocutoras frente a las instituciones públicas y privadas, dando a conocer sus preocupaciones y demandas, y estableciendo lazos de solidaridad con otras organizaciones de mujeres, instituciones del Estado⁵ y con la sociedad civil para lograr sus objetivos.

Un segundo eje del proyecto es apoyar actividades generadoras de ingresos que permitan disminuir la pobreza de las mujeres, en el entendido de que con mayores recursos y desarrollo de habilidades para el autocuidado de su salud, ellas invertirán en mejorarla.

El tercer eje del proyecto es la promoción y la defensa de los derechos de la mujer. Así, se han suscrito convenios con las autoridades públicas de salud en cada región, con la finalidad de establecer puentes entre las mujeres y los servicios incorporando la visión de ellas acerca de sus problemas, así como sus expectativas de atención. En esa línea, se han desarrollado jornadas de atención para problemas específicos y talleres con el personal de los establecimientos de salud en temas como calidad de atención, violencia y género.

⁵ De manera preferencial, con el Ministerio de Salud.

ANEXO 2

Clasificación de países participantes en las consultas según su situación de salud sexual y reproductiva

Para este ejercicio se tomaron en cuenta tres indicadores de salud reproductiva esenciales: tasa global de fecundidad, uso de anticonceptivos y mortalidad materna (cuadros I, II y III). Se establecieron límites para los mismos, que permitieron clasificar a los 12 países participantes en tres niveles: “bueno”, “regular” y “malo” (cuadro A). En una segunda etapa se agrupó a los países según los tres indicadores anteriores (cuadro B). De este modo fue posible

separarlos en tres tipos: países con avances mayores, regulares y limitados (cuadro B). A esta clasificación “cuantitativa” se añadieron algunas notas respecto de la postura política y/o problemas específicos de algunos de los países considerados (estas notas no son el resultado de ninguna investigación o búsqueda de información sistemáticas, sino apreciaciones de los autores).

Cuadro A
Clasificación de países según su situación de salud reproductiva

<i>Indicadores</i>	<i>Nivel bueno</i>	<i>Nivel regular</i>	<i>Nivel malo</i>
Fecundidad	(2-2,5)	(2,6-3,5)	(3,6 y más)
(TGF: número promedio de hijos por mujer al término de su edad reproductiva)	Argentina Brasil Chile República Dominicana	Colombia México Perú	Bolivia Ecuador El Salvador Nicaragua Paraguay
Uso de anticonceptivos	(77-65)	(64-50)	(49 y menos)
(Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que utilizan anticonceptivos)*	Brasil Colombia México	Ecuador El Salvador Paraguay Perú Nicaragua República Dominicana	Bolivia
Mortalidad materna	(44-50)	(51-250)	(251 y más)
(Muertes maternas/100 000 recién nacidos vivos)	Argentina Chile	Brasil Colombia Ecuador México Nicaragua Paraguay República Dominicana	Bolivia El Salvador Perú

* No hay información disponible para Chile ni Argentina.

Cuadro B

Clasificación de países según avances en salud sexual y reproductiva

Países con avances MAYORES (dos indicadores en nivel “bueno” o dos indicadores en nivel “bueno” y uno en nivel “regular”):

- Argentina
- Brasil
- Chile

Países con avances REGULARES (un indicador en nivel “bueno”, dos indicadores en nivel “regular”):

- Colombia
- México
- República Dominicana

Países con avances LIMITADOS (indicadores sólo en nivel “regular” y “malo”):

- Bolivia
- Ecuador
- El Salvador
- Nicaragua
- Paraguay
- Perú

Notas

Argentina. País que no ofrece servicios de SSR en el sector público, con pocas excepciones. A pesar de ello, su fecundidad ha sido muy baja durante las últimas décadas. El gobierno sustenta una postura muy conservadora en las conferencias internacionales. No ha llevado a cabo encuestas de demografía y salud, por lo que no se cuenta con información confiable ni representativa sobre uso de anticonceptivos. Como consecuencia de sus indicadores macroeconómicos y de desarrollo (en general, mejores que los del resto de la región), Argentina no está en la lista de países prioritarios de los organismos de ayuda internacional.

Bolivia. Es el país más pobre de la región, después de Haití. Tiene una proporción muy alta de población indígena. En los últimos años, el gobierno ha reconocido a la SSR como prioridad y ha hecho intentos serios por mejorar los servicios, aunque todavía queda mucho por hacer en términos de cobertura y calidad. Los indicadores de SSR son muy malos, especialmente la mortalidad materna. La AID del

gobierno de Estados Unidos, aporta fondos para actividades dirigidas a la SSR, al igual que el Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID por sus siglas en inglés) del gobierno del Reino Unido, así como la mayoría de las agencias multilaterales y bilaterales, y fundaciones privadas.

Brasil. Los avances en SSR han sido el resultado de programas públicos y de la presión y las contribuciones de los grupos de la sociedad civil, sobre todo de los grupos feministas (véase el caso de Brasil). Es un país prioritario dentro de un amplio programa del Banco Mundial para el tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). La AID cerró su programa de población por la alta prevalencia de uso de anticonceptivos que se registra en el país. Cuenta con recursos humanos comprometidos y muy preparados.

Colombia. País con avances importantes en el terreno de la SSR que se deben, en gran medida, a los programas y servicios que, hasta hace poco, sólo desarrollaban organismos privados como Profamilia, afiliada local de IPPF. El gobierno intervenía y aportaba poco, pero dejaba hacer. En la actualidad, el sector público cumple un papel mucho más importante y colabora con las organizaciones privadas en este campo (véase el caso de Colombia en el anexo 1 de este mismo libro). Colombia no recibe ayuda de la AID para temas de población y SSR desde hace ya muchos años.

Ecuador. País pobre, con alta proporción de población indígena y situación política muy inestable. Los programas y servicios de SSR han estado tradicionalmente a cargo de ONG (en particular de Cemoplaf, afiliada de IPPF); cuenta con buenos grupos de investigación y generación de información en este terreno.

El Salvador. País muy pobre con una situación política más estable desde hace unos años. Está en la lista de países prioritarios de muchos organismos de ayuda, junto con los demás países de América Central. En las conferencias internacionales, el gobierno ha tenido tradicionalmente

una postura muy conservadora, alineada con El Vaticano, aunque últimamente se ha mostrado más liberal.

