

LAS REFORMAS EN EL SECTOR DE LA SALUD Y SUS EFECTOS EN LA SALUD REPRODUCTIVA

por Tania Dmytraczenko, Vijay Rao y Lori Ashford

Muchos países menos desarrollados están introduciendo reformas en sus sistemas de salud en aras de lograr metas de salud pública de manera más asequible y eficiente. Unos cuantos de estos países están intentando ampliar y mejorar los servicios de salud reproductiva, entre ellos, los de planificación familiar, implementar medidas para garantizar un embarazo y maternidad sin riesgos, prevenir la propagación del VIH e infecciones de transmisión sexual y llevar a cabo otras acciones tendientes a mejorar la salud femenina. La necesidad de encaminarse hacia el logro de objetivos sanitarios mientras se implementan reformas en el sector de la salud supone un gran desafío para las autoridades competentes.

Si las reformas dan los resultados esperados, la atención médica preventiva básica y los servicios de salud reproductiva deberían llegar a amplios sectores de la población. Otro objetivo de las reformas es que los proveedores de servicios médicos brinden una mayor respuesta a las necesidades de sus clientes. No obstante, algunos cambios estructurales como, por ejemplo, la descentralización de la autoridad y la integración de los servicios de salud, pueden conducir a carencias profesionales y descuidos con respecto a asuntos específicos relativos a la salud reproductiva. Para sortear estos y otros obstáculos, los especialistas en salud reproductiva deben entender cabalmente el proceso reformista y participar activamente en debates donde se discute la financiación, administración y estructura del sistema de salud. Este resumen brinda una sinopsis de las reformas en el sector de la salud. Además, trata sus posibles efectos en los servicios de salud reproductiva y las formas de incorporar las prioridades de este ámbito en sistemas de atención médica en desarrollo.

Antecedentes

Desde fines de la década de 1980, muchos países en vías de desarrollo comenzaron a trabajar en la mejora de sus sistemas de salud. Lo hicieron impulsados por diversos factores, entre ellos el paso de economías controladas por el estado a economías regidas por los mercados, los recortes presupuestarios para el sector de la salud en épocas de crisis económica, la falta de servicios básicos de salud para muchos ciudadanos, y la baja calidad, el bajo nivel de responsabilidad y la ineficiencia de los servicios de salud vigentes¹. Para

Cuadro 1

Cinco metas de las reformas en el sector de la salud

Las reformas en el sector de la salud tratan de corregir problemas de la atención médica en todo el sistema que dificultan la prestación de servicios prioritarios. Hay cinco metas que subyacen a las reformas:

■ **Eficiencia.** Las mejoras en el área de salud se deben realizar al menor costo posible.

■ **Calidad.** La población debe tener a su disposición servicios clínicos seguros y adecuados; instalaciones apropiadas; personal idóneo y equipamiento, insumos y medicamentos esenciales.

■ **Igualdad.** Los recursos de salud deben distribuirse imparcialmente, de manera que a nadie se le niegue el acceso a servicios esenciales.

■ **Respuesta a las necesidades de los clientes.** El sistema debe cumplir con las expectativas de la gente y proteger sus derechos a la dignidad, privacidad, autonomía de decisión y elección del proveedor de servicios de salud.

■ **Sustentabilidad.** El sistema de salud puede alcanzar sus metas mediante el uso de recursos disponibles.

FUENTE: Organización Mundial de la Salud (OMS), *World health report 2000*.

paliar estas situaciones, muchos gobiernos lanzaron reformas en el sector de la salud que representan un gran esfuerzo a largo plazo en pos de reforzar y mejorar los sistemas de salud y, a la larga, mejorar la salud de los países (ver Cuadro 1)².

Durante la década de 1990, particularmente después de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), muchos países presentaron iniciativas para ampliar y mejorar la atención médica reproductiva. El acuerdo de la CIPD exigía una gran variedad de inversiones en la esfera social, especialmente en los servicios de atención primaria, que serían los encargados de brindar una atención médica reproductiva integral. Esta atención está conformada por servicios e información sobre planificación familiar; servicios durante el embarazo y el nacimiento; prevención de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA; y el tratamiento de otros factores que constituyen agravantes para la salud, tales como la violencia contra las mujeres. Este acuerdo también exigía que los servicios estén más “orientados al cliente”; es decir, encaminados a satisfacer las necesidades de las personas, de manera que tanto los hombres como las mujeres puedan lograr sus metas en el ámbito reproductivo.

Cuadro 2

Enfoques alternativos para la financiación de la asistencia sanitaria

Los enfoques alternativos pueden influir en la demanda y uso de los servicios de salud mediante el abaratamiento de servicios con más beneficios para la sociedad, por ejemplo, los de planificación familiar. A continuación se citan ejemplos de enfoques alternativos.

■ En Ruanda, los planes de seguro comunitarios están en manos de sus propios afiliados, quienes los administran y financian. Los afiliados que pagan una prima anual reciben atención médica básica sin cargo (asistencia preventiva y curativa, servicios de salud reproductiva y planificación familiar, atención de maternidad y medicamentos) en centros de salud y hospitales del distrito (para cesáreas). Un estudio reveló que los afiliados al seguro utilizan servicios de salud más frecuentemente que los no afiliados: 1,5 consultas por año para individuos no asegurados, en comparación con 0,2 consultas por parte de personas no aseguradas.

■ En tres gobernaciones de Egipto, las contribuciones provenientes de individuos y empleados se integran a

fondos sociales para un seguro de salud que brinda a los afiliados un conjunto esencial de servicios de salud, conformado por vacunaciones infantiles, servicios de salud reproductiva y prevención y tratamiento de enfermedades contagiosas.

■ En Kolokani, Mali, hay un sistema de derivaciones y transporte para mujeres que necesitan servicios de emergencia durante el trabajo de parto y el alumbramiento, que está respaldado por contribuciones del distrito, la comunidad y pacientes particulares.

■ En Bolivia, los gobiernos municipales deben utilizar por lo menos un 6% de los fondos provenientes del gobierno central para financiar un fondo de autoseguro que garantiza a todos los clientes la prestación gratuita de algunos servicios de salud infantil, reproductiva y de otros tipos. El fondo ha ayudado a aumentar la frecuencia de uso y la calidad de los servicios de salud.

FUENTE: Partnerships for Health Reform, Abt Associates.

Componentes de las reformas en el sector de la salud

Las reformas en el sector de la salud pueden implicar un sinnúmero de estrategias, políticas e intervenciones diseñadas para reforzar el sistema de salud con el propósito de aumentar las posibilidades de lograr los objetivos planteados para la salud pública. Los enfoques de los países en este sentido varían enormemente: mientras que algunos gobiernos implementan reformas radicales, otros restringen