

Salud reproductiva

como POLITICA *y en la* PRACTICA

Estudios de caso de Brasil, India, Marruecos y Uganda

*por*

Lori Ashford

*y*

Carolyn Makinson

## Factores que apoyan u obstaculizan el cambio

**L**os estudios de caso señalan una serie de factores que han facilitado el cambio de políticas y programas relacionados con la salud reproductiva, muchos de ellos en el ámbito social, político y económico en que se desenvuelven los programas, como la reforma del sector de sanidad, la actividad preconizadora de las ONG, y la voluntad política a alto nivel.

En Brasil la reforma sanitaria ha dado lugar a mejoras en los servicios de salud reproductiva, al establecer un sistema de atención sanitaria universal con énfasis en la descentralización de la toma de decisiones, la igualdad de trato y acceso, y la atención sanitaria primaria. Asimismo en Brasil los preconizadores de causas lucharon durante años para que el gobierno nacional continuara velando por la salud reproductiva y los derechos de la persona, aunque hubiera pequeños retrocesos. En Marruecos, la creciente sociedad civil —y especialmente los grupos dedicados a mejorar la condición social de la mujer y abordar el problema del SIDA y la infección por el VIH— ha apoyado el avance de los objetivos de salud reproductiva.

También ha tenido gran importancia el apoyo de personalidades nacionales y donantes internacionales, como en el caso de la firmeza del gobierno de Uganda ante la crisis del SIDA y la infección por el VIH, y el reconocimiento por parte del gobierno de la India de la necesidad de cambiar radicalmente su programa de planificación familiar. Asimismo, no hubiera existido progreso alguno de no ser por la apertura al cambio por parte de los directores y personal sobre el terreno del sistema de salud, muchos de los cuales se han mostrado receptivos a nuevas ideas y enfoques, y tienen interés en mejorar los servicios ofrecidos a los usuarios.

Los estudios también señalan importantes obstáculos en la mejora de los servicios de salud reproductiva, siendo algunos países más afectados que otros, por ejemplo:

- ▶ Divisiones burocráticas y falta de comunicación en el seno de los ministerios de salud (por ejemplo entre los departamentos que se ocupan de la planificación familiar y el combate de las ETS) y a nivel interministerial (como entre la Secretaría de Salud y la que vela por los derechos de la mujer) han impedido adoptar un enfoque integral para mejorar el sector sanitario y reducir la desigualdad entre los sexos.
- ▶ El tiempo que se tarda en cambiar las actitudes de los proveedores de atención a la salud. Muchos empleados del sector público están sobrecargados de

**En algunos lugares existe una tendencia cultural institucional a dar poca importancia a los derechos del «usuario» o de la persona.**

trabajo y ganan poco, y se dice que a veces muestran poco interés por las necesidades del público que atienden; y en algunos lugares existe una tendencia cultural institucional a dar poca importancia a los derechos del «usuario» o de la persona.

- ▶ Los ministerios de salud, escuelas de medicina y programas de capacitación tienden a poner de relieve los aspectos técnicos de la salud reproductiva y no prestan suficiente atención al contexto social en que se toman las decisiones en temas de salud (por ejemplo, la incapacidad de las mujeres para buscar ayuda de urgencia si su marido está ausente, y su imposibilidad de lograr que su pareja use condones para protegerse contra las ETS).
- ▶ Los gobiernos con frecuencia se muestran renuentes a hacer frente a temas polémicos como el aborto, la conducta sexual de los adolescentes o la prevención de la infección por el VIH y las ETS, debido a la oposición expresada por los grupos conservadores.
- ▶ En muchos países (y a nivel regional dentro de un mismo país) existe escasez de infraestructura y recursos humanos. Las comunidades aisladas y con poca educación a menudo disponen de poca información confiable sobre problemas de salud reproductiva, y carecen de medios para hacerles frente.
- ▶ Toda mejora en los servicios, así como todo nuevo programa exige la capacitación o reorientación del personal de salud, y la actualización de los conocimientos y destrezas de miles de trabajadores es una tarea enorme que abarcará mucho tiempo.

El progreso realizado es incluso más impresionante si se tienen en cuenta todos estos obstáculos. Otro problema es que los recursos financieros son insuficientes y los fondos disponibles se usan mal, y ambas cosas impiden la realización de muchas mejoras.

# Agradecimientos



Los cuatro estudios de caso y este informe han sido posibles gracias al financiamiento recibido de la Fundación Rockefeller y la Fundación de David y Lucile Packard. Este informe se basa en los estudios de caso y en conversaciones que tuvieron lugar en reuniones con los investigadores y el comité directivo internacional del proyecto. Los autores se hacen responsables de la veracidad de los hechos y análisis aquí presentados, los cuales no reflejan necesariamente el punto de vista de los participantes en el proyecto, el PRB o las instituciones donantes.

Los autores desean expresar su agradecimiento a los cuatro equipos de investigación que tanto se esforzaron en la preparación de los estudios de caso, así como a los miembros del comité directivo internacional por su tiempo y su valioso asesoramiento, y a los financiadores del proyecto, quienes contribuyeron ideas y orientación durante todo el proceso. Asimismo agradecemos los útiles comentarios recibidos de muchos de los participantes durante la preparación de del informe, y deseamos reconocer especialmente el perseverante apoyo general recibido de Elizabeth Ransom.

## INFORMACIÓN PARA SOLICITAR EJEMPLARES ADICIONALES

Para obtener copias de este informe o de los informes de los estudios de caso sobre Brasil, India, Marruecos o Uganda, pónganse en contacto con el PRB (en la dirección que aparece en la contraportada). Los estudios de caso están sólo disponibles en inglés, excepto por los informes de Brasil y Marruecos que también estarán disponibles en portugués y francés, respectivamente.

Este informe también aparece en su totalidad en Internet,  
<http://www.prb.org>.



## Reconocimientos

*Diseño y producción:*  
ALPHAWAVE DESIGNS

*Directora editorial:*  
SARA ADKINS-BLANCH

*Traducción al francés:*  
PASCALE LEDEUR

*Traducción al portugués:*  
JONES DE FREITAS

*Traducción al español:*  
ANGELES ESTRADA

*Impresión:*  
THE OFFSET HOUSE

*Cubierta y fotos de la página 4:*  
S. SPRAGUE; MARRUECOS  
M. EDWARDS/STILL PICTURES; BRASIL  
D. JACOBSON; INDIA  
T. BELSTAD/PANOS PICTURES; UGANDA

---

Enero de 1999

# Índice

---

Resumen	5
Introducción	6
Evaluación del cambio	8
El contexto más amplio	10
Políticas que apoyan la salud reproductiva	12
Mejoras en los servicios de salud reproductiva	14
Factores que apoyan u obstaculizan el cambio	19
Recursos dedicados a la salud reproductiva	20
Con vistas al porvenir	23
Apéndice 1: Participantes en el proyecto	24
Apéndice 2: Resúmenes de los estudios de caso	
— <i>Brasil</i>	25
— <i>India</i>	27
— <i>Marruecos</i>	29
— <i>Uganda</i>	31
Recuadros:	
— <i>El movimiento femenino en Marruecos</i>	11
— <i>El debate sobre el aborto en Brasil</i>	12
— <i>La lucha contra las ETS y la infección por el VIH en Uganda</i>	17
— <i>Eliminación de cuotas de métodos anticonceptivos en dos estados de la India</i>	18
Cuadros y gráfica:	
— <i>Indicadores nacionales demográficos y de salud</i>	6
— <i>Principales avances en los servicios de salud reproductiva</i>	16
— <i>Gasto en salud per cápita</i>	20

---

## Resumen



**E**l quinto aniversario de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) ofrece a los gobiernos y organizaciones no gubernamentales (ONG) la oportunidad de repasar el progreso realizado respecto a las metas a cumplir en un plazo de 20 años. Las 180 naciones que se reunieron en El Cairo en 1994 acordaron un Programa de acción que representaba un nuevo enfoque en temas de población, ampliaba el alcance de las políticas demográficas del pasado y hacía un llamado a los gobiernos para que cooperaran en diferentes áreas, con vistas a promover el bienestar social e individual. También se proponía proporcionar los servicios de planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva en general.

Para evaluar la aplicación de las consignas de El Cairo en diversos contextos, investigadores de alto nivel en Brasil, India, Marruecos y Uganda, realizaron estudios de caso sobre los cambios en los lineamientos y servicios de salud reproductiva, y el ambiente social y político en que se desenvuelven las iniciativas. También analizaron la forma de recaudar fondos y su asignación a programas de salud reproductiva.

¿Qué consiguió la conferencia de El Cairo? En los cuatro países, la CIPD consolidó los esfuerzos que ya se venían haciendo para ofrecer servicios de planificación familiar en el marco de sanidad en general, y a veces sirvió como catalizador para ciertas acciones, por ejemplo la eliminación de las cuotas nacionales de ciertos métodos de planificación familiar en la India y el progreso realizado en el debate sobre el aborto en Brasil. Como es de imaginar, los avances en salud reproductiva y la condición de la mujer varían de un país a otro, e incluso dentro de cada país, además de que no existe ninguna nación que haya hecho frente a todas las metas propuestas por la conferencia.

Los estudios realizados indican importantes cambios en el ambiente político, social y económico en que se plantean las metas de salud reproductiva. En todos los países analizados se observa mayor apertura en la toma de decisiones políticas, un aumento de actividad en las ONG y creciente visibilidad e influencia de los movimientos que afianzan los derechos de la mujer. Todos estos cambios parecen favorecer la aplicación del Programa de acción de El Cairo. Existe asimismo una creciente delegación de la autoridad nacional hacia los gobiernos locales e importantes reformas en el funcionamiento de los sistemas de salud. Estas tendencias podrían apoyar u obstaculizar los esfuerzos para lograr el acceso universal a los servicios de salud reproductiva; en cualquier caso, es necesario conocer debidamente la situación para continuar avanzando.

También han tenido lugar cambios en los servicios en sí. Se ha tratado de elevar su calidad (por ejemplo, ofreciendo mayor variedad de métodos anticonceptivos),

estimular una mayor integración de la planificación familiar con otros servicios de salud, y poner mayor interés en los grupos desatendidos, pero todavía queda mucho por hacer. Si bien el comienzo fue alentador, como se describirá más adelante en este informe, hay que hacer más por atender las necesidades de los adolescentes, ampliar el acceso al tratamiento para combatir las consecuencias de abortos en condiciones de riesgo, y proporcionar servicios (aunque sean pocos) para atender problemas como el cáncer en el sistema reproductivo, la infertilidad y el SIDA. Asimismo deben mejorarse las relaciones interpersonales entre los proveedores de servicios y los usuarios para que las mujeres estén bien informadas de las opciones a su disposición, y que elijan lo que más convenga a sus necesidades. Esto implica cambiar hábitos de toda una vida, y eliminar los prejuicios de clase y discriminación sexual que algunos usuarios y trabajadores de salud exhiben en las clínicas.

Dado que los avances nunca son homogéneos, es de esperar que existan discrepancias entre los observadores respecto a lo que se ha logrado. Es fácil señalar las áreas donde quedan cosas por hacer, como la necesidad de pasar de políticas y proyectos pilotos a la práctica generalizada, y la resolución de temas que crean polarización social, como la sexualidad de los adolescentes y el aborto en condiciones de riesgo; pero el progreso a cualquier nivel implica un incremento en los recursos, mejor uso de los medios existentes, perseverancia entre quienes luchan por el cambio en medio de obstáculos que parecen insalvables, y una colaboración eficaz entre gobiernos, organismos donantes, entidades investigadoras y los defensores de esta causa. En último término, es el usuario el que debe impulsar las decisiones sobre políticas y servicios de salud reproductiva.



## Introducción

**E**n la CIPD que tuvo lugar en 1994 en El Cairo, los representantes de 180 países llegaron a un nuevo consenso sobre la forma de abordar temas relativos a la población mundial. Acordaron que las políticas demográficas deben ir más allá de la planificación familiar para considerar el desarrollo social —y en particular mejorar la condición social de la mujer—, y que la planificación familiar debe proporcionarse en el contexto más amplio de la salud reproductiva, que incluye asimismo servicios para asegurar el embarazo y el parto sin riesgos, la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), información y asesoría sobre sexualidad y otros servicios de salud para la mujer.

En conferencias anteriores de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que abordaron cuestiones de población desde una perspectiva social amplia, se pusieron de relieve problemas como el contraste entre el lento desarrollo económico en el hemisferio sur y su rápido

crecimiento demográfico, y muchos gobiernos apoyaron la solución de adoptar programas de planificación familiar; pero cuando se celebró la conferencia en El Cairo reinaba la inquietud cada vez más arraigada de que algunas políticas y programas ponían excesivo énfasis en reducir la fertilidad y el crecimiento demográfico, porque, según los críticos, se concentraban exclusivamente en los programas de planificación familiar, sin preocuparse suficientemente de mejorar la calidad de vida, y en particular la condición de la mujer.