Chile. País con importantes avances en el terreno de la salud sexual y reproductiva gracias a programas muy activos implantados por el sector público en las últimas décadas. Su postura en la conferencia de *El Cairo + 5* ha sido mucho más progresista que en las anteriores. La SSR forma parte esencial de los programas de reforma de los sistemas de salud.

México. País líder en programas de población y en lo que se refiere al compromiso del gobierno con la planificación familiar. Ha mantenido una postura muy liberal y protagónica en conferencias de Naciones Unidas. Sin embargo, la desigualdad en la distribución de la riqueza y la pobreza que aún prevalece en el país hace que los indicadores de salud no estén todavía entre los mejores de la región. La USAID ha cerrado desde marzo de 1999 el apoyo a programas de población (mismo criterio de “graduación” que el aplicado en Brasil y Colombia), pero México está en la agenda de países prioritarios de la mayoría de las fundaciones privadas, y de agencias bilaterales y multilaterales.

Nicaragua. País muy pobre, con una larga tradición de participación comunitaria y organización de la sociedad civil, y con una presencia muy activa de organizaciones no gubernamentales y en particular de grupos feministas. Sus indicadores de SSR son muy desfavorables, en particular la mortalidad materna.

Paraguay. País pobre, con una situación política caracterizada por las dictaduras y la inestabilidad; sin embargo, parece estar entrando en una fase de modernización de instituciones con la creación de la Secretaría de la Mujer y el Consejo de Salud Reproductiva con representación de distintos sectores. Su fecundidad es alta.

Perú. País cuyo gobierno suscribió una activa política de población en los primeros años del régimen del presidente Fujimori y actualmente promueve fuertemente la anticoncepción, con frecuentes denuncias de abusos relacionados con los derechos humanos. Perú tiene una elevada proporción de población indígena que habita en regiones de difícil acceso. Con el apoyo de la AID se ha venido desarrollando un programa innovador de SSR para áreas rurales, a cargo de una ONG muy activa en este campo (véase la nota sobre ReproSalud en el anexo 1). Perú tiene una mortalidad materna e infantil elevada y es un país prioritario para la AID, el DFID, la Unión Europea y muchas fundaciones. Cuenta con recursos humanos preparados.

República Dominicana. País caribeño que ha llevado adelante programas activos en el terreno de la SSR desde hace años, con lo que ha logrado indicadores buenos considerando su nivel de desarrollo. El VIH/SIDA es un problema grave en este país, como consecuencia de la industria del turismo sexual, especialmente importante en el norte del país (Puerto Plata).

ANEXO 3

Avances del proceso de reforma del sector salud

La década de los noventa ha sido testigo de avances importantes en el proceso de reforma del sector salud en la región de América Latina y el Caribe. La participación de agencias internacionales ha sido un factor importante en este avance. Las reformas persiguen objetivos comunes, ya que todas ellas buscan aumentar la cobertura, elevar la calidad de la atención, hacer un uso eficiente de recursos y reducir la inequidad en la distribución de apoyos para la salud. Sin embargo, aun cuando estos objetivos se comparten, así como algunos mecanismos para alcanzarlos, cada país ha plan-

teado programas de reforma que varían según las condiciones estructurales de sus sistemas de salud y los recursos de que disponen para ejecutarlas.

El siguiente cuadro evalúa los avances de la reforma en 12 países de América Latina y el Caribe de acuerdo con las metas que se han planteado cada uno en sus programas de reforma. Los criterios generales para caracterizar las reformas son: cambios en el esquema de financiamiento y de elaboración de presupuestos, en la estructura de servicios y en el modelo de atención, y participación del sector privado.

Cuadro C
Avances en el proceso de reforma del sector salud en 12 países de América Latina, 1999

<i>País</i>	<i>Metas de la reforma</i>	<i>Avances</i>
El Salvador	Proceso de reforma en dos etapas. Reestructuración del MSPAS (sector público) y difusión posterior al resto del sistema. Descentralización de la estructura de servicios del MSPAS. Mecanismos de recuperación de costos.	Incipiente. Inicio de la descentralización con transferencia de funciones y responsabilidades en el nivel local.
México	Descentralización del subsector de asistencia pública. Extensión de cobertura por medio de paquetes de servicios a población pobre. Mecanismos de distribución de recursos financieros para reducir la inequidad. Desconcentración de la estructura de la seguridad social, cambio del esquema de asignación presupuestal a las unidades de atención, cambio en el modelo de atención.	Intermedio. La descentralización de la asistencia pública se encuentra muy avanzada. La seguridad ha modificado su esquema de asignación presupuestal, pero no ha logrado realizar cambios en el modelo de atención hacia la competencia entre proveedores.
Nicaragua	Descentralización de los servicios del Ministerio de Salud. Reactivación de la seguridad social como fuente de financiamiento de servicios de salud a población trabajadora con un esquema de competencia estructurada de proveedores.	Intermedio. La descentralización del Ministerio de Salud se logró inicialmente. La reactivación de la seguridad social ha sido ya iniciada con la competencia de proveedores públicos y privados por los fondos.
Rep. Dominicana	Planteamiento de un modelo integrado donde el SES-PAS (sector público) adquiera la función rectora y reguladora, y el IDSS (seguridad social), el financiamiento y la provisión de servicios. Descentralización mediante entidades administradoras y creación de fondos provinciales. Provisión de servicios público-privados.	Incipiente. Desconcentración del SESPAS. Avances en la estructuración del marco jurídico y en la definición de grupos interinstitucionales de análisis.
Bolivia	Descentralización de la estructura de servicios públicos en el nivel municipal. Cambios en la estructura presupuestal. Creación de programas de atención a grupos específicos para aumentar la cobertura.	Intermedio. La descentralización del sistema público ha sido completada y se encuentra en proceso de ajustes. Sin embargo, la integración de la seguridad social y de otros subsectores al sistema no es completa.
Colombia	Descentralización de la estructura de servicios públicos. Definición de un modelo integrado de atención con separación de funciones entre agencias y competencia entre proveedores de atención públicos y privados.	Avanzado. La descentralización se logró. Se redefinió el modelo de atención que ha ampliado la cobertura y ha permitido la participación de nuevas instancias financiadoras y gestoras, haciendo posible también la competencia entre proveedores públicos y privados. En la actualidad se realizan ajustes en todos los niveles del sistema.
Ecuador	Propuesta de un modelo mixto público/privado con separación de funciones, descentralización en el nivel local y competencia entre proveedores. La reforma de la seguridad social no ha sido definida.	Incipiente. Existen pocos avances en la descentralización, así como en los cambios en el financiamiento y el establecimiento de un nuevo modelo de atención.
Perú	Modernización del sector salud sin integración entre Minsa (sector público) y el IPSS (seguridad social). Reestructuración de las funciones de financiamiento, prestación y fiscalización. Se prevé separación de funciones en el sistema y descentralización de la estructura de servicios.	Incipiente. Se ha progresado poco en el cambio de la estructura del sistema. Se ha avanzado en aumentar la cobertura y en la operación de programas específicos.
Argentina	Descentralización de los servicios públicos. Desregulación de las obras sociales para fomentar la competencia entre proveedores. Aparición del modelo de hospital autónomo.	Avanzado. La descentralización se encuentra muy avanzada. La desregulación de las obras sociales se encuentra avanzada y en proceso de ajustes. Los hospitales autónomos se encuentran ya operando.

(continúa)

(continuación)

País	Metas de la reforma	Avances
Brasil	Creación de un modelo unificado para universalizar el acceso a los servicios. Descentralización de la estructura de servicios. Introducción del PAB para mejorar la equidad. Competencia entre proveedores públicos y privados.	Avanzado. Descentralización de las unidades de atención con amplia participación comunitaria de gobiernos locales. La competencia estructurada ya opera. Problemas con la inflación de costos.
Chile	Creación de dos fondos, uno público (Fonasa) y otro privado (Isapres). Descentralización de la estructura pública de servicios con ajustes en la distribución de fondos en el nivel municipal para reducir la inequidad. Competencia entre proveedores en ambos fondos.	Avanzado. Definición clara de ambos subsectores con selección adversa de grupos de población por parte del privado. Municipalización de los servicios. Competencia por los fondos de ambos subsectores.
Paraguay	Propuesta de creación de un Sistema Nacional de Salud. Se plantea un sistema con separación de funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. Descentralización del sector público.	Incipiente. Se ha avanzado en la descentralización en el nivel municipal. Sin embargo, no se ha reglamentado, la existencia del Fondo Nacional de Salud, que tendría la función de financiar el sistema.

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
SESPAS: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
IDSS: Instituto Dominicano de Seguridad Social
Minsa: Ministerio de Salud
IPSS: Instituto Peruano de Seguridad Social
PAB: Piso Asistencial Básico
Fonasa: Fondo Nacional de Salud
Isapres: Instituciones de Salud Previsional

Fuentes: Base de datos del Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Iniciativas Internacionales de Reforma en Salud (NAADIIR), Fundación Mexicana para la Salud / Instituto Nacional de Salud Pública de México; Sistema de Información y Análisis sobre Reforma del Sector Salud, OPS.

ANEXO 4

Lista de participantes en las consultas regionales

México, D.F., México, 21-23 de junio de 1999

País/Ciudad	Nombre y cargo	Institución	Dirección y teléfono
El Salvador	Eduviges Guzmán de Luna, Presidenta	Asociación Salvadoreña Pro-Salud Rural, ASAPROSAR	Carretera Panamericana Km 62.5. Col. El Mora. Santa Ana. El Salvador Tel. (503) 441-0646, 447-5978 Fax (503) 447-7216 Correo e: asaprosar@aol.com
México	Rafael Avila, Representante	Coordinación de Salud Reproductiva y Materno-Infantil, Instituto Mexicano del Seguro Social	Mier y Pesado No 120 Col. Del Valle 03100 México, D.F. Tel. (52) 5 5368722 / 5 5361539 Fax (52) 56877255
México	María de Lourdes Díez, Representante	Secretaría de Salud del Distrito Federal	Ave. Jardín 356 Col. del Gas México, D.F. Tel. (52) 57687292
México	Maricela Durá, Representante	Fundación Mexicana para la Planificación Familiar, Mexfam	Juárez No 208 Tlalpan, 14000, México, D.F. Tel. (52) 5 5737100/5 5737070 Fax (52) 5 5655265
México	Juan García, Jefe	Programa de Salud Reproductiva y Capacitación, IMSS-Solidaridad	Toledo 39 Col. Juárez, México, D.F. Tel (52) 5 5252153 Tel (52) 5 2112881
México	Cecilia García Barrios, Directora	Dirección de Enseñanza e Investigación, Secretaría de Salud del Distrito Federal.	Ave. Jardín No. 356 Col. Del Gas 02950 México D.F. Tel. y fax (52) 5 3555294
México	Martha Givaudán, Coordinadora de Investigación	Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población, IMIFAP	Málaga Norte No. 25 Col. Mixcoac 03920 México, D.F. Tel (52) 5 5985673/6115876 Fax (52) 5 5636239
México	José Antonio Izazola, Representante	Fundación Mexicana para la Salud, A.C. FUNSALUD	Periférico Sur 4809 14610, México, D.F. Tel. (52) 5 6559011
México	Roberto López, Representante	Consejo Nacional de Salud	Lieja 7. Planta baja. Col. Juárez México DF Tel. (52) 5 5536964 Fax (52) 5 5536169
México	Gregorio Pérez Palacios, Director General	Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud	Insurgentes Sur No 1397, 6º piso Col. Insurgentes Mixcoac México. D.F. Tel. (52) 5 5985617 / 5985617 Fax (52) 5 5986528

México	Lourdes Quintanilla, Secretaria	Secretaría de Salud y Desarrollo Comunitario del Estado de Coahuila	Bvd.Venustiano Carranza No.2859 25260 Saltillo, Coahuila Tel. (52) 84 159349 Fax (52) 84 159289
México	Jéssica Ramón, Coordinadora de Capacitación	Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población, IMIFAP	Málaga Norte No.25 Col. Mixcoac, 03920 México, D.F. Tel. (52) 5 5985673/5 6115876 Fax (52) 5 5636239
Nicaragua	Cecilia de Trinidad Barbosa, Representante	Fundación de Médicas Nicaragüenses	Hospital B auto 3 C bajo 112, Col. Norte Managua Tel. (505) 222 2852 Fax (505) 222 7571
Nicaragua	Oscar Jarquín B., Director	Dirección General de Servicios de Salud	Complejo Concepción Palacio Managua Tel. (505) 2894716 Fax (505) 2894100
Nicaragua	María Auxiliadora Lacayo, Representante	Asociación ProBienestar de la Familia Nicaraguense, PROFAMILIA	Apartado 4220 Managua Tel. (505) 278 5629 Fax: (505) 277 0802
República Dominicana	Giselle Scanlon, Directora del Departamento	Departamento de No-violencia contra la Mujer, Dirección General de Promoción de la Mujer	Oficinas Gubernamentales Bloque-D Avenida México esq. 30 de Marzo Santo Domingo Tel. (809) 6853755 Fax (809) 6860911 Correo e: aortega@codetel.net.do