La esencia del Programa de acción de El Cairo es simple: Responder a las necesidades de la gente y contribuir a resolver el problema colectivo del alto crecimiento demográfico, pero en la práctica es difícil abordar la gran variedad de necesidades individuales. El Programa de acción de El Cairo contiene cientos de recomendaciones sobre temas de salud, desarrollo y bienestar social, pero desde que se celebró la conferencia, los gobiernos y las ONG han venido enfrentándose al problema de llevar dichas recomendaciones a la práctica, y existen pocos modelos en el mundo en desarrollo sobre la forma de proporcionar una variedad de servicios complejos cuando existen pocos recursos.

Algunos países se han esforzado por integrar la planificación familiar con otros servicios, eliminar el establecimiento de «cuotas» de uso de métodos anticonceptivos para medir el desempeño del personal, desarrollar nuevas estrategias en salud reproductiva y revisar las leyes sobre la condición y los derechos de la mujer. Con objeto de recoger algunas de estas experiencias, el *Population Reference Bureau* (PRB) coordinó un proyecto de estudios de caso en cuatro países —Brasil, India,

Cuadro 1

### Indicadores nacionales demográficos y de salud

	BRASIL	MARRUECOS	INDIA	UGANDA
Población total en millones (cálculo a mediados de 1998)	162,1	27,7	975,0	21,0
Porcentaje urbano	78	53	26	14
Tasa global de fertilidad (nacimientos por mujer)	2,4	3,1	3,5	6,9
Porcentaje de mujeres casadas que usan anticonceptivos	77	59	41	15
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	41	62	72	81
Número de mujeres que asisten a la escuela secundaria por cada 100 varones	134	75	65	59
PNB per cápita (EE.UU. \$ 1996-97)	4.400	1.300	380	300

Fuentes: Carl Haub y Diana Cornelius, *1998 Cuadro de la población mundial* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1998); y Lina Parikh y Barbara Shane, *1998 Mujeres de nuestro mundo* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 1998), e informes de país.

Marruecos y Uganda— en que los investigadores se vieron asesorados por un comité directivo internacional. (El Apéndice 1 enumera los participantes en el proyecto.)

¿Por qué se eligieron estos cuatro países? En primer lugar se seleccionaron debido a su diversidad de regiones geográficas, niveles de desarrollo y condiciones sociales, de sanidad y culturales. (El Cuadro 1 proporciona información demográfica y de salud sobre cada país.) En segundo lugar, se sabía que cada uno de ellos estaba aplicando nuevas políticas y programas en respuesta al Programa de acción de El Cairo, y los organizadores del proyecto pensaron que los encargados del establecimiento de políticas en otros lugares estarían interesados en conocer las experiencias de estos países, sus logros y fallos.

El enfoque de los estudios de caso fue selectivo. Entre las recomendaciones principales de la conferencia de El Cairo se encuentran las relativas a la salud reproductiva, lo que la diferencia de otras conferencias de la ONU. Los organizadores del proyecto tenían particular interés en conocer hasta qué punto el nuevo interés en satisfacer las necesidades de salud reproductiva a nivel individual estaba llevándose a la práctica sobre el terreno; por ello los estudios de caso se concentraron en los cambios en las políticas y servicios de salud reproductiva y la forma en que se han recabado y utilizado recursos para proporcionar dichos servicios. En algunos casos también se describen notables cambios en el contexto social y económico en general, especialmente en lo referente a la condición de la mujer. Los investigadores utilizaron una variedad de métodos para recopilar información, incluidas revisiones de los datos existentes, entrevistas con autoridades encargadas del establecimiento de políticas y

**Algunos países se han esforzado por integrar la planificación familiar con otros servicios, eliminar el establecimiento de «cuotas» de uso de métodos anticonceptivos para medir el desempeño del personal, desarrollar nuevas estrategias en salud reproductiva y revisar las leyes sobre la condición social y los derechos de la mujer.**

proveedores de atención a la salud, y debates en grupos focales con usuarios de servicios de salud reproductiva.

Aunque los estudios de caso tienen puntos en común, no se basaron en las mismas preguntas, sino que cada estudio describe las tendencias nacionales de forma general y luego se concentra más a fondo en temas de especial interés. En cada caso los investigadores seleccionaron un pequeño número de comunidades e instalaciones sanitarias del país, para ilustrar logros específicos y los obstáculos enfrentados al aplicar las recomendaciones de la conferencia. Los ejemplos presentados no son necesariamente representativos del país en general.

Esta síntesis resalta las lecciones de especial interés extraídas de cada país pero no es un informe completo, por lo que hay que leer por separado los estudios de caso, cuyo contenido es tan rico

y complejo como los países mismos. (El Apéndice 2 proporciona resúmenes de los estudios de caso y la página de Agradecimientos explica la forma de obtener los informes completos.) Esperamos que tanto los estudios de caso como los ejemplos aquí seleccionados sean de utilidad a países con similares oportunidades y obstáculos en otras partes del mundo.

## Evaluación del cambio

**Cinco años después de la conferencia de El Cairo, las autoridades encargadas del establecimiento de políticas, así como los investigadores y defensores de esta causa tienen la oportunidad de revisar el progreso realizado hasta la fecha en las metas propuestas por la conferencia, y determinar lo que todavía queda por hacer. Sin embargo debemos reconocer que es difícil calcular los avances realizados en un Programa de acción de tal magnitud, e incluso si pudieran computarse sería difícil saber qué cambios se deben directamente a la CIPD, aparte de que existen una serie de factores que dificultan dicha evaluación.**

En primer lugar, la CIPD no fue un evento sino un proceso; los preparativos tuvieron lugar durante varios años y hubo debates en diversas partes del globo, que se vieron afectados por la opinión y las políticas y programas emergentes en una serie de países, y a su vez afectaron acontecimientos a nivel nacional. Los cuatro estudios de caso consideran a la CIPD como el catalizador que dio lugar a actividades a nivel nacional, pero la conferencia no fue ni el único, ni el primer impulso en el área de salud reproductiva, sino que también fue resultado, por ejemplo, de los acontecimientos nacionales y la actividad de grupos defensores de causas tanto en la India como en Brasil —países cuya influencia en la CIPD podría decirse que fue tan grande como el que la conferencia tuvo sobre ellos.

En segundo lugar, ha habido una serie de conferencias de la ONU que han tenido un efecto acumulado sobre las políticas nacionales e internacionales de salud y desarrollo social. Aparte de la conferencia de El Cairo en 1994, se encuentran las siguientes: la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, que tuvo lugar en 1993 en Viena; la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, celebrada en Copenhague en 1995; y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, que se realizó en Pekín en 1995. Un elemento común de todas estas conferencias ha sido la promoción de los derechos de la mujer, lo que se ha convertido en un tema de prioridad en muchos países.

En tercer lugar, el proceso de ejecución es complicado y no siempre tiene lugar sin desviaciones. Las prioridades

Los cuatro estudios de caso consideran a la CIPD como el catalizador que dio lugar a actividades a nivel nacional, pero la conferencia no fue ni el único, ni el primer impulso en el área de salud reproductiva.

nacionales son continuamente reevaluadas, y los compromisos aceptados en conferencias internacionales no constituyen sino una de las muchas exigencias que las autoridades normativas tienen ante sí. Los preconizadores de programas y políticas pueden hacer logros en ciertas áreas, y luego ver dichos avances frustrados por otro grupo de ciudadanos que propugnan políticas diferentes. Asimismo, el progreso es desigual dentro de cada nación, dadas las diferentes condiciones sociales y económicas que existen entre diversas regiones y comunidades.

Finalmente, la difusión de nuevas ideas y formas de hacer las cosas llevan tiempo, como vimos varias veces en los estudios de caso. Por ejemplo, es más fácil escribir un nuevo plan de capacitación médica, que cambiar las actitudes de los médicos hacia sus pacientes; y es más fácil proporcionar servicios a las mujeres casadas, que entablar contacto con las mujeres solteras o adolescentes. También presenta menos obstáculos modificar las leyes relativas a la condición de la mujer que cambiar las circunstancias sociales que crean la desigualdad social entre los sexos.

No obstante todo lo anterior, creemos que se están realizando importantes cambios. El resto del informe documenta algunos de ellos, así como los factores que han impulsado o frenado el avance.



## El contexto más amplio

**E**stán teniendo lugar importantes cambios en gran parte del mundo en desarrollo que afectan el contexto en que se conciben y aplican las políticas internacionales sobre salud y población. Entre los principales cambios están: una actitud menos restrictiva en las decisiones políticas, la delegación de autoridad de los gobiernos nacionales a los locales, la creciente importancia política de los temas de interés para la mujer, y las reformas institucionales y financieras en el sector de salud.

### EL PROCESO DE FORMULACIÓN DE POLÍTICAS

Brasil, Marruecos, la India y Uganda se han mostrado más receptivos en sus decisiones políticas, han delegado autoridad del gobierno nacional a los gobiernos locales, y su «sociedad civil» —las ONG— ha ganado importancia. En cierto modo estos cambios complican el proceso de toma de decisiones, pero también hacen más probable que los ciudadanos influyan sobre las decisiones que se tomen, las acepten y exijan su ejecución.

En Brasil, los autores del estudio de caso indican que, «desde el decenio de 1980, la democratización ha alargado sin duda el proceso de toma de decisiones normativas, pero también ha permitido que la comunidad que aboga por causas sociales exprese su opinión, y ha hecho posible el debate público sobre salud reproductiva y derechos. La adopción de dichas causas por distintos actores y portavoces del sentir social no hubiera sido posible sin un debate político sin restricciones sobre lo que ello significa».

Asimismo, la devolución de la autoridad por parte del gobierno central a los gobiernos regionales o locales conlleva oportunidades y exigencias. Debido a que la comunidad participa de forma más directa en el establecimiento de prioridades, el desarrollo de programas y la distribución de recursos, la descentralización de la autoridad gubernamental debería dar lugar a programas y políticas que respondan más acertadamente a las necesidades locales. El riesgo consiste en transferir responsabilidades antes de que los gobiernos locales dispongan de la capacidad gerencial necesaria, y también que las comunidades locales no detecten prontamente lo que constituyen prioridades de importancia nacional— como frenar la propagación de las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH —, o que tardan en

Desde que tuvieron lugar las conferencias de El Cairo y Pekín, existe mayor debate sobre temas relativos a las diferencias entre los papeles adscritos por la sociedad al hombre y la mujer,... por lo que muchas nuevas políticas y programas tratan de reducir la desigualdad entre los sexos.

actuar en consonancia; por ello es de esperar que los objetivos nacionales no avancen por igual en distintos estados y municipalidades. Sin embargo no es probable que el proceso de descentralización se invierta en un futuro previsible, y ello constituye un problema para los organizadores de la conferencia de la ONU, ya que los representantes nacionales participan en los debates y firman acuerdos internacionales de la misma forma que antes, pero cada vez corresponde más a las autoridades locales la responsabilidad de ejecutar dichos acuerdos, y es posible que haya discrepancias entre las prioridades de unos y otros.

Recientemente se ha observado un aumento en el número de ONG y su influencia en el establecimiento de políticas. Las 76 ONG de Marruecos (una tercera parte de las cuales fueron creadas a partir de 1994) se dedican

actualmente a temas de interés para la mujer y el desarrollo. En otros países se considera que las ONG han influido en la adopción de la última generación de políticas nacionales. También va en aumento el número de asociaciones que generan mayor apoyo a nuevas políticas y programas (por ejemplo la colaboración entre el gobierno y las ONG, y la cooperación dentro del sector de las ONG entre académicos, defensores de causas y organizaciones proveedoras de servicios). Asimismo no queda duda de que las reuniones nacionales e internacionales sobre cuestiones normativas se han vuelto más dinámicas y variadas en el decenio de 1990, gracias a una mayor presencia de las ONG. Por otra parte no todas las ONG de los países en desarrollo son realmente organizaciones de base surgidas del propio país; algunas son dependencias gubernamentales y otras representan intereses del exterior.

### LA IMPORTANCIA POLÍTICA DE LA MUJER

Gracias en gran parte a las actividades de los defensores de los derechos de la mujer, la condición de la mujer ha pasado a primer plano en los debates tanto de política

nacional como internacional. Desde que tuvieron lugar las conferencias de El Cairo y Pekín, existe mayor debate sobre los temas relativos a las diferencias entre los papeles adscritos por la sociedad al hombre y la mujer. Los gobiernos y organismos donantes reconocen cada vez más la posición de inferioridad de la mujer en el plano legal, social y económico, y los efectos adversos que esto supone para el desarrollo nacional, por lo que muchas de las nuevas políticas y programas tratan de reducir la desigualdad entre los sexos.