Invitadas/os especiales

México	Lucille Atkin, Asesora del Programa de Salud Reproductiva y Población	Fundación Ford	Alejandro Dumas No. 42 Col. Polanco 11560, México, D.F. Correo e: latkin@fordfound.org
México	Ana Luisa Liguori, Asesora en Salud	Fundación McArthur	Vito Alessio Robles 39-103 Col. Chimalistac 01050 México, D.F. Tel. (52) 5 6612911 Correo e: aliguori@macfdn.org
México	Jorge Peón, Director Médico	Schering-Plough	Pacífico 35 Coyoacán México, D.F. Tel. (52) 5 7284421 Fax (52) 5 7284434

Personal del BID

El Salvador	Julie Feinsilver, Especialista en Desarrollo Social		Condominio Torres del Bosque, 10 piso 79 Av. Sur y Calle La Mascota, Col Escalón San Salvador Tel (503) 2638300 Correo e: julief@iadb.org
México	María del Río Rumbaitis, Especialista en Desarrollo Social		Av. Horacio No. 1855-6o. piso Col Polanco 11510, México, D.F. Tel. (52) 5 5802122 Fax (52) 5 5806083 Correo e: mariaru@iadb.org

Nicaragua	Raul Rivera, Consultor		Representación del BID Carretera Masaya Contiguo Hotel Princess Managua, Nicaragua Tel. (505) 289 7152 Fax (505) 289 4473 Correo e: fonmat@ibw.com.ni
Washington, D.C.	Miguel Angel González Block, Especialista en Salud		1300 New York Avenue, NW Washington, D.C. 20577, EUA Tel (202) 6232869 Fax (202) 6231463 Correo e: angelg@iadb.org

Grupo de coordinación

México	Ana Langer	Population Council	Correo e: alanger@popcouncil.org.mx
México	Gustavo Nigenda	Population Council / Instituto Nacional de Salud Pública	Correo e: gnigenda@insp.mx
México	Emanuel Orozco	Instituto Nacional de Salud Pública	Correo e: emanonun@insp.mx
México	Rosario Valdez	Instituto Nacional de Salud Pública	Correo e: rvaldez@insp.mx
Washington, D.C.	Ingvild Belle	BID	Correo e: ingvildb@iadb.org

Quito, Ecuador, 14 y 15 de julio de 1999

País/Ciudad	Nombre y cargo	Institución	Dirección y teléfono
Bolivia	Mary F. Marca Paco, Coordinadora del Área de Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos	Centro de Información y Desarrollo de la Mujer, CIDEM	Av. 6 de Agosto 2006, Edif. V. Centenario, P.1 Of. 1-B La Paz Tel. (591-2) 444 794/444795 Fax (591-2) 443 365 Correo e: marymarca@latinmail.megalink.com
Bolivia	Iván Prudencio, Representante	Federación Internacional de Planificación de la Familia, IPPF	Av. 20 de octubre # 2164 Sopocachi La Paz Tel. (591-2) 416054
Bolivia	Jaime Tellería, Jefe	Ministerio de Salud y Previsión Social. Unidad Nacional de Atención a la Mujer y el Niño	Capital Ravelo 2199 (frente al Parque Bolivia) 3er piso, Casilla 13392 La Paz Tel. (591-2) 371-341 Fax (591-2) 39-2032
Colombia	Carmen Elisa Medina, Directora	PROFAMILIA-Cali	Calle 23N # 3N-40 Barrio Versalles Cali Tel. (572) 6618032 Fax (572) 6678320
Colombia	Luis Gonzalo Morales, Consultor	Ministerio de Salud	Calle 142 A # 51 A-23 Interior 57 Urbanización Quintas de Sevilla Santafé de Bogotá Tel. (572) 3365066 Ext. 5021 Correo e: lmorales@minsalud.gov.co
Colombia	Juan Pablo Uribe, Coordinador Técnico	Fundación Corona	Calle 100 No. 8A-55, Torre C, piso 9 Santafé de Bogotá, Colombia Tel. (571) 610-5555 Fax (571) 610-7620 Correo e: juribe@corona.com.co
Ecuador	Nelson Oviedo, Representante	Centro de Estudios de Paternidad Responsable, CEPAR	Toribio Montes y Daniel Hidalgo Quito Tel. (593-2) 501119,
Ecuador	Ivan Palacios, Director del Programa de Salud	CARE	Av. Eloy Alfaro 333 y Av. 9 de Octubre Quito Tel. (593-2) 528696 Fax (593-2) 565990
Ecuador	Elsa Racines, Representante	Centro Obstétrico Familiar	Pasaje Triviño y Av. 12 de Octubre Quito Tel. (593-2) 226515 Fax (593-2) 226515
Perú	Ella Carrasco, Representante	Reprosalud, SALEPRO, Movimiento Manuela Ramos	Juan Pablo Fernandini 1550 Pueblo Libre, Lima Tel. (511) 4238840 Fax (511) 4314412
Perú	Gracia Subiria, Representante	Ministerio de Salud, Subprograma de Salud Reproductiva y Planificación Familiar	Av. Salaberry No. 8 Jesús María, Lima Correo e: webmaster@minsa.gob.pe

Invitadas/os especiales

Ecuador	Kenneth Farr Representante	Agencia para el Desarrollo Internacional, USAID	Av. Colombia 1573 y Queseras del Medio Quito Tel. (593-2) 232100 Fax. (593-2) 561228
Ecuador	Ninfa León, Consultora	Organización Panamericana de la Salud	San Javier 295 y Av. Orellana Quito Tel. (593-2)529241/528405
Ecuador	Lucía Maldonado, Consultora	Organización Panamericana de la Salud	San Javier 295 y Av. Orellana Quito Tel. (593-2)529241/528405
Ecuador	Diógenes Vásquez, Representante	Schering Ecuatoriana	Av. Colón 1140 y Amazonas Quito Tel. (593-2) 543930 Fax (593-2) 502087

Personal del BID

Ecuador	Susan Kolodin, Especialista en Desarrollo Social	Correo e: susank@iadb.org
Washington, D.C.	Amanda Glassman, Especialista en Salud	Correo e: amandag@iadb.org
Washington, D.C.	André Medici, Especialista en Salud	Correo e: andrem@iadb.org

Grupo de coordinación

Ecuador	Teresa de Vargas	Cemoplaf	Correo e: cemoplaf@vio.satnet.net'
México	Ana Langer	Population Council	Correo e: alanger@popcouncil.org.mx
México	Gustavo Nigenda	Population Council/ Instituto Nacional de Salud Pública	Correo e: gnigenda@insp.mx
Washington	Ingvild Belle	BID	Correo e: ingvildb@iadb.org

Brasilia, Brasil, Julio 26-28, 1999

País/Ciudad	Nombre y cargo	Institución	Dirección y teléfono
Argentina	Monica Fein, Secretaria de Salud Pública	Secretaría de Salud de la Provincia de Santa Fé	Municipalidad de Rosario, Río 2051 2000 Rosario, Tel. (543) 41 4 802200 Fax (543) 41 4 802208 Correo e: Salud@rosario.gov.ar
Argentina	Silvina Ramos, Investigadora	Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES	Sánchez de Bustamante 27 1173, Buenos Aires, Tel. (54) 11 48615204 Fax (54) 11 48620805 Correo e: arcoiris@clacso.edu.ar
Brasil	Elza Berquó, Directora	Núcleo de Estudios de Población, NEPO, Universidad de Campinas	Av. Albert Einstein 1300 Cidade Universitaria Campinas, S.P. Tel. (55) 19 7885904 Fax (55) 19 7888150
Brasil	Guacira César de Oliveira, Directora	Centro Feminista de Estudios y Asesoría	SCN Qd 06 Edificio Venancio 3.000 Bloco A, Sala 602 CEP 70718-900, Brasília, D.F. Tel. (55)61 3281664 Fax (55)61 3282336 Correo e: Guacira.colegiado@cfemea.org.br
Brasil	Sonia Correa, Representante	IBASE	Rua Vicente de Souza No. 29. 22251-070 Rio de Janeiro Tel. (55) 21 5530676 Fax (55) 21 5528796
Brasil	Albertina Duarte, Secretaria	Secretaría de Salud del Estado de Sao Paulo	Rua Dr. Ernéias Carvalho de Aguiar 188 Sala 806 05403-000, Sao Paulo, S.P. Tel. (55)19 38623396 38725546 Fax (55) 19 8834179
Brasil	Aníbal Faúndes, Profesor	CEMICAMP	Caixa Postal 6181 13081-970, Campinas S.P. Tel. (55)19 2892856 Fax (55)19 2892440 Correo e: faundes@turing.unicamp.br
Brasil	Tania Lago, Asesora Especial del Ministerio de Salud	Área de Salud de la Mujer, Ministerio de Salud	Bloco G 6o. andar sala 642 CEP 70058-900, Brasília DF Tel. (55)612235591 Fax (55)613223912 Correo e: comin@saude.gov.br
Brasil	Dirlene Silveira, Coordinadora	Programa de Salud de la Mujer, Secretaría de Salud del Estado de Ceará	Avenida Pessoa Anta, 274, Praia de Iracema CEP 60060-430. Fortaleza, CE. Tel. (55)852195275 Fax (55)852192203 Correo e: Dirlene@fortalnet.com.br
Chile	René Castro S., Representante	Ministerio de Salud	Mac Iver 541, Of. 409 Santiago Tel. (56) 2 6300480 Fax (56) 2 6384347 Correo e: rcastro@minsal.cl
Chile	Raquel Child, Representante	Comisión Nacional del SIDA, Ministerio de Salud	Mac Iver 541 Of. 68 Santiago Tel. (56) 2 6300673 Correo e: rchild@minsal.cl

Chile	Hugo Corvalán, Representante	Escuela de Salud Pública	Julia Bernstein 306-G, La Reina, Santiago Tel. (56)2 2731234 Fax (56) 2 3372444 Correo e: hcorvalan@entelchile.net
Paraguay	Vicente Mario Bataglia, Presidente	Asociación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología	Dr. Mingone 302 Asunción Tel. y Fax (595) 21 601486
Paraguay	Nohemí Mancuello de Alum, Directora	Dirección de Salud Familiar Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Brasil y Pettirossi, Asunción Fax (595) 21 201679, 201807
Paraguay	Cynthia Prieto, Directora	Centro Paraguayo de Estudios de Población, CEPEP	Calle Juan E. O'Leary esquina Manduvirá Edificio El Dorado, 8o. piso Asunción Tel. (595) 21 491627 Fax (595) 21 444482
Paraguay	Rosa Rodríguez de Massare, Coordinadora General	Programas de Salud y Asistencia a Proyectos de Cooperación Internacional, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Brasil y Pettirossi Asunción Tel. y Fax (595) 21 201 679, 201 807

Personal del BID

Washington	Mayra Buvinic, Jefa de la División de Programas Sociales	Correo e: mayrab@iadb.org
------------	--	---------------------------

Grupo de coordinación

Brasil	Lucía Brito	Population Council	Correo e: pcbrazil@turing.unicamp.br
Brasil	Juan Díaz	Population Council	Correo e: juan@turing.unicamp.br
Brasil	Loren Galvão	Population Council	Correo e: pcrhbr@obelix.unicamp.br
México	Guillermina Herrera	Population Council	Correo e: gherrera@popcouncil.org.mx
México	Ana Langer	Population Council	Correo e: alanger@popcouncil.org.mx
México	Gustavo Nigenda	Population Council/Instituto Nacional de Salud Pública	Correo e: gnigenda@insp.mx
Washington	Ingvild Belle	BID	Correo e: ingvildb@iadb.org

ANEXO 5

Guía para la discusión en las consultas regionales

A continuación se presenta una lista de preguntas, organizadas temáticamente, las cuales fueron utilizadas en la discusión de las consultas organizadas en los países mencionados en el anexo 4. Los autores elaboraron una primera versión de las preguntas para los tres seminarios que posteriormente se adaptaron con base en el texto de Merrick (1998). La versión final de la lista que guió la discusión, ordenada por temas, se ofrece a continuación.