Hay indicios (al menos documentales) de que se está obrando un cambio real en la condición de la mujer. La nueva Constitución de Uganda garantiza la participación política de la mujer, al reservar para las mujeres un 30 por ciento de todos los escaños electorales. Asimismo el gobierno ha adoptado otras políticas: la Política nacional sobre la condición social de los sexos, que tiene por objeto considerar todos los aspectos del desarrollo relativos a uno y otro sexo; la Ley de la tierra, que establece un nuevo medio para permitir la tenencia de tierras por mujeres; y la Política de educación primaria universal, que reserva la mitad de matriculaciones en todas las escuelas para la educación de las niñas. De forma similar se han promulgado nuevas leyes en la India que reservan para las mujeres una tercera parte de todos los cargos políticos en los organismos de gobierno a nivel local; y Brasil ha establecido un cupo de representación femenina en los organismos legislativos nacionales y locales, que asigna a las mujeres un 30 por ciento de los escaños; sin embargo, se necesitará tiempo para que las comunidades se ajusten a estos cambios, aparte de que existen una serie de barreras sociales que impiden la eficaz aplicación de dichas leyes.

### REFORMAS EN EL SECTOR DE LA SALUD

También están teniendo lugar cambios igual de trascendentales en la organización y financiamiento de los sistemas nacionales de salud. La reforma es frecuentemente una condición para recibir fondos de instituciones financieras internacionales, como el Banco Mundial, y también es forzada por la mayor necesidad de austeridad económica. Al igual que con la descentralización del poder político, la reforma del sector sanitario puede ayudar u obstaculizar el avance hacia las metas de salud reproductiva.

Un aspecto positivo es que las reformas frecuentemente tratan de canalizar los subsidios públicos hacia los ciudadanos más necesitados y ponen énfasis en proporcionar servicios de atención primaria de bajo costo, en vez de intervenciones caras de alto nivel tecnológico. Asimismo, en la mayoría de los contextos la reforma sanitaria exige que los gerentes consideren una mayor integración de los servicios de la que existiera en el pasado. Dichas reformas generalmente son congruentes con las

recomendaciones de El Cairo. Por otra parte, al tratar de distribuir la totalidad de los recursos de sanidad de forma más eficaz, los planificadores tienen en cuenta los diversos componentes de atención a la salud en el área de reproducción (planificación familiar, prevención de las ETS y la atención que conllevan el embarazo y el parto), en comparación con las muchas otras necesidades de salud de la población (como la lucha contra el paludismo, la tuberculosis y las enfermedades infantiles, la respuesta a problemas relacionados con el fumar y el abuso de drogas, y el tratamiento de lesiones). Puede que algunos componentes de la salud reproductiva reciban especial atención en los

#### Recuadro 1

### El movimiento femenino en Marruecos

Aunque cuentan con garantías constitucionales de igualdad de derechos políticos y legales, las mujeres marroquíes se encuentran en una situación muy desprivilegiada. La probabilidad de que sean analfabetas es mucho mayor entre ellas que entre los hombres (un 90 por ciento comparado con un 60 por ciento en áreas rurales, y un 50 por ciento comparado con un 25 por ciento en zonas urbanas); asimismo es menos factible que formen parte de la población activa (la cual está compuesta por una tercera parte de las mujeres y el 80 por ciento de los hombres), y tienen menos derechos que los hombres en lo que se refiere al matrimonio, el divorcio y las herencias. Estas desventajas se encuentran codificadas en leyes sobre la condición social de la persona y son apoyadas por las costumbres de la sociedad.

Recientemente han tenido lugar importantes cambios legales y normativos. El gobierno estableció un ministerio especial para tratar los temas relacionados con la infancia y la familia. Existe una proliferación de ONG dedicadas principalmente a temas de interés para la mujer y su progreso social, incluyendo mecanismos para proporcionar microcréditos a mujeres pobres. Las leyes sobre la condición social de la persona han sido revisadas, y se han tomado medidas para combatir el analfabetismo y reducir la violencia en el seno de la familia. Los cambios en las leyes sobre la condición social de la persona ordenan que sólo se podrá dar por terminado el matrimonio con el total consentimiento de la esposa, y que la poligamia sólo tendrá lugar con el conocimiento de la primera esposa y las esposas subsiguientes; también se establecen restricciones legales sobre el derecho del marido a divorciarse de su esposa de forma unilateral. Los promotores de los derechos de la mujer critican estas reformas, porque dicen que no son suficientemente extensas, y es probable que los cambios no hayan llegado a tener repercusión alguna en la experiencia diaria de la mujer, especialmente en las zonas rurales y aisladas.

presupuestos gubernamentales, si la necesidad parece ser apremiante o si afectan a un gran porcentaje de la población; pero no siempre será ese el caso. Quienes deseen influir en la asignación de recursos en este área de salud, deben entender y participar en los debates sobre el financiamiento del gasto y el establecimiento de prioridades.

## Políticas que apoyan la salud reproductiva



**Aunque no son más que un elemento en la ejecución de los programas, las políticas nacionales dan un importante impulso y orientación a las iniciativas locales. Los estudios de caso analizan la evolución de las políticas nacionales sobre la salud reproductiva en los últimos cinco años. En los cuatro países, sus gobiernos han preparado una gran cantidad de leyes nuevas y documentos sobre estrategias, y deliberado sobre ambos.**

### Recuadro 2

#### El debate sobre el aborto en Brasil

En Brasil la adopción de las recomendaciones de El Cairo no representó un gran cambio normativo, ya que el país había adoptado un amplio programa de salud reproductiva 10 años antes; pero la conferencia sirvió para ampliar el debate sobre el aborto y ofrecer mayor acceso a dichos servicios. El Programa de acción hizo un llamado a proporcionar servicios de aborto sin riesgos, en los lugares donde lo permita la ley, y adoptar una actitud compasiva en el tratamiento de las complicaciones resultantes de abortos en condiciones peligrosas, tanto en los lugares donde sea legal como donde esté prohibido.

Los promotores de derechos y salud reproductiva en Brasil llevan luchando desde 1985 por asegurar la facilidad de acceso a servicios de aborto en los dos casos permitidos por la ley: cuando la salud de la mujer está en peligro y en casos de violación. Los doctores se mostraron renuentes a ofrecer los procedimientos, tanto por falta de información sobre las disposiciones legales, como debido a sus creencias personales. A principios de la década de 1990 se presentó ante el Congreso brasileño una disposición legal pidiendo que el sistema de salud pública pusiera el aborto a la disposición de toda mujer que lo solicitara en los dos casos concretos aprobados por la ley (aunque están definidos de forma muy restrictiva). En 1995, tras las conferencias de El Cairo y Pekín, se sometió a consideración del Congreso una nueva disposición «contra el aborto», la cual fue estudiada y rechazada por un comité especial, con lo que tuvo lugar a un acalorado debate público sobre el tema. En 1997, un comité del Congreso aprobó el acceso al aborto legal, con la consiguiente reacción por parte de los conservadores, y una campaña nacional de envío de cartas a los legisladores por parte de los defensores de la libertad de reproducción.

Por una parte, el debate ha causado duros enfrentamientos entre los defensores de la libertad de reproducción y las coaliciones religiosas conservadoras, pero también la discusión pública de estos temas ha contribuido a promover un mayor entendimiento, entre gerentes y personal profesional de sanidad, sobre la necesidad y el significado de los servicios legales de aborto. En las palabras de un director de salud en Recife, «Hemos utilizado el razonamiento de El Cairo: el aborto es un problema de salud; cuando es legal tiene que ser inocuo, y tiene que existir compasión y tratamiento apropiado en casos de abortos incompletos». Desde 1994, el sistema público de sanidad ha aumentado de 2 a 12 los lugares que ofrecen servicios legales de aborto, y ha mejorado la calidad de la atención proporcionada después del aborto.

El estudio de caso de la India proporciona el ejemplo más extraordinario de cambio en la política nacional, ya que se eliminaron las cuotas impuestas por el gobierno nacional en su programa de planificación familiar. Varios factores contribuyeron a este cambio. El gobierno reconoció que dicho programa no estaba contribuyendo a reducir la tasa de natalidad (al concentrarse en la esterilización, se estaba desatendiendo la necesidad de las mujeres jóvenes de dejar más espacio entre un parto y otro), y el establecimiento de cuotas alentaba informes falsos sobre el uso de anticonceptivos. Asimismo grupos de mujeres y las ONG estaban expresando cada vez más su preocupación por la mala calidad de los servicios y el gran énfasis en la esterilización como principal método anticonceptivo. La comunidad internacional donante también instaba al gobierno a que reconsiderara la política nacional a este respecto. Poco después de la conferencia de El Cairo, las autoridades de sanidad de la India probaron a eliminar las cuotas por método, y en 1996 se abolió el sistema que establecía dichas cuotas obligatorias nacionales entre quienes aceptaran diferentes métodos de planificación familiar en todo el país.

En Brasil la conferencia de El Cairo estuvo precedida y seguida por una abundancia de debates públicos, siendo el más candente de ellos el relativo al aborto (ver el Recuadro 2). En Marruecos, las políticas relativas a la condición de la mujer representan el más importante indicio de cambio (ver el Recuadro 1, en la página 11). En Uganda, aparte de los cambios indicados en la página anterior, también se han propuesto nuevas políticas sobre población y adolescentes desde 1994.

Brasil y la India son ilustrativos del tiempo y el proceso que conlleva la adopción de políticas en todo un país. En Brasil se han necesitado más de 10 años para que la reforma sanitaria pase de ser meramente la política nacional, a que se efectúen cambios

La fotografía no aparece  
debido a restricciones de  
derechos de autor.

S. SPIRAGUE; MARRUECOS

reales sobre el terreno. Los principales factores en el avance registrado a partir de 1995 han sido la perseverancia de los defensores de causas y el fortalecimiento de los sistemas de salud a nivel local. En la India, donde apenas se debatieron los cambios en la política nacional antes de ser impuestos, parece que tendrá que pasar cierto tiempo para que sean conocidos por todos y se lleven a la práctica. Los proveedores de atención a la salud a nivel local están apenas comenzando a entender el significado del cambio normativo y las posibles consecuencias de los nuevos procedimientos. Las diferentes experiencias de Brasil y la India sugieren que la aceptación del cambio es mayor si existe amplio debate sobre el mismo.

Como es de esperar, las entrevistas de los estudios de caso revelan que el número de funcionarios de gobierno y representantes de ONG que están totalmente familiarizados con las recomendaciones de El Cairo es relativamente pequeño. En general la responsabilidad de la ejecución de los programas de salud reproductiva ha recaído principalmente sobre las autoridades de salud, cuya consigna ha pasado de la realización de programas de salud materno-infantil (incluida la planificación familiar), a la salud reproductiva de forma más general. Dichas recomendaciones también han contribuido al desarrollo de políticas por parte de otras secretarías de gobierno (como las que se ocupan de temas de población, la

condición de la mujer y la juventud), pero generalmente éstas no han tenido tantas posibilidades de iniciar y definir nuevas políticas como los ministerios de salud.

El Programa de acción de El Cairo ha proporcionado (a las autoridades encargadas del establecimiento de políticas a todos los niveles) expresiones y conceptos que les ayudarán a promover los nuevos objetivos de salud reproductiva. En Ceará, Brasil, el director del programa de salud de la mujer comentó: «Hemos venido utilizando constantemente las expresiones de El Cairo en nuestro diálogo con los directores y organismos de sanidad, así como con profesionales del ramo, y ello ha sido un instrumento esencial».

Por otra parte la conferencia de El Cairo dio lugar a una mayor toma de conciencia política sobre la salud reproductiva y su apoyo, así como una mayor disposición a fomentar nuevas iniciativas entre la comunidad de organismos donantes. También elevó el debate sobre el tema a nivel nacional y estimuló la actuación de las ONG, con lo que se pueden ver cambios concretos en los lugares donde los ministerios de salud han aprovechado estas oportunidades.

## Mejoras en los servicios de salud reproductiva

**E**l Programa de acción de El Cairo definió la salud reproductiva de forma integral por primera vez en un documento normativo internacional. La definición dice que «la salud reproductiva es un estado de total bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o debilidad...»; y añade que la atención a la salud reproductiva debe fomentar los derechos de las personas, incluido «el derecho a decidir libremente, y de forma responsable» el número de hijos que uno quiere tener y el espacio entre un parto y otro, así como el derecho a «tener relaciones sexuales gratificantes y sin riesgo».

A nivel operativo, la salud reproductiva abarca muchos elementos, incluida la información y los servicios de planificación familiar, la atención prenatal, el parto sin riesgos y la atención después del parto, la prevención y el tratamiento de la infertilidad, el aborto (donde no lo prohíba la ley), el tratamiento de las complicaciones derivadas de abortos en condiciones peligrosas, la prevención y el tratamiento de las ETS (incluido el SIDA y la infección por el VIH), la eliminación de costumbres nocivas (como la mutilación genital de la mujer), y otros servicios de salud para la mujer, como el diagnóstico y tratamiento del cáncer cervical y de mamas. El Programa de acción hace un llamado a todos los países para que proporcionen dichos servicios para el año 2015 en su sistema de atención primaria a la salud.

Un programa de tan amplias proporciones no puede llevarse a cabo de la noche a la mañana, especialmente en países pobres. Todos los países en los que se realizaron los estudios de caso han dado importantes pasos para lograr las metas propuestas en El Cairo, pero ninguno ha podido abordar todos los elementos. «Aunque quisiéramos, no podríamos abarcar todo lo de El Cairo», indicó un director de programa en Uganda, «hasta que los sistemas estén listos y se tenga personal para hacer frente a la carga de trabajo». La definición (en toda su extensión) ha sido usada principalmente en la preparación de documentos de estrategia nacional. A nivel operativo cada país ha abordado aquellos elementos cuya mejora parecía más factible.