Asignación de recursos y definición de prioridades en el contexto de la descentralización

- ¿Qué se podría hacer para asegurar que los programas de salud sexual y reproductiva reciban atención y financiamiento adecuados en un sistema descentralizado?
- Cuando la limitación de recursos y de capacidad instalada hacen necesaria una introducción por etapas del paquete básico de servicios y una definición de prioridades, ¿qué criterios deberían usarse para definir dichas prioridades?
- Si se utiliza la metodología del peso de la enfermedad para guiar la distribución de recursos, ¿cómo deben incluirse las condiciones de salud sexual y reproductiva que no son enfermedades (embarazo y planificación familiar, por ejemplo)?
- ¿Cómo se podría asegurar el éxito de los programas dirigidos a grupos específicos de población en el contexto de servicios integrados de salud sexual y reproductiva? Por ejemplo, programas de prevención del virus de inmu-

nodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) para hombres y trabajadoras del sexo comercial, usuarios no tradicionales de los programas de salud sexual y reproductiva.

Financiamiento y provisión de servicios

- ¿Cómo podría evaluarse el impacto de los cambios que promueve la reforma (devolución a organismos privados, esquemas de aseguramiento, recuperación de costos) sobre los programas de salud sexual y reproductiva?
- ¿Las organizaciones no gubernamentales (ONG) proveedoras de servicios tendrían que ampliar su campo de acción para abarcar la contratación de servicios?
- ¿Deben los esquemas de aseguramiento cubrir servicios de planificación familiar y otros servicios de salud sexual y reproductiva?
- ¿Impide la recuperación de costos el acceso a los servicios de las mujeres pertenecientes a los grupos más pobres?
- ¿Cómo lograr que gobiernos y organismos internacionales incrementen el financiamiento de actividades que promuevan una mejoría de la salud sexual y reproductiva?
- Cuando se evalúan distintas opciones integradas de atención a la salud sexual reproductiva, ¿cómo se determinan los costos para componentes específicos y cómo se evalúa su efectividad?
- ¿Cuáles son las lecciones que podemos aprender de las experiencias de otros países?

Redefinición de funciones del nivel central

- A partir de la descentralización, ¿qué se puede hacer para asegurar que se mantengan las funciones propias del nivel central (control de calidad, definición de normas, apoyo técnico)?
- ¿Cuál ha sido la experiencia de los países que han avanzado en sus reformas?
- ¿Cuán importante resulta la regulación del nivel central en la provisión adecuada de servicios de salud sexual y reproductiva en cada país?

Estrategias para la provisión de servicios

- ¿Es posible utilizar nuevas estrategias y aplicar nuevas metodologías para determinar las necesidades de salud sexual y reproductiva y evaluar la demanda de los servicios de salud en el contexto de la descentralización?
- ¿Cómo podría evaluarse la capacidad de proveer servicios en el nivel descentralizado, y qué pasos deberían darse para aumentar la capacidad de respuesta a las necesidades de la comunidad?
- ¿Qué se necesita para asegurar que un sistema de salud no pierda lo ganado y no se enfrente a problemas como la escasez de suministros, en particular de anticonceptivos?
- ¿Cuán factible es la prestación integrada de servicios de salud reproductiva?

Calidad de la atención

- ¿Cómo podría asegurarse la calidad de los programas de salud sexual y reproductiva en las estructuras descentralizadas?
- ¿Qué se puede hacer para que el personal de salud mantenga actualizados sus conoci-

mientos y muestre una actitud positiva en la provisión de servicios?

Legislación relativa a la salud reproductiva

- ¿Es necesario ampliar y/o modificar el marco legislativo en relación con la salud reproductiva?
- ¿Cómo es posible garantizar que lo que la ley determina se cumpla en los sistemas reformados, en cuanto a la provisión de servicios de salud reproductiva?

Preguntas estratégicas para el mediano plazo

- ¿Cómo convencer a gobiernos y organismos internacionales de la importancia de una mejor salud reproductiva para el desarrollo nacional y regional?
- ¿Cómo lograr que la ampliación de la agenda (adopción del paradigma de salud reproductiva) no disminuya la inversión ni los avances logrados en áreas tradicionalmente subvencionadas por organismos financieros internacionales y gobiernos, como la planificación familiar?
- ¿Cómo se va a promover la participación de otros sectores diferentes al de salud en los programas de actividades dirigidos a mejorar la salud sexual y reproductiva, a disminuir las diferencias entre los géneros y, en general, a mejorar la condición de la mujer?
- ¿Cómo se va a atraer el interés de organismos financieros internacionales hacia América Latina y el Caribe? ¿Cómo lograr que la inversión en áreas que afectan directamente a la salud sexual y reproductiva (como salud, educación, nutrición, microempresas para mujeres y demás) se mantenga e incremente,

a pesar de que existan en el mundo regiones con necesidades aún más urgentes?

- ¿Cómo promover que los organismos financieros internacionales (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo) incrementen su apoyo a organismos no gubernamentales?
- ¿Cómo atraer más fondos para la investigación sobre los vínculos entre salud reproductiva y desarrollo, y sobre sistemas y servicios de salud con particular énfasis en costo-efectividad de intervenciones en salud sexual y reproductiva? ¿Cómo aumentar el apoyo para la formación de profesionales de la región en estas áreas?
- ¿Cómo promover la adopción de una agenda común entre donantes bilaterales, multila-

terales y fundaciones privadas con el fin de optimizar y alcanzar sinergia entre los distintos programas de apoyo?

- ¿Cómo promover el desarrollo de agendas concertadas de salud sexual y reproductiva entre gobiernos, sociedad civil y donantes en la región?

Referencias

Merrick, T. (1998). *Delivering reproductive health services in health reform settings: Challenges and opportunities*. Documento interno del Banco Mundial. Transmitido por vía electrónica por el autor.

ANEXO 6

Financiamiento internacional para la salud sexual y reproductiva

Recursos que diversas agencias han aportado en apoyo a la salud sexual y reproductiva en ALC en años recientes.

Fundaciones privadas de Estados Unidos

Fundación Ford. El total de fondos otorgado a la región en 1996 para todas las actividades, incluyendo salud sexual y reproductiva, fue de US\$33 061 602 (Foundation Center, 1999). Los fondos de la Fundación Ford se otorgan a un amplio número de agencias internacionales que apoyan el trabajo en salud sexual y reproductiva, incluyendo el Banco Interamericano de Desarrollo e IPPF/WHO.

En el ámbito nacional, entre los financiamientos por dos y tres años que la Fundación Ford otorgó en 1997 para salud sexual y reproductiva a organizaciones nacionales/locales (Annual Report, 1998), están los siguientes:

Brasil: US\$2 423 500 para investigación y entrenamiento en salud reproductiva (género, política y participación, entre otros), educación pública, creación de redes y derechos reproductivos.

Chile: US\$189 600 para derechos reproductivos y prevención de violencia sexual.

Colombia: US\$331 000 para derechos reproductivos, desarrollo institucional e investigación en masculinidad.

México: US\$3 078 800 para desarrollo de investigación y entrenamiento en salud reproductiva, participación comunitaria, promoción, difusión y derechos reproductivos.

Perú: US\$409 800 para difusión de información en salud reproductiva, promoción y desarrollo comunitario.

Fundación MacArthur.* El total de fondos otorgados a ALC en 1996 para todas las actividades fue de US\$13 429 672 (Foundation Center, 1999).

En el ámbito nacional, entre los financiamientos por dos y tres años otorgados por la Fundación MacArthur en 1997 y 1998 se incluyen:

Brasil: US\$2 149 400 para investigación y entrenamiento en salud reproductiva y sexual en adolescentes, derechos reproductivos y prevención de la violencia basada en las diferencias de género.

México: US\$2 592 900 para investigación y entrenamiento en salud reproductiva y sexual en adolescentes, prevención de enfermedades de transmisión sexual/virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida, género y derechos reproductivos.

Fundación Hewlett. El total de fondos transferidos a ALC en 1996 para todas las actividades fue de US\$ 3 290 000 (Foundation Center, 1999). La mayor parte de los fondos de Hewlett para salud reproductiva se otorgaron como “apoyo general”. La Fundación define un número de agencias de asistencia técnica en Estados Unidos/Europa (AVSC, IPPF, IPAS, IWHC, Care, CEDPA, Pathfinder, Marie Stopes), y estas agencias usan parte de los fondos para apoyar actividades de salud reproductiva en ALC.

En el ámbito nacional, en 1997, Hewlett realizó las siguientes aportaciones en financiamientos de dos y tres años a organizaciones nacionales/locales (Annual Report, 1998):

Brasil: US\$625 000 para investigación en comportamiento en salud y demografía.

* Fuente: (www.macfdn.org).

Costa Rica: US\$135 000 para programación de población en América Latina.

México: US\$1 765 000 a grupos locales que trabajan en aspectos relacionados con salud reproductiva, provisión de servicios, salud de adolescentes e investigación.

Fundación Packard. El total de fondos transferidos a ALC en 1996 para todas las actividades fue de US\$2 034 994 (Foundation Center, 1999). Packard apoya a agencias estadounidenses e internacionales que brindan asistencia técnica en ALC, entre ellas IPPF/WHR y AVSC.

En el ámbito nacional, Packard otorgó financiamientos por dos y tres años para actividades de salud sexual y reproductiva en 1996, entre las que se incluyen (Annual Report, 1997):

Brasil: US\$47 710 para apoyo a servicios de aborto legal.

México: US\$753 975 para infraestructura, promoción, investigación, entrenamiento y provisión de servicios. Entre otros temas, se incluyen salud reproductiva y sexual entre adolescentes, derechos reproductivos, participación y apoyo a parteras.

Fundación Bill y Melinda Gates.* Maneja actualmente un fondo global de US\$4,2 miles de millones. Las prioridades de financiamiento en salud incluyen aumento en el acceso voluntario a planificación familiar, maternidad segura y prevención de cáncer cervicouterino.

Asistencia bilateral para salud reproductiva en ALC

Suecia (Sweedish International Development Agency, SIDA)

Total de apoyo a población en 1996 (definido como planificación familiar y relacionado con educación pública y políticas de desarrollo, obtención de información demográfica, prevención de SIDA y atención materna): US\$57,9 millones. De esta cantidad, aproximadamente

US\$1,5 millones se otorgaron en acuerdos bilaterales, US\$20 millones en acuerdos multilaterales y US\$22,9 millones a varias ONG.

Prioridades geográficas: África Central y del Sur reciben la mayor parte de la ayuda bilateral sueca en el área de salud reproductiva y sexual. Suecia también financia pequeñas iniciativas en Nicaragua y otras actividades generales en América Central.

Programas prioritarios: derechos humanos, igualdad de género, salud materna y atención al recién nacido, regulación de la fertilidad, servicios de aborto y manejo de aborto inseguro, VIH/SIDA, salud de adolescentes, violencia y prevención del abuso.

Reino Unido (Department for International Development, DFID)

Total de apoyo a población en 1996: US\$106,4 millones. De este total, cerca de US\$23 millones se otorgaron en acuerdos bilaterales, US\$30 millones en acuerdos multilaterales y US\$53,4 a varias ONG.

Prioridades geográficas: tradicionalmente, el DFID ha dado prioridad a países en desarrollo que mantienen lazos históricos con Gran Bretaña. En 1996, sólo 3% del total de fondos se transfirió a ALC (Perú y Bolivia).

Programas prioritarios: salud reproductiva y sexual en adolescentes, prevención de ETS/VIH, prevención de morbilidad materna y mortalidad, necesidades no satisfechas en planificación familiar, promoción de igualdad de géneros y derechos reproductivos, manejo de la violencia sexual.

Estados Unidos (Agencia para el Desarrollo Internacional, USAID)

Total de apoyo a población en 1996: US\$637,7 millones. Del total, cerca de US\$230 millones se otorgaron en acuerdos bilaterales, US\$30 millones en acuerdos multilaterales y US\$377,7 millones a varias ONG.

* Fuente: (www.gatesfoundations.org).

Prioridades geográficas: quince países reciben la mayor parte de los fondos del programa. Bangladesh, Filipinas, Kenia e India fueron los receptores más importantes del apoyo de esta agencia entre 1993 y 1997. Por el momento, la AID no tiene a los países de ALC entre sus prioridades.

Programas prioritarios: la planificación familiar sigue siendo la base de los esfuerzos en salud reproductiva de la AID. Otras actividades incluyen asistencia técnica y entrenamiento para la provisión de servicios, obtención de bienes, mercadeo social. La AID también apoya una gama de actividades de investigación relacionadas con la salud reproductiva, incluyendo estudios biomédicos, desarrollo de nuevas tecnologías anticonceptivas y encuestas demográficas.

Interpretación de la matriz

“Gastos de donantes para América Latina”. Definiciones

Asistencia a la población. De acuerdo con el Programa de Acción CIPD para 1994 “asistencia a la población” se divide en cuatro categorías.

Planificación familiar: suministros anticonceptivos y provisión de servicios, capacidad de crecimiento para información, educación y comunicación (IEC) en función de la PF y de aspectos de desarrollo, capacidad de crecimiento nacional mediante el apoyo para entrenamiento, desarrollo de infraestructura y mejoría de instalaciones, política de desarrollo y programas de evaluación, estadísticas de servicio básicas y esfuerzos focalizados para asegurar la calidad de la atención.

Salud reproductiva: información y servicios de rutina para atención prenatal y alumbramientos seguros y normales, y atención postnatal; aborto; IEC sobre SR, que incluye ETS, sexualidad humana, paternidad responsable, prácticas que producen daño a la salud, consejería adecuada, diagnósticos y tratamiento de ETS y otras ITR, conforme a recursos disponibles; prevención de

la infertilidad y tratamiento apropiado, conforme a recursos, y referencias, educación y servicios de consejería para ETS, incluyendo el VIH/SIDA y complicaciones del embarazo y el parto.

VIH/SIDA: programas de educación escolar y a través de los medios de comunicación, promoción de abstinencia voluntaria, comportamiento sexual responsable y distribución expandida de condones.

Investigación básica: capacidad de desarrollo nacional por medio del análisis y la recopilación programada de información, investigación, entrenamiento y desarrollo de políticas.

Canalización de apoyos. De acuerdo con el Informe Global de Apoyo a la Población de 1996 (UNFPA/NIDI, 1996), los canales de apoyo se dividen en tres categorías:

Bilateral: veintidós gobiernos de países industrializados, la Unión Europea, todos los miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Multilateral: gama de agencias de Naciones Unidas, incluyendo, entre otras, la CEPAL, ESCAP, ESCWA, PNUD, UNICEF, FAO, OIT, UNESCO, OMS, y el Banco Mundial y algunos bancos regionales de desarrollo.

ONG: fundaciones, universidades, organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro. Una proporción sustancial de los fondos de la AID se canalizan mediante estas “agencias de cooperación”, que son, en la mayoría de los casos, ONG internacionales.

El cuarto canal en la matriz se encuentra totalmente separado de los tres primeros. Las “fundaciones” integran a las cuatro privadas que son líderes y que contribuyen a iniciativas de salud reproductiva en América Latina: se trata de las fundaciones Ford, Hewlett, MacArthur y Packard.

Estas fundaciones contribuyen a un rango de actividades relevantes que incluyen investigación, provisión de servicios, entrenamiento/desarrollo de capacidades, desarrollo institucional y

promoción. En la mayor parte de los casos, no fue posible identificar una lista separada de gastos.

Gastos finales: en el presente anexo, el término “gastos finales” se refiere a los fondos que otorga un donante primario o intermediario a un receptor final, en un año determinado, para programas y proyectos de población. Los receptores finales pueden ser gobiernos de países en desarrollo, ONG y oficinas de las agencias donantes en países en desarrollo. Los programas en los cuales se realiza el gasto no necesariamente tienen que ubicarse en países en desarrollo, e incluyen actividades como investigación, que beneficiarían a más de un país o región en desarrollo.

Notas de interés

- En 1996, los fondos primarios para la asistencia internacional en población ascendieron a US\$1,5 mil millones. Si se añaden los préstamos de los bancos, los fondos primarios apenas superan US\$2 mil millones.
- Los fondos primarios totales, incluyendo aquellos de los bancos de desarrollo, se incrementaron 54%, del periodo inmediatamente anterior a la reunión de El Cairo, a 1996; es decir, de un total de US\$1,3 mil millones en 1993, los fondos pasaron a poco más de US\$2 mil millones en 1996. Esta cifra representa alrededor de 35% de los US\$5,7 mil millones acordados en El Cairo como aportación internacional de financiamiento a los Programas de Acción de la CIPD para el año 2000.
- Si se asume que el incremento del nivel de financiamiento (US\$0,7 mil millones anualmente en el periodo 1995-2000) permanecerá constante, para alcanzar la meta de recursos de la CIPD para el año 2000 los fondos primarios para la asistencia a la población se estimaron en US\$2,3 mil millones para 1995 y US\$3 mil millones para 1996.

En 1996, los fondos primarios de 21 países desarrollados y de la Unión Europea llegaron a casi US\$1,4 mil millones, de los cuales:

- 55% provino de dos países: US\$638 millones de Estados Unidos, y US\$112 millones de Holanda.
- 94% fue contribución de diez países: Alemania, Australia, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Holanda, Japón, Noruega, Reino Unido y Suecia.

El apoyo a la población de todos los países donantes representó oficialmente 2,46% del apoyo para el desarrollo en 1996, lo que supera el 2,32% de 1995.

Los gastos finales en 1996 en los países de África Central y del Sur ascendió a US\$422 millones (28%); en Asia y el Pacífico, US\$367 millones (24%); en América Latina y el Caribe, US\$197 millones (13%); en Asia Occidental y África del Norte, US\$104 millones (7%), y en Europa, US\$25 millones (2%). El restante 26% se transfirió a la asistencia poblacional interregional.

- En 1996, 37% de los gastos finales para la asistencia a la población fueron para servicios de planificación familiar, 33% para servicios básicos de salud reproductiva, 16% para enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, y 14% para investigación básica, datos y análisis de política de desarrollo y población.

Fuentes

INFORMES anuales y páginas de internet de cuatro fundaciones privadas.

INSTITUTO Holandés Interdisciplinario de Demografía (Comp.) (1996). *1996 Global Assistance Report*. UNFPA. Internet: www.nidi.nl/resflows/reports/gpar96/gpar96.htm

LEWIS P. U.N. Meeting splits sharply on limiting population. *The New York Times* 1999, junio 30; Section A:9.