### IMPULSO AL TRABAJO REALIZADO ANTES DE EL CAIRO

La conferencia de El Cairo dio vigor a las tareas que se venían realizando por mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar, como ofrecer a los clientes una mayor variedad de métodos anticonceptivos, mejorar la

«Aunque quisiéramos, no podríamos abarcar todo lo de El Cairo», indicó un director de programa en Uganda, «hasta que los sistemas estén listos y se tenga personal para hacer frente a la carga de trabajo».

capacidad de los proveedores de servicios para proporcionar información y asesoría, y ocuparse de grupos desatendidos, como los adolescentes y los hombres. Como se indica en el Recuadro 4 (pg. 18), el cambio más radical en la prestación de servicios ha tenido lugar en la India, donde el gobierno ha eliminado las cuotas preestablecidas a nivel central.

Han tenido lugar importantes cambios en las opciones de métodos anticonceptivos. En la India, estadísticas recientes sobre los servicios y entrevistas con los proveedores de los mismos indican que está empezando a haber cambios en la tradicional dependencia en la esterilización. En la actualidad

las mujeres están más enteradas de que existen métodos reversibles, y comienzan a pedirlos. En Brasil los programas de atención primaria a la salud también están proporcionando más métodos reversibles a las poblaciones desatendidas, y puede que se reduzcan las esterilizaciones ahora que el gobierno ha puesto límites en los números de cesáreas que pueden hacerse en los hospitales públicos—las mujeres frecuentemente solicitan ambas cosas a la vez. En Marruecos, donde el programa de planificación familiar básicamente había distribuido anticonceptivos orales, las entrevistas con mujeres revelan un conocimiento cada vez más extendido de otros métodos, como los dispositivos intrauterinos y las inyecciones de hormonas.

En lo que se refiere a la gran variedad de servicios bajo el rubro de salud reproductiva, ya antes de El Cairo se estaba tratando de incrementar el acceso para impedir la propagación de las ETS y hacer posible la «maternidad sin riesgos», incluyendo la provisión de atención obstétrica en caso de emergencias. Las iniciativas para la maternidad sin riesgos llevan en vigor desde hace tiempo, pero han recibido relativamente poco financiamiento o atención a alto nivel. Las siguientes actividades reflejan el renovado empeño en mejorar la salud materna:

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

- ▶ En Uganda, la educación pública ha creado una mayor conciencia entre parteras (diplomadas o no), trabajadores de salud y los líderes de la comunidad sobre la importancia de eliminar el riesgo en el embarazo y el parto. Se están probando nuevos sistemas de supervisión y remisión de pacientes para evitar retrasos en el transporte de mujeres a hospitales cuando necesitan atención médica urgente.
- ▶ El Ministerio de Salud de Marruecos ha añadido suplementos de hierro y yodo para hacer frente a la gran incidencia de anemia entre mujeres embarazadas, y también ha mejorado la infraestructura y capacitación en los hospitales que atienden urgencias obstétricas.
- ▶ En Brasil se ha registrado una mejora, tanto en la atención durante el embarazo como en el parto; entre 1995 y 1997 las consultas antes del parto aumentaron en un 51 por ciento.

### INICIATIVAS POSTERIORES A LA CIPD

A medida que se elevó el interés en la salud reproductiva, a raíz de la conferencia de El Cairo, los gobiernos y las ONG desarrollaron una serie de iniciativas nuevas, algunas de las cuales fueron posibles gracias a financiamiento adicional por las entidades donantes, mientras que otras surgieron dentro de los presupuestos de sanidad existentes. Muchas iniciativas son demasiado recientes para ser evaluadas, pero se debe mencionar que existen.

- ▶ En 1995, el gobierno marroquí estableció una política y programas nacionales para combatir la infección por el VIH y las ETS. En este último se ofrecían análisis de detección gratuitos y confidenciales, en colaboración con las ONG.
- ▶ En Brasil, el sistema de salud pública actualmente ofrece abortos en 12 lugares, bajo las condiciones permitidas por la ley, y se han reforzado los servicios de atención después del aborto. Asimismo se han establecido enlaces entre los programas de salud reproductiva y los que combaten el SIDA y la infección por el VIH. En 1996, se inició un programa piloto en cinco capitales estatales, para detectar la presencia de cáncer cervical, y en 1998 se lanzó una campaña nacional de prevención de este tipo de cáncer.
- ▶ En Uganda están realizándose programas de divulgación dirigidos a la población joven en la mayoría de los distritos del país, para pedirles que tengan relaciones sexuales con protección y que adopten una actitud responsable al traer hijos al mundo. Por otra parte, el resultado inicial de un nuevo programa para reemplazar la práctica tradicional de mutilación genital femenina con rituales menos peligrosos ha sido bueno.
- ▶ El gobierno de la India, además de eliminar las cuotas, ha establecido un nuevo programa denominado la iniciativa «de salud reproductiva e infantil».

Cuadro 2

**Principales avances en los servicios de salud reproductiva**

	<b>FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS EXISTENTES</b>	<b>NUEVAS INICIATIVAS DESDE 1994</b>	<b>ÁREAS QUE RECIBEN POCOA ATENCIÓN O QUE FALTA POR ABORDAR</b>
<b>Uganda</b>	Servicios de planificación familiar; combate de las ETS y la infección por el VIH, y atención a la salud materna: mejora en calidad e integración.	Sexualidad de los adolescentes, atención después del aborto, esfuerzos para eliminar la mutilación genital de la mujer.	Infertilidad, diversos tipos de cáncer, y tratamiento del SIDA.
<b>India</b>	Mayor atención a la salud materna dentro del programa de bienestar familiar.	Eliminación de cuotas en los programas de planificación familiar; mayor selección de métodos anticonceptivos; iniciativa de salud reproductiva e infantil; combate del SIDA y la infección por el VIH.	Aborto, atención a los adolescentes, infecciones del sistema reproductivo.
<b>Marruecos</b>	Mejor calidad en los servicios de planificación familiar y salud materna.	Programa nacional de combate a la infección por el VIH y las ETS; colaboración con el sector privado en planificación familiar; mayor selección de métodos anticonceptivos.	Aborto; servicios de esterilización y de tratamiento de la infertilidad y la menopausia; servicios para adolescentes y varones.
<b>Brasil</b>	Mayor calidad en la atención prenatal y obstétrica, enlaces entre el programa de combate de la infección por el VIH y las ETS y los servicios de salud reproductiva; integración de los servicios para adolescentes en los programas de atención primaria a la salud.	Servicios de aborto legal y calidad en la atención después del aborto; esfuerzos por reducir la proporción de cesáreas; acceso a métodos anticonceptivos reversibles; programa nacional de prevención del cáncer uterino.	Regulación y calidad de los servicios del sector privado; mayor eficacia en la prevención de la infección por el VIH entre las mujeres.

**ÁREAS QUE QUEDAN POR ABORDAR**

Los ejemplos de mejoras en el servicio que se muestran en el Cuadro 2 revelan el modo en que países con distintos niveles de ingreso y tradiciones abordan diversas necesidades de salud reproductiva. Entre las áreas que han recibido menor atención se encuentran aquellas que los planeadores de atención a la salud consideran inasequibles (como el tratamiento del SIDA, el cáncer y la infertilidad), o las que se consideran polémicas o no son aceptadas por la sociedad (como el combate del aborto en condiciones de riesgo, o la oferta de servicios a la población adolescente). En Brasil, el país más rico de los incluidos en este estudio, el sistema de salud pública ha introducido o probado a algún nivel la mayoría de los componentes de la salud reproductiva; pero los autores del estudio de caso observaron que dichos componentes necesitan estar más ligados entre sí y hay que hacer mayor esfuerzo para asegurar la calidad del servicio proporcionado por el sector privado, que atiende casi a una tercera parte de la población femenina.

En lo que se refiere a temas polémicos, hay indicios de que está surgiendo un debate público, incluso donde se han logrado pocos avances en servicios y programas. Por ejemplo, la violencia en contra de la mujer, la violación y la responsabilidad del hombre en la familia son temas que aparecen cada vez más en reuniones públicas y han comenzado a abordarse en algunos proyectos pilotos. En Brasil está teniendo lugar una ampliación de los servicios del aborto en el caso de

violación, bajo el marco de prevención de la violencia en contra de la mujer; pero, en general, tendrá que pasar tiempo para que estas nuevas iniciativas sean integradas totalmente en programas a gran escala.

**TRATANDO LAS NECESIDADES DE LOS ADOLESCENTES**

Los adolescentes requieren especial atención debido a que constituyen una importante proporción de la población y su número va en aumento, y porque generalmente tienen actividad sexual, con lo que se ven expuestos a embarazos no deseados, abortos en condiciones de riesgo y ETS. Lamentablemente los sistemas de salud pública de la mayoría de los países han ignorado sus necesidades.

En Uganda, donde la tasa de embarazos entre adolescentes es una de las mayores en todo África, los organismos de la ONU, las ONG y las fundaciones privadas han auspiciado pequeños programas a nivel de comunidad que proporcionan información y servicios de salud reproductiva a jóvenes y adolescentes en muchas partes del país. El gobierno de Uganda está diseñando una política de salud juvenil para dar orientación a los proveedores de servicios de salud, e incorporar servicios dirigidos a los adolescentes entre la atención sanitaria en general y otros programas pertinentes; comúnmente, los adolescentes no solicitan atención sanitaria, ni usan los mismos servicios que los adultos. También puede que los proveedores de servicios estén demasiado saturados para tratar de dirigirse a la población joven, y puede que no aprueben su conducta. En Marruecos, el gobierno no apoya oficialmente la provisión de servicios de salud

reproductiva para los adolescentes, debido a consignas religiosas que prohíben las relaciones sexuales antes del matrimonio, pero algunas ONG han desplegado actividades especiales para satisfacer las necesidades de este grupo de población.

En Brasil se estableció una política nacional en 1988 para fomentar la salud de los adolescentes y, aunque su aplicación no ha sido homogénea en todo el país, pueden observarse algunas de las mejores prácticas. En Ceará los programas de adolescentes y de salud de la mujer están colaborando estrechamente, y en Recife y Cabo todos los programas de salud familiar incluyen actividades dirigidas a los adolescentes. Hay indicios de que cuando se ofrece atención integral a la salud (incluida la atención durante el embarazo y después del parto, y el acceso a una variedad de métodos anticonceptivos) los adolescentes establecen fuertes lazos con el servicio. Como dijo una enfermera: «Escuchan todo lo que se les dice y siguen nuestros consejos; se convierten como en nuestras hijas».

### INTEGRACIÓN DE SERVICIOS

El Programa de acción sugiere crear mejores lazos entre todos los servicios de salud reproductiva, para satisfacer las necesidades de la persona de forma más integral. La integración de servicios no es algo totalmente nuevo en los países estudiados, la mayoría ya han combinado los servicios de planificación familiar y salud materno-infantil en su sistema público de salud, pero parece que dicha integración va en aumento y que ha tomado otras formas.

En Uganda los centros de salud actualmente ofrecen a diario planificación familiar, atención pre y posnatal, asesoría sobre las ETS y la infección por el VIH, educación sobre nutrición y vacunas para niños. Anteriormente, proveedores especializados proveían diversos servicios en días específicos. Las enfermeras de las clínicas piensan que esta integración es «una ventaja a medias». Su carga de trabajo ha aumentado, sin el correspondiente incremento salarial, pero comentan que la integración ahorra tiempo tanto a los proveedores del servicio como a los usuarios, y que al serles asignadas más responsabilidades disfrutaban de mayor prestigio. Es interesante que el estudio de caso muestra que la integración ha sido más rápida en los centros de salud que en los hospitales, aunque estos últimos proporcionan mayor variedad de servicios. Los informes sobre Uganda también indican que hay más clientes que utilizan planificación familiar y servicios de tratamiento de ETS (que anteriormente se veían con malos ojos en algunas comunidades) ahora que se ofrecen dentro de un contexto más amplio (ver el Recuadro 3).

#### Recuadro 3

### La lucha contra las ETS y la infección por el VIH en Uganda

La epidemia del SIDA y la infección por el VIH en Uganda ha representado un gran problema para el desarrollo social y económico del país, y dado lugar a una respuesta sin precedentes por parte del gobierno. Se calcula que 1,5 millones de ugandeses han sido infectados por el VIH (de una población total de 21 millones) y que un millón de niños han quedado huérfanos debido al SIDA. El grupo de edad más afectado por el SIDA (entre las edades de 15 a 50 años) ocupa una posición crucial en los sistemas de apoyo familiar, la población activa y el liderazgo de la sociedad.

El gobierno se dio cuenta en seguida del efecto devastador que el SIDA podía tener en el desarrollo, así como del gran papel de las ETS en su propagación; por ello, con la ayuda financiera de grandes entidades donantes, el país empezó a establecer una estrategia multi-sectorial a finales del decenio de 1980, con la participación de los ministerios de salud, trabajo, de la condición social del hombre y la mujer, de defensa, educación, información y agricultura. Entre los programas desplegados se encuentran campañas de información pública, investigación, pruebas de detección voluntarias y asesoría, la provisión de sangre inocua para transfusiones, programas de salud escolar, atención en el hogar a las personas con SIDA y una campaña nacional para tratar las ETS. El programa de combate a las ETS y la infección por el VIH recibe apoyo del Banco Mundial y pone especial atención en dirigirse a grupos desatendidos (en particular la gente joven) y en la participación de las comunidades locales y los padres. La Comisión de Uganda sobre el SIDA, que coordina políticas y programas en todo el país, incluye legisladores, funcionarios de gobierno y líderes religiosos. Los autores del estudio de caso indican que «la apertura deliberada del gobierno para resolver el problema de las ETS y la infección por el VIH ha facilitado la colaboración en estudios sobre la forma de tratar y combatir dicha infección y el SIDA, lo que redundará en beneficio de la comunidad internacional».

Estos esfuerzos están dando resultado. Casi toda la población adulta es consciente del peligro de contraer la infección por el VIH, y en algunas partes del país las tasas de infección entre las mujeres que solicitan atención prenatal ha disminuido al menos en una tercera parte. Asimismo la campaña contra el SIDA y la infección por el VIH ha creado una actitud más abierta respecto al tratamiento de problemas de salud sexual, y ha incrementado el compromiso del gobierno de proporcionar servicios de salud reproductiva a todos los segmentos de la población.

En Brasil, el programa para promover la salud de la mujer (*Programa Assistência Integral a Saúde da Mulher*, o PAISM), que se diseñó hace más de 10 años sin llevarse a la práctica, está siendo ahora integrado en el sistema de salud pública dentro de una estrategia más amplia de atención primaria. En un principio el programa fue diseñado para satisfacer una serie de necesidades de salud reproductiva, y hasta 1996 funcionó relativamente aparte del sistema



nacional de salud; pero con el proceso de reforma y descentralización del sistema de sanidad, los principios del programa han comenzado a incorporarse a los servicios básicos a nivel municipal. Los estudios de caso de Uganda y Brasil muestran, cada uno a su modo, que quizás las

innovaciones avanzan más rápida y eficazmente en los niveles inferiores del sistema de sanidad.

#### Recuadro 4

### Eliminación de cuotas de métodos anticonceptivos en dos estados de la India

En Tamil Nadu y Rajasthan, las cuotas de planificación familiar ya no son impuestas por el gobierno central, sino que se establecen a nivel local con la ayuda de un registro de parejas que reúnan ciertas condiciones. Existe un nuevo manual de evaluación de la comunidad que ayuda a los trabajadores de base a determinar las necesidades de planificación familiar de las parejas, para lo cual clasifican a éstas según el número de hijos que les quedan vivos, y si están usando o no métodos anticonceptivos. Una auxiliar de enfermera y partera de Tamil explicó que «al hacer una lista de las parejas en nuestra población que reúnen ciertas condiciones, preguntamos cuántos hijos vivos tienen en la actualidad, y luego, basándonos en ello, aconsejamos a las mujeres que solo tienen un hijo que utilicen un método temporal, y a las que tienen varios hijos que se esterilicen».

Existen diferencias en la forma en que diversos estados y comunidades deciden sus labores de planificación familiar, pero la estrategia se expresa en forma de cuotas y se espera que los trabajadores de salud cumplan con ellas. Si bien las necesidades de los usuarios y la opinión de los trabajadores de salud siguen siendo algo secundario en el proceso, tanto unos como otros están más satisfechos con el nuevo enfoque. Los usuarios dicen que «los trabajadores de salud no insisten únicamente en el uso de anticonceptivos», y estos últimos están de acuerdo en que las cuotas son ahora más realistas y que no se les regaña si no cumplen con ellas, lo que era normal en el pasado. En particular, algunos trabajadores de salud piensan que anteriormente las cuotas de planificación familiar les impedían concentrarse en otros servicios de salud materno-infantil. «Ahora no existe presión y podemos hacer preguntas sobre la salud de la mujer y sus hijos, además de que tenemos mayor aceptación entre la comunidad; la gente no nos cataloga únicamente como encargados de planificación familiar, sino que nos consulta sobre los problemas de salud de otros miembros de la familia».

En Tamil Nadu, ya se ha comenzado la capacitación en el nuevo enfoque de salud reproductiva e infantil, que incluye temas no considerados anteriormente, como la calidad de la atención, el interés en que las usuarias tomen decisiones tras conocer las opciones a su disposición, y la evaluación de las necesidades de la comunidad. Rajasthan apenas acaba de empezar a reeducar a sus trabajadores de salud. Por otra parte la planeación a nivel comunitario no se ha desarrollado en uno y otro estado tanto como esperaba el gobierno central, y todavía es un poco pronto para predecir el resultado del nuevo enfoque, especialmente en un país tan extenso y diverso como la India; pero las autoridades gubernamentales de ambos estados están tratando de corregir algunas de las limitaciones del enfoque utilizado en el pasado.

### OPINIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LOS SERVICIOS

Aparte de documentar las mejoras en los servicios, cada estudio de caso trató de averiguar si, en la opinión de las mujeres, se estaban atendiendo más sus necesidades. Los investigadores recibieron diversas respuestas al respecto.

Existen pequeños indicios de que las mejoras redundan en beneficio de la mujer, como lo indican los ejemplos anteriores. En Uganda, la integración de servicios de salud reproductiva en los centros locales de salud ha simplificado la vida de algunas mujeres. Una mujer embarazada comentó: «Ahora es mucho mejor venir aquí, porque tratan de todo todos los días...y se ahorra dinero». En la India, tanto los proveedores como los usuarios observaron que al reducir la presión para cumplir con las cuotas de planificación familiar se tiene más tiempo para tratar cuestiones de salud familiar. En Brasil, los enfoques innovadores para proporcionar tratamiento después del aborto han representado un gran avance, especialmente en lo que se refiere a responder a las necesidades psicológicas y de salud de la mujer.

Sin embargo los estudios contienen muchos ejemplos donde las mujeres se quejan de que el tratamiento no es suficiente, o no reciben información de los centros de salud. Los estudios sobre la satisfacción del cliente que se han llevado a cabo en Marruecos indican que existen una serie de problemas de comunicación entre proveedores y clientes. Algunos de ellos se deben a que los proveedores adoptan una actitud de superioridad, y otros a la falta de mujeres entre los trabajadores de salud. Las quejas expresadas por las usuarias ponen de relieve dos tipos de frustración principalmente: «que no nos explican los métodos anticonceptivos detalladamente» y «que sólo nos ofrecen planificación familiar, y no otro tipo de atención médica».

El énfasis que se ponga en la importancia de mejorar la relación entre el cliente y el usuario (junto con cualquier otro avance en otros aspectos de los servicios de salud) nunca será suficiente. Es posible que las quejas aumenten a medida que se desarrollen los programas, ya que las mujeres sabrán mejor lo que necesitan y esperan del sistema de salud, en cuyo caso quizás tales quejas y solicitudes sean el principal impulso que determine las mejoras que se hagan a los servicios.

## Recursos dedicados a la salud reproductiva

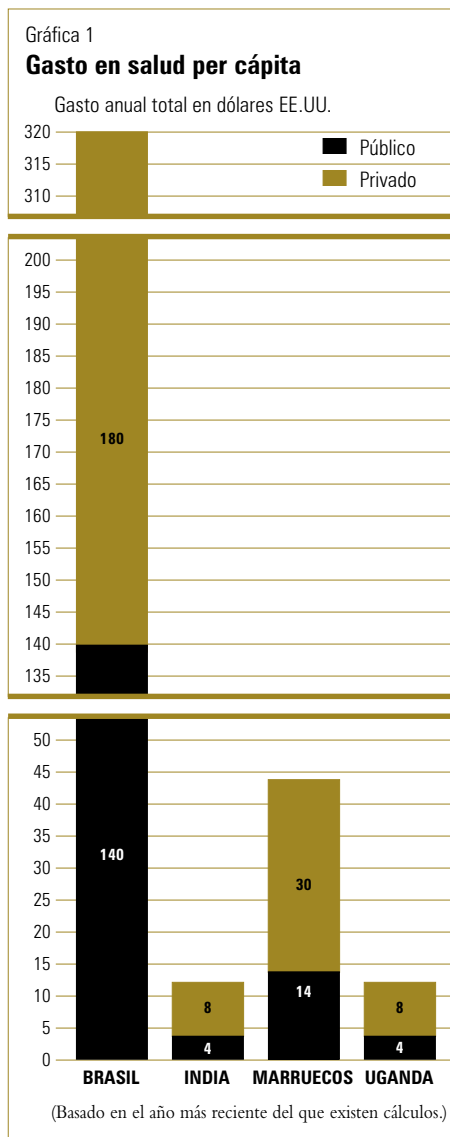
**L**os estudios de caso examinan las tendencias de la inversión en salud reproductiva en los últimos años, incluyendo la asignación de recursos a diferentes programas y los esfuerzos por atender las necesidades de grupos específicos. El análisis esclarece las prioridades y los papeles del gobierno, el sector privado (ONG, organizaciones comerciales y consumidores) y los donantes internacionales.

### NIVELES Y TENDENCIAS GENERALES DE FINANCIACIÓN

El Programa de acción de El Cairo pidió un considerable aumento en la inversión en programas de salud reproductiva a nivel mundial, de EE.UU. \$5.000 millones a principios del decenio de 1990 a EE.UU. \$17.000 millones en el año 2000. Estas cantidades incluyen la inversión procedente de todas las fuentes (el gobierno, los consumidores y donantes). La magnitud del aumento obedecía a varias razones: mejorar la calidad de los programas existentes, añadir nuevos programas (como el tratamiento de las ETS), dar respuesta a la creciente demanda de servicios, y atender a la población en edad reproductiva, que va en aumento.

Los estudios de caso documentan un cierto aumento en la financiación gubernamental y de entidades donantes, pero no tanto como se preveía en El Cairo. Se dispone de menos información sobre la inversión del sector privado, por lo que no tenemos una visión completa del flujo de los recursos. A pesar de que la asignación gubernamental al sector sanitario suele publicarse anualmente, el gasto que incurren las personas sólo se contabiliza de forma periódica, mediante encuestas. Asimismo es difícil obtener información detallada sobre ambos tipos de inversiones; por ejemplo, no se tiene un desglose que permita diferenciar entre la inversión en planificación familiar y otro tipo de servicios de salud reproductiva.

La información sobre el gasto total del sector sanitario ofrece algunos parámetros que hay que tener en cuenta al examinar la posibilidad de mejoras en salud reproductiva. El gasto anual per cápita de dicho sector varía enormemente, desde tan solo EE.UU. \$12 dólares en la India y Uganda, a EE.UU. \$320 en Brasil (ver la Gráfica 1). Estas



diferencias son muy pronunciadas y hay que tenerlas en cuenta al repasar el progreso realizado hasta la fecha. En Uganda la salud reproductiva absorbe aproximadamente el 60 por ciento del presupuesto gubernamental destinado a servicios de atención primaria a la salud, pero uno o dos dólares por persona no representan gran cosa en términos de la medicina moderna, incluso teniendo en cuenta que los salarios son bajos. La falta de recursos afecta de manera similar a la India.

En lo que se refiere a las tendencias de financiación, el gobierno de Brasil ha aprobado incrementos presupuestarios en sanidad todos los años desde 1995, y en 1997 asignó considerables fondos para llevar a cabo mejoras en el servicio, a pesar de que se trataba de una etapa de austeridad económica y hubo reformas en el sector sanitario. En la India y Marruecos se ha registrado un crecimiento sistemático en el presupuesto gubernamental asignado al sector, pero si se considera la inflación y el crecimiento demográfico, el aumento resulta mínimo o inexistente. En Uganda el gobierno se ha visto con dificultad para financiar la totalidad de sus asignaciones presupuestarias en salud pública, debido al insuficiente ingreso fiscal.

Los donantes internacionales han prometido fondos para apoyar nuevas iniciativas en Uganda, la India y Marruecos. En la India, el Banco Mundial está patrocinando el nuevo enfoque de Salud Reproductiva e Infantil; y en Marruecos y Uganda, donantes bilaterales y multilaterales han financiado gran parte de la actualización de la infraestructura, la capacitación del personal y los proyectos pilotos. En todos estos lugares se espera que los gobiernos cubran los salarios del personal y la mayoría del gasto de funcionamiento.

## COMPENSACIÓN DE FACTORES EN LA INVERSIÓN

Si bien se necesitan más recursos, los estudios de caso sugieren la posibilidad de utilizar los fondos existentes de forma más efectiva. Como se indica en el estudio de caso de Brasil, «los directores de salud locales frecuentemente comentan que la escasez de recursos financieros no constituye el principal obstáculo para mejorar los servicios de salud reproductiva. Según ellos, en el momento actual la dedicación del personal gerencial, la capacitación y actitud de los profesionales de sanidad, y las 'preconcepciones sobre el tratamiento' que existen en el sistema tienen mayor efecto». Por otra parte, se observan una serie de desequilibrios en la asignación de recursos en uno o más de los países estudiados:

- ▶ Algunos sistemas de salud pública han dedicado más recursos a tratamientos relativamente costosos en hospitales, en vez de invertir en servicios preventivos en centros de salud a nivel local, lo que hubiera resultado más efectivo en función de costo. El resultado ha sido que pocas personas reciben dichos tratamientos caros, mientras que la gran mayoría tienen poco o nulo acceso a servicios de salud.
- ▶ Los residentes urbanos relativamente afluentes con frecuencia consumen una mayor proporción de los recursos de salud pública, debido a que viven cerca de los centros de salud y hospitales, por lo que están en mejores condiciones de solicitar dichos servicios. Los pobres y los residentes en zonas aisladas o rurales tienen menor acceso, y por lo tanto son quienes menos se benefician de los subsidios del sector de salud pública.
- ▶ La inversión en infraestructura (clínicas y equipo) no siempre ha estado acompañada de la correspondiente inversión en personal y su capacitación; como resultado, las instalaciones pueden verse incapaces de funcionar, o quizás funcionen con personal que carece de suficiente estímulo o conocimientos.
- ▶ Algunos sistemas de salud exigen que los médicos (personal que no solo es escaso sino caro) sean quienes proporcionen anticonceptivos y otros servicios de salud reproductiva que bien podrían administrarlos enfermeras o personal paramédico.

Aunque algunos de los desequilibrios se deben a hábitos y rigideces en el sistema, otros son consecuencia de diferentes decisiones sobre prioridades, eficiencia y equidad. Un mayor debate social, la descentralización de la autoridad sanitaria, y el escrutinio público del financiamiento pueden ayudar a tratar debidamente estos temas, detectar casos de desaprovechamiento obvio y promover mayor eficacia en el uso de los recursos.

En países como la India y Uganda, que tienen un ingreso per cápita muy bajo y por lo tanto una recaudación fiscal pobre, el gasto total público y privado en salud reproductiva está por debajo incluso de los cálculos más conservadores sobre las necesidades del

pueblo; por ello, aunque cabe discutir las prioridades de financiamiento, es importante reconocer que no se podrán hacer grandes avances de orden general hasta contar con mayor financiamiento. En países más adelantados como Marruecos y Brasil, que tienen mayor disponibilidad de recursos, es más fácil debatir si la inversión se está distribuyendo de forma apropiada o no.

## EL PAPEL DE LOS DONANTES INTERNACIONALES

Los donantes pueden jugar un papel crucial como catalizadores o iniciadores de acciones a nivel local. Recientes promesas de financiamiento (y la ayuda técnica que ello conlleva) han contribuido a perfilar una nueva generación de programas de salud reproductiva. La influencia del financiamiento externo con frecuencia excede el valor de la cantidad en sí. En Brasil, donde las entidades donantes contribuyen una pequeña proporción del presupuesto nacional de sanidad, un préstamo del Banco Mundial para apoyar el programa nacional de combate del SIDA y la infección por elVIH ha servido para impulsar la salud reproductiva. El estudio de caso también describe el papel de los donantes en las actividades de investigación y defensa de causas, donde pequeñas contribuciones pueden tener un gran efecto en la orientación del programa. En los otros tres países, entidades donantes han patrocinado considerables partes de programas para mejorar la infraestructura de sanidad y a capacitar al personal, así como proveer anticonceptivos y otros productos.

Los estudios de caso hacen pensar en si las prioridades de los donantes tienen una preponderancia indebida en el curso que sigue la nación, y si podrían mantenerse los programas en ausencia de dichas donaciones. En Uganda, donde aproximadamente el 90 por ciento del presupuesto para desarrollo proviene de donaciones, existe inquietud sobre si los programas han sido diseñados de forma que puedan ser continuados por los directores de salud locales una vez que se agote la ayuda. En Marruecos, considerado cada vez más por los donantes como un país demasiado rico para recibir contribuciones a gran escala, el gobierno está teniendo dificultad para reemplazar el financiamiento y productos externos que su principal donante pronto dejará de proporcionar. Existen varias posibilidades para mejorar la sustentabilidad de los servicios de salud reproductiva, por ejemplo establecer mecanismos de recuperación de costo (es decir, pagar por los servicios), para que los centros de salud puedan costear su funcionamiento; establecer programas de seguro social y asistencia pública, para que un mayor número de ciudadanos tenga acceso al sistema de salud; y alentar al sector privado a que proporcione servicios a quienes no pueden pagar por ellos.

## Con vistas al porvenir



**¿Ha representado El Cairo diferencia alguna? Por supuesto que sí. Puede que distintos observadores no coincidan en su evaluación del progreso realizado, pero los estudios de caso dejan claro que es posible lograr cambios incluso con obstáculos como burocracias inamovibles, la pobreza generalizada, y la reserva del público ante temas relacionados con la sexualidad. Para ello parece esencial que exista una actitud abierta y deseo de cambio (desde el más alto nivel de autoridad política al ciudadano normal y corriente), sea cual sea el contexto en que se apliquen las políticas y programas.**

Muchos de los importantes logros observados en estos estudios de caso son alentadores para quienes se esfuerzan por efectuar cambios: la eliminación en la India de la política de imposición de cuotas de planificación familiar, que se había venido utilizando durante 30 años, la reconsideración del polémico tema del aborto en Brasil, el dinámico movimiento femenino en Marruecos, y el audaz esfuerzo del gobierno de Uganda para hacer frente a la devastadora epidemia del SIDA.

Todavía queda mucho por hacer. La magnitud de los problemas es enorme, dado el tamaño de la población en edad fértil, la complejidad que supone la provisión de una variedad de servicios y la necesidad de lograr un profundo cambio de actitud; también existe el riesgo de regresión, si se pierde el impulso logrado, y todavía quedan una serie de tareas extremadamente difíciles, como las siguientes:

- ▶ pasar del plano normativo (políticas, leyes y lineamientos) a la práctica generalizada,
- ▶ abordar las ramificaciones sociales de la salud reproductiva,
- ▶ dirigirse a las poblaciones desatendidas, como los adolescentes,
- ▶ abordar temas controversiales, como puede ser

**El progreso continuado requerirá una combinación de esfuerzos, por parte de los defensores de causas, proveedores de atención a la salud y personal académico, tanto dentro como fuera del gobierno. Para ello es esencial contar con datos sobre las necesidades y eficacia de los programas, de modo que se puedan sopesar diversas prioridades y hacer las inversiones apropiadas.**

el aborto en condiciones de riesgo,

- ▶ cambiar conductas que contribuyen a la propagación del VIH, y aliviar las repercusiones del SIDA en lugares de pocos recursos,
- ▶ cambiar las actitudes de los proveedores de servicios de salud, para que sean más compasivos hacia sus clientes,
- ▶ aprovechar al máximo los recursos disponibles, mediante una inversión pública sensata y asociaciones con el sector privado, y
- ▶ mejorar la infraestructura y la cantidad de recursos humanos en las áreas más pobres.

Todos estos cambios no pueden llevarse a cabo por un solo actor o institución. El progreso continuado requerirá una combinación de esfuerzos por parte de los defensores de causas, proveedores de atención a la salud y personal académico, tanto dentro como fuera del gobierno. Para ello es esencial contar con datos sobre las necesidades y eficacia de los

programas, de modo que se puedan sopesar diversas prioridades y hacer las inversiones apropiadas. Por último los consumidores deben ser quienes estimulen las mejoras futuras en salud reproductiva y otros servicios sociales, y esperamos que en el futuro sean ellos los primeros en abogar por su propia causa.



## Apéndice 1

### Participantes en el proyecto



#### EQUIPOS DE LOS ESTUDIOS DE CASO

##### BRASIL

**Sonia Corrêa**

*Instituto brasileño de análisis social  
y económico*

**Sergio Piola**

*Instituto de investigación económica  
aplicada*

##### INDIA

**Leela Visaria**

*Instituto de Gujarat para la  
investigación del desarrollo*

**Pravin Visaria**

*Instituto de crecimiento económico*

##### MARRUECOS

**Radouane Belouali**

*Consultor sobre salud reproductiva*

**Najib Guédira**

*Conferenciante de la Universidad de  
Mohammed V, en Rabat, y consultor*

##### UGANDA

**Florence Mirembe**

*Departamento de ginecología y  
obstetricia, Universidad de Makerere*

**Freddie Ssenooba**

*Instituto de salud pública,  
Universidad de Makerere*

#### COMITÉ DIRECTIVO

**Carolyn Makinson  
(presidenta)**

*Fundación Andrew W. Mellon*

**Mohamed Bouzidi**

*Federación Internacional  
de Planificación de  
la Familia*

**Sandra Kabir**

*Population Concern*

**Thomas Merrick**

*Banco Mundial*

**Mark Montgomery**

*Population Council*

**Ndiro Ndiaye**

*Ex-ministro, Senegal*

**Fred Sai**

*Presidente, Comité Principal de la  
CIPD de 1994*

#### FINANCIADORES DEL PROYECTO

**Martha Campbell**

*Fundación David y Lucile  
Packard*

**Sara Seims**

*Fundación Rockefeller*

**Steven Sinding**

*Fundación Rockefeller*

#### POPULATION REFERENCE BUREAU

**Lori Ashford**

*Directora de proyecto*

**Elizabeth Ransom**

*Auxiliar de proyecto*

**Alene Gelbard**

*Directora de programas internacionales*

**Peter Donaldson**

*Presidente*



## Apéndice 2

### Resúmenes de los estudios de caso



## Estudio de caso de Brasil

Sonia Corrêa, Sergio Piola y Margareth Arilha

**E**n 1984 Brasil adoptó un enfoque integral hacia la salud reproductiva (*Programa Assistência Integral a Saúde da Mulher*, o PAISM) que abarcaba casi la totalidad de los elementos que 10 años más tarde serían enumerados en el Programa de acción de El Cairo. Asimismo la Constitución de 1988 de Brasil reconoce el derecho de la persona a tomar decisiones sobre su propia reproducción y establece la responsabilidad del Estado de proporcionar todos los servicios de salud reproductiva, incluso planificación familiar. Por ello, la adopción del Programa de El Cairo no representó un cambio normativo trascendental para Brasil, como pudo ser el caso en otros países; asimismo la experiencia previa del país en este enfoque afectó en gran manera los acontecimientos posteriores a la conferencia.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

A finales de la década de 1980, la agitación política y la crisis económica en Brasil obstaculizaron la reforma sanitaria, las iniciativas normativas en salud reproductiva y la defensa de los derechos constitucionales a este respecto. Todavía en 1995 los servicios públicos de sanidad carecían de programas básicos, como la atención prenatal y materna, y la detección del cáncer cervical y de mamas, así como su tratamiento. El amplio programa de PAISM quedó como algo aparte, que nunca se financió ni se llevó a la práctica dentro del sistema unificado de sanidad del país, por no haber establecido importantes vínculos con otros programas (como el Programa de salud de los adolescentes, el Programa nacional de combate del SIDA y la infección por el VIH, o el Programa de salud familiar), que lo hubiera hecho más efectivo.

Después de 1994 las cosas han mejorado. Brasil ha disfrutado de un nivel razonable de estabilidad institucional y un clima político que promueve las recomendaciones de la CIPD, aparte de que los temas de salud reproductiva y derechos adquirieron mayor visibilidad como resultado de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Pekín en 1995. En los últimos cinco años ha habido reformas en la organización directiva del sistema unificado de sanidad del país. No obstante el clima de austeridad económica, el gobierno ha aprobado financiamiento adicional en el sector de salud, e impulsado planteamientos básicos mediante una combinación de estrategias de sanidad familiar y comunitaria, aparte de acelerar la descentralización de los servicios de salud pública.

Un gran número de mejoras en el servicio han tenido lugar. La salud reproductiva está cada vez más integrada en los servicios primarios de salud a nivel municipal. Se han mejorado intervenciones básicas como la atención prenatal y materna, como lo demuestra el hecho de que entre 1995 y 1997 las consultas antes del parto en todo el país aumentaron en un 51 por ciento. Actualmente se ofrecen servicios de aborto legal en 12 lugares y la calidad de la atención después del aborto está mejorando. Existe mayor integración dentro del área de planificación familiar y salud reproductiva, de los servicios dirigidos a adolescentes y la prevención y tratamiento de las ETS y la infección por el VIH. Asimismo en muchos lugares existe mayor acceso a métodos anticonceptivos reversibles en el seno de los

programas de atención primaria a la salud. Finalmente se han desplegado campañas nacionales contra el cáncer, y la realización de pruebas para detectar el cáncer cervical y de mamas aumentó en 14 y 44 por ciento respectivamente en 1995 y 1997.

### LECCIONES APRENDIDAS

Se puede decir que el cambio ha sido facilitado por varios factores. En primer lugar la apertura registrada en el sistema político de Brasil desde la década de 1980 ha alentado mayor participación entre la sociedad civil. El incremento en actividad democrática ha alargado el proceso de toma de decisiones normativas, pero también ha permitido la expresión de la comunidad que aboga por causas sociales, y ha promovido el debate sobre temas de salud reproductiva y derechos, lo que recientemente ha persuadido a otros actores sociales a apoyar esos objetivos.

En segundo lugar las reformas han preparado el terreno para integrar los servicios de salud reproductiva en el sistema unificado de sanidad del país. Los principios básicos de la reforma sanitaria (el acceso universal, la atención integral, la igualdad de trato, la descentralización y la responsabilidad social) han resultado ser el requisito para la eficaz aplicación de un enfoque integral de salud reproductiva.

En tercer lugar, la dedicación de una creciente comunidad que aboga por la salud reproductiva y el respeto a los derechos ha tenido repercusiones en la política nacional, desde el establecimiento de PAISM en 1984 hasta el presente. La habilidad de dicha comunidad para relacionarse con el Ministerio de Salud y el Congreso, y ocupar puestos relacionados con aspectos normativos (como los de directores y proveedores de servicios) ha sido de gran ayuda de cara a los objetivos en salud reproductiva.

Sin embargo el progreso en Brasil carece de uniformidad, debido a una combinación de factores. La política nacional de estabilización económica ha reducido la prioridad asignada a servicios sociales, y la oposición de los conservadores ha frustrado los esfuerzos por ampliar el acceso a los servicios legales de aborto. A nivel operativo, la ineficiencia de la burocracia en el sector público de salud y la relativa importancia del sector privado en la provisión de anticonceptivos y otros servicios ha impedido desplegar una estrategia unificada e integral.

### EFFECTO DE LOS RECURSOS FINANCIEROS

Se estima que el gasto total de Brasil en el área de salud asciende a EE.UU. \$50.000 millones, lo que equivale a aproximadamente EE.UU. \$320 per cápita y coloca a Brasil entre los países en desarrollo que asignan más recursos a este sector. El sector público constituye el 43 por ciento y el privado el 57 por ciento de la inversión. El gobierno federal invierte una pequeña proporción de su presupuesto total en salud reproductiva:

EE.UU. \$1.000 millones en 1997, que incluye el costo de la atención durante el parto (EE.UU. \$500 millones) y el tratamiento del SIDA y de la infección por el VIH. Entre 1995 y 1997 el gasto del gobierno federal en salud reproductiva se elevó en un 34 por ciento, pero ello obedece casi en su totalidad al aumento en los fondos asignados al suministro de medicinas para combatir las ETS y el SIDA.

Teniendo en cuenta lo anterior, la opinión de los directores sanitarios locales es que la escasez de fondos no es el principal obstáculo para mejorar los servicios de salud reproductiva, sino que la dedicación del personal gerencial, la capacitación y actitud de los profesionales de sanidad, y las preconcepciones relativas al tratamiento son más cruciales por el momento. Sin embargo son conscientes del tremendo

impacto normativo que puede tener el aumento de recursos, como lo indica su propia experiencia tras la descentralización del sistema de salud.

Los fondos que se reciben de donantes internacionales son mínimos comparados con el gasto total del país; en 1996, la financiación en salud reproductiva procedente de entidades donantes ascendió a aproximadamente EE.UU. \$28 millones. Pero los recursos internacionales han sido de capital importancia en el programa nacional de combate del SIDA y la infección por el VIH, así como en el apoyo técnico recibido por el programa de salud de la mujer realizado en Ceará. Asimismo las donaciones continúan siendo vitales para la investigación sobre políticas, la recopilación de datos y el mantenimiento de la actividad de las ONG.

Los principios básicos de la reforma sanitaria (el acceso universal, la atención integral, la igualdad de trato, la descentralización y la responsabilidad social) han resultado ser el requisito para la eficaz aplicación de un enfoque integral de salud reproductiva.



## Estudio de caso de la India

Leela Visaria y Pravin Visaria

La India fue el primer país del mundo en desarrollo en iniciar un programa de planificación familiar auspiciado por el Estado, lo cual tuvo lugar hace más de 45 años, con la finalidad de reducir la tasa de crecimiento demográfico. Desde principios de la década de 1960, dicho programa se basó principalmente en el establecimiento a nivel central de cuotas de aceptación de anticonceptivos, y el celo del gobierno por hacer cumplir dichas cuotas fue objeto de crecientes críticas con el paso del tiempo. Pero pocos años después de la CIPD se obró un gran cambio normativo a este respecto: El «enfoque de eliminación de cuotas» anunciado en 1996 suprimió las cuotas de aceptación de anticonceptivos establecidas a nivel nacional, y delegó la planificación a las comunidades, pudiendo los trabajadores de base establecer objetivos propios tras evaluar las necesidades de cada cliente.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

### FACTORES QUE AUSPICIARON ESTE CAMBIO NORMATIVO

Varios factores contribuyeron al «cambio del paradigma» estatal. A principios de la década de 1990, los planificadores gubernamentales reconocieron que el programa de planificación familiar se había estancado. Había una clara incongruencia entre el lento descenso en la tasa de natalidad y el aumento en la aceptación de planificación familiar notificada por diversos estados en todo el país, lo que sugería una clara exageración en las cifras de aceptación. Por otra parte, el excesivo empeño en cumplir con las cuotas establecidas generaba desinterés por la calidad del servicio y la falta de incentivos para proporcionar servicios de atención básica. Los grupos en defensa de la mujer y otras ONG expresaron una y otra vez su preocupación por la poca variedad de servicios ofrecidos y la falta de inquietud por satisfacer las necesidades de los clientes. Algunos organismos donantes que compartían dicha opinión auspiciaron estudios y seminarios para subrayar las necesidades de salud de la mujer, y con la CIPD tuvieron la oportunidad de promover dichos puntos de vista ante autoridades gubernamentales en seminarios nacionales. La información resultante de este proceso constituyó el impulso que llevó a reconfigurar el programa.

### APLICACIÓN DEL NUEVO ENFOQUE EN DOS ESTADOS

El estudio de caso examina el proceso de ejecución del nuevo enfoque gubernamental en el estado de Rajasthan, en la parte norte del país, así como en Tamil Nadu, situado en el sur. Aunque uno y otro estado tienen diferentes características económicas y sociales (Tamil Nadu es el más avanzado de los dos), ambos gobiernos estatales se han comprometido a aplicar el nuevo enfoque de planificación familiar. El estudio examina temas como la forma en que se asigna la carga de trabajo de los trabajadores de salud del sector público, así como si el programa responde mejor a las necesidades de los clientes, y si ha habido mejoras en la variedad y calidad de los servicios ofrecidos.

La carga de trabajo de planificación familiar (o cuotas en los métodos anticonceptivos) asignada a los trabajadores de base en ambos estados se decide basándose en el número de hijos vivos que tienen las parejas en su área



de operación. Los trabajadores de salud alientan a las parejas a que acepten el método más adecuado para ellos. Aunque existen pequeñas diferencias entre un estado y otro, ambos establecen una «segmentación de clientes» para establecer sus propias cuotas. Como regla general, los trabajadores de salud sugieren a las parejas con dos o más hijos que se esterilicen, y a las que tienen menos hijos les proponen un método anticonceptivo temporal (o reversible). Si bien los trabajadores de salud tienen que seguir dando cuenta de su desempeño en términos cuantitativos ante sus superiores, dicen que no les regañan si no alcanzan los objetivos propuestos, como ocurría antes. Las entrevistas y discusiones en grupos focales indican que los clientes en ambos estados no se sienten tan presionados a esterilizarse, y que los trabajadores de salud les proporcionan información sobre métodos reversibles y estimulan la adopción de los mismos.

Las estadísticas anuales sobre el servicio indican que en el año siguiente a la introducción de este enfoque de eliminación de cuotas (1996-97), el número de usuarios de planificación familiar descendió en todo el país, posiblemente debido a que no existía necesidad de falsificar las cifras; pero en el año 1997-98, se registró un aumento en el uso de todos los métodos, con lo que se calmaron los temores de muchos escépticos que pensaban que el uso de anticonceptivos disminuiría una vez que se eliminaran las cuotas obligatorias.

#### **OTROS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA**

En Tamil Nadu, los servicios de vacunación, consultas durante el embarazo, visitas de trabajadores de salud a pueblos, y las reuniones de madres para hablar de una variedad de temas han incrementado considerablemente en los últimos siete u ocho años, incluso antes de la conferencia de El Cairo. Los trabajadores de salud de dicho estado tienen mejor reputación ahora que proporcionan una atención más amplia, que cuando se limitaban al servicio de planificación familiar. En Rajasthan también ha comenzado a haber mejoras, aunque a un ritmo más lento que en Tamil Nadu.

Por otra parte los establecimientos de sanidad pública en ambos estados, y en la totalidad del país, todavía no han comenzado a proporcionar servicios de aborto (que son legales en la India) ni tratamiento de las infecciones

del sistema reproductivo. El aborto sin riesgos no se ofrece en los centros de salud pública debido a que requiere personal más capacitado del que generalmente existe en las pequeñas ciudades y áreas rurales. Por lo tanto la mayor parte de las mujeres que desean abortar acuden a médicos privados que cobran altos honorarios. Asimismo existen muy pocos centros de salud pública que ofrezcan servicios de detección o tratamiento de las infecciones del sistema reproductivo (como las ETS). Si una mujer se queja de síntomas sospechosos, las enfermeras le aconsejan que vea un médico privado.

#### **FINANCIAMIENTO DE PROGRAMAS Y PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO**

El lo que se refiere a la asignación de recursos a los programas de planificación familiar, el estudio se concentró en la inversión real del gobierno durante el decenio de 1990. Las cifras muestran que en términos reales el programa no ha captado muchos más recursos públicos desde que se celebró la conferencia de El Cairo. Sin embargo la ayuda del Banco Mundial negociada recientemente para el programa de salud reproductiva proporcionará nuevo financiamiento destinado a mejorar la variedad y

calidad de los servicios en todo el país. Por otra parte al repasar la inversión en sanidad entre 1992 y 1997, se observa una notable reasignación de recursos para fortalecer los servicios que promueven el bienestar familiar en zonas rurales y urbanas, y las actividades en el área de salud materno-infantil que ello conlleva.

Si bien el papel del gobierno central en la planeación del desarrollo comienza a disminuir, los gobiernos estatales probablemente continuarán fomentando los servicios sociales, y es de suponer que el bienestar familiar y las mejoras en sanidad y educación reciban alta prioridad en este proceso. Se espera que en años futuros el sector de sanidad proporcione una gran variedad de servicios de salud reproductiva que tengan en cuenta las necesidades de la comunidad y la calidad del servicio, pero para poder avanzar será necesario un considerable esfuerzo destinado a mejorar la infraestructura, recapacitar al personal y obtener recursos financieros.

...en el año 1997-98, se registro un aumento en el uso de todos los métodos, con lo que se calmaron los temores de muchos escépticos que pensaban que el uso de anticonceptivos disminuiría una vez que se eliminaran las cuotas obligatorias.



## Estudio de caso de Marruecos

Radouane Belouali y Najib Guédira

**D**urante más de 30 años Marruecos ha tenido una política demográfica que apoya programas destinados a poner mayor separación entre un parto y otro. En las últimas dos décadas, el programa de planificación familiar ha atravesado por diferentes fases con objeto de proporcionar servicios a las poblaciones rurales, ofrecer una mayor variedad de métodos anticonceptivos y mejorar la calidad de los servicios. Dicho programa ha contado en todo momento con servicios generales de salud materno-infantil. La conferencia de El Cairo contribuyó a mantener este planteamiento y las iniciativas más recientes han tratado de ampliar o fortalecer el servicio en otras áreas de salud reproductiva, especialmente las referentes a la maternidad sin riesgos y el combate de las ETS.

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, siguen existiendo problemas. Los servicios de planificación familiar dependen de la financiación de entidades donantes, especialmente en lo que se refiere al abastecimiento de anticonceptivos. El programa se concentra en un reducido número de métodos anticonceptivos (los anticonceptivos orales representan el 70 por ciento del total), y el uso de planificación familiar en zonas rurales continúa siendo la mitad del que tiene lugar en zonas urbanas. En lo que se refiere a la maternidad sin riesgos, el índice de mortalidad materna permanece sumamente alto, la atención antes del parto es de calidad deficiente y la obstétrica casi no existe. La ampliación de la infraestructura para superar estos problemas está limitada por la escasez de ginecólogos (menos de 200) y parteras diplomadas (menos de 500), que tendrán que asistir en unos 700.000 partos al año.

El estudio de caso muestra que las recomendaciones de El Cairo y el interés en temas de salud reproductiva generado a raíz de la misma contribuyeron a fortalecer algunas de las actividades existentes y a introducir otras nuevas. Las mejoras incluyen la ampliación de la infraestructura al servicio de la salud materna, mayor cobertura en el área de salud reproductiva, cambios en la condición de la mujer y la creación de ONG dedicadas a promover los derechos de la mujer.

### **LA CRECIENTE IMPORTANCIA DEL MOVIMIENTO FEMENINO**

En Marruecos la discriminación en contra de la mujer tiene raíces culturales, religiosas, legales y económicas. En áreas rurales, el 89 por ciento de las mujeres son analfabetas y cerca del 75 por ciento de las niñas no asisten a la escuela. Las mujeres también tienden a hacer los trabajos peor pagados y que requieren menor preparación y destreza. Esta situación persiste a pesar de que ambos sexos gozan de los mismos derechos constitucionales y las mujeres reciben cierta protección legal. En 1992 el movimiento femenino contribuyó a mejorar la condición social de la mujer y sus derechos legales respecto al matrimonio, el divorcio y la poligamia. Dichas acciones retiraron el velo que ocultaba muchas de las áreas donde las mujeres sufren discriminación. En la actualidad está teniendo lugar un debate público sobre varios temas espinosos, como la violencia en contra de la mujer.

El movimiento femenino considera insuficientes los cambios legales obtenidos a principios de la década de 1990. En la actualidad existen 76 ONG (una tercera parte de las cuales se fundaron a partir de 1994) dedicadas a mejorar la condición de la mujer y su participación en el desarrollo, y la dinámica actividad de las mismas en el desarrollo de políticas y programas se ha visto fomentada por el clima resultante de las conferencias de El Cairo y Pekín, así como por un cambio de actitud entre las autoridades encargadas de decisiones normativas.

### MEJORAS Y OBSTÁCULOS EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS

A raíz de la CIPD, el gobierno concentró en mejorar los tres servicios principales bajo el rubro de salud reproductiva, que son los de planificación familiar, salud materna y combate de las ETS. El Ministerio de Salud ha fortalecido el programa de salud materna al añadir suplementos de hierro y yodo —el 45 por ciento de las mujeres embarazadas están anémicas. También se ha establecido un programa aparte para hacer frente al SIDA y a la creciente incidencia de ETS, en el que, con la ayuda de ONG, se ofrecen pruebas gratuitas y confidenciales para detectar la presencia del VIH.

Es difícil abordar el tema del aborto debido a las creencias tradicionales de esta cultura. El aborto está prohibido excepto para salvar la vida de la madre, por lo que es un tema del que no se habla y se considera pecado, aunque se calcula que 130.000 abortos tienen lugar anualmente. Asimismo no se ha hecho mucho por atender las repercusiones de sanidad derivadas de la conducta sexual de los adolescentes, porque la tradición y la religión prohíben las relaciones sexuales antes del matrimonio. Actualmente se están realizando estudios para proporcionar a las autoridades con poder de decisión información sobre la gran necesidad de ofrecer servicios en el tratamiento de la infertilidad, la menopausia y los diferentes tipos de cáncer, y lo que opina la mujer sobre esta demanda insatisfecha.

### FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA PARA TODOS

En Marruecos el pago del usuario representa el 50 por ciento de la financiación de la asistencia sanitaria, ya que el seguro social paga la otra mitad. El acceso a los servicios de sanidad no es equitativo. Las familias más afluentes disfrutan de una proporción mucho mayor de los servicios de salud públicos y privados. Los subsidios gubernamentales también están mal repartidos. Los hogares más afluentes, es decir una quinta parte del total, absorben el 45 por ciento del presupuesto del Ministerio de Salud, mientras que en los estratos más bajos el 20 por ciento de los hogares reciben solamente un 7 por ciento. La injusticia afecta principalmente a la gente más pobre en áreas rurales, pero desde principios del decenio de 1990, y en particular desde la conferencia de El Cairo, el gobierno marroquí ha comenzado a prestar mayor atención a estos temas, debido en parte a la movilización de la sociedad civil y las actividades de las asociaciones de mujeres.

Asimismo, a raíz de la CIPD los organismos internacionales también han jugado un importante papel en la promoción de la salud reproductiva, al contribuir mayor financiamiento. Las entidades donantes tan tenido gran impacto en el presupuesto asignado a servicios en este área, gracias a lo cual su presupuesto se incrementó en 150 por ciento en menos de siete años. La ayuda internacional ha contribuido equipo y capacitación, y paga el costo de algunos medicamentos y anticonceptivos, mientras que el gobierno de Marruecos paga los salarios y la mayoría de los gastos de funcionamiento. Si es cierto que, como esta información sugiere, la cooperación internacional determina la dirección del país en la ampliación de servicios de salud reproductiva, hay que preguntarse ¿qué ocurrirá en el futuro cuando las entidades donantes dejen de financiar dichas actividades, como se espera que lo hagan en los próximos años? Existen una serie de soluciones para ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva y lograr su financiamiento sostenido; y dichas soluciones deben aplicarse de inmediato, en un contexto integral de desarrollo y atención a la salud, con la participación del gobierno, la sociedad civil y el personal profesional sanitario en los sectores público y privado.

Los hogares más afluentes, es decir una quinta parte del total, absorben el 45 por ciento del presupuesto del Ministerio de Salud, mientras que en los estratos más bajos el 20 por ciento de los hogares reciben solamente un 7 por ciento. La injusticia afecta principalmente a la gente más pobre en áreas rurales.

en 150 por ciento en menos de siete años. La ayuda internacional ha contribuido equipo y capacitación, y paga el costo de algunos medicamentos y anticonceptivos, mientras que el gobierno de Marruecos paga los salarios y la mayoría de los gastos de funcionamiento. Si es cierto que, como esta información sugiere, la cooperación internacional determina la dirección del país en la ampliación de servicios de salud reproductiva, hay que preguntarse ¿qué ocurrirá en el futuro cuando las entidades donantes dejen de financiar dichas actividades, como se espera que lo hagan en los próximos años? Existen una serie de soluciones para ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva y lograr su financiamiento sostenido; y dichas soluciones deben aplicarse de inmediato, en un contexto integral de desarrollo y atención a la salud, con la participación del gobierno, la sociedad civil y el personal profesional sanitario en los sectores público y privado.



## Estudio de caso de Uganda

*Florence Mirembe, Freddie Ssenooba y Rosalind Lubanga*

**E**l gobierno de Uganda, que apenas está recuperándose de una devastadora guerra civil, se ha comprometido a mejorar la salud y el bienestar de su población utilizando los recursos y capacidad de que dispone el país. Uganda se enfrenta a grandes problemas en el área de salud reproductiva, como altas tasas de mortalidad infantil y materna, altos índices de fecundidad, y una gran proporción de embarazos entre adolescentes, así como de abortos en condiciones de riesgo. Se calcula que entre 1,5 y 2 millones de ugandeses tienen SIDA o han sido infectados por el VIH.

En los últimos cinco años Uganda ha experimentado muchos cambios políticos, legales e institucionales que han afectado todas las actividades de desarrollo. Algunos de ellos han ocasionado mejoras en la condición social de la mujer y la salud reproductiva, entre estos se encuentran

La fotografía no aparece debido a restricciones de derechos de autor.

una nueva constitución que garantiza el derecho de representación política de la mujer y varias políticas nacionales relativas a población, la igualdad entre los sexos y el acceso universal a la educación elemental (con el correspondiente énfasis en la educación de las niñas).

Dentro del amplio contexto de las recomendaciones de salud reproductiva propuestas en la CIPD, el Ministerio de Salud está concentrándose en prioridades de salud que tienen mayor efecto en la población, incluidos los programas de maternidad sin riesgos y supervivencia infantil, planificación familiar, prevención y combate de las ETS, el SIDA y la infección por el VIH, el aumento de la capacidad del país, la atención de las necesidades de salud de los adolescentes, el desarrollo de infraestructura y la necesidad de información, educación y comunicación (IEC). Aunque muchos de los programas están en vigor desde antes de la CIPD, la mayoría han sido reorientados para abordar algunos de los aspectos del Programa de acción de El Cairo.

### **MEJORAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA**

Los programas de planificación familiar han ayudado a elevar el uso de anticonceptivos, del 5 por ciento entre parejas casadas en 1990, al 15 por ciento en 1995. Se calcula que dicho porcentaje es mucho más alto en la actualidad. Los programas de planificación familiar también han comenzado a proporcionar una mayor variedad de servicios, como el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, atención antes del parto y vacunas infantiles, en vez de limitarse a proveer servicios anticonceptivos «verticales». Esto ha llevado a un claro aumento en el uso de los servicios, especialmente entre grupos desatendidos, como los varones y los adolescentes.

Uganda también ha adoptado una estrategia multisectorial para combatir la alta incidencia de la infección por el VIH, y las ETS en general. La actitud abierta del gobierno en el combate de la propagación del VIH ha permitido un esfuerzo nacional e internacional coordinado e innovador a todos los niveles de la sociedad. Como resultado de campañas masivas de IEC, y gracias a la investigación y el sometimiento voluntario a pruebas de detección, así como la aceptación de asesoría, más del 90 por ciento de los adultos tienen conocimiento del SIDA y el VIH. La mayoría de los programas actuales se concentran en cambiar conductas, especialmente entre la

gente joven. Existen indicios de que la tendencia en las tasas de infección por elVIH va en declive y de que existe un aumento en el uso de condones en general.

También se ha prestado mayor atención recientemente a la maternidad sin riesgo, la supervivencia y nutrición infantil, y a la atención después del parto y del aborto. Entre los esfuerzos por mejorar estos servicios se encuentran la capacitación y reorientación de los proveedores, el equipamiento de las instalaciones de salud y la movilización de las comunidades.

Asimismo se están probando mecanismos para la remisión de mujeres embarazadas a hospitales cuando surgen complicaciones mortales en el parto.

### FINANCIACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA

La contribución del gobierno al sector sanitario ha aumentado pero sigue siendo baja, dada la limitada recaudación fiscal del país, donde el ingreso per cápita asciende tan solo a EE.UU. \$300. El gobierno gasta únicamente EE.UU. \$4 per cápita anualmente en el sector de salud, pero existen estudios que indican que el gasto sanitario per cápita procedente de fuentes públicas y privadas aumentó de EE.UU. \$8 en 1993-94 a EE.UU. \$12 en 1996-97.

El establecimiento y subsiguiente aumento de una subvención federal a los gobiernos locales para atención primaria a la salud (que beneficia principalmente a las mujeres y a los niños), pone de relieve su deseo de mejorar la salud de la comunidad. Los programas de salud reproductiva son básicamente financiados por entidades donantes (quienes pagan aproximadamente el 90 por ciento de la inversión total), por lo que habrá que preguntarse cómo se continuarán financiando al concluir dichas donaciones.

Los programas de sanidad están en la actualidad absorbiendo aproximadamente el 22 por ciento de toda la ayuda al desarrollo que recibe el país, mientras que en 1993-94 dicho porcentaje era del 13 por ciento. El financiamiento adicional ha sido destinado a programas de planificación familiar, maternidad sin riesgos, y prevención del SIDA, la infección por elVIH y las ETS, pero se ha incrementado asimismo la inversión en la educación primaria universal, la agricultura, la construcción de carreteras y los programas de reducción de la pobreza, que también afectan las condiciones de salud de la población.

### EVALUACIÓN DE LOS AVANCES Y LOS OBSTÁCULOS ENCONTRADOS

El estudio revela la existencia de un ambiente normativo que apoya la salud reproductiva y los derechos, pero cuyos beneficios todavía no se han dejado sentir en la comunidad. Entre las principales dificultades a nivel operativo se encuentran la falta de trabajadores capacitados, infraestructura y toma de conciencia entre la población. Existen pocos profesionales, tanto a nivel

nacional como por distrito, que estén idóneamente preparados para aplicar las reformas del sector sanitario y los programas de salud reproductiva. El personal disponible no trabaja para el sistema primario de atención sanitaria, que atiende a la mayoría de la población; y la información proporcionada a las personas que solicitan asistencia, los servicios a su disposición y la calidad de los mismos, dejan que desear.

En la actualidad los programas de salud reproductiva (y todos los programas de desarrollo) se están ejecutando de forma descentralizada, ya que el financiamiento y las responsabilidades gerentes están a cargo de los gobiernos locales. En este contexto la coordinación entre las entidades donantes, las ONG y el sector comercial es esencial para que los fondos donados se distribuyan equitativamente entre las diferentes comunidades, y que exista acceso a los servicios de prioridad. El equipo del estudio observó deficiencias en la coordinación nacional y local.

El acceso universal a los servicios de salud reproductiva será una

realidad cuando se logre fortalecer la capacidad de todo el sistema, por lo que es necesario disponer de recursos humanos y la infraestructura necesaria (especialmente carreteras y sistemas de comunicación). Para que dichos cambios sean posibles hay que contar con recursos y una distribución coordinada de los mismos en el sector de la salud y otros sectores que afectan su desempeño.

En la actualidad los programas de salud reproductiva (y todos los programas de desarrollo) se están ejecutando de forma descentralizada, ya que el financiamiento y las responsabilidades gerentes están a cargo de los gobiernos locales. En este contexto la coordinación entre las entidades donantes, las ONG y el sector comercial es esencial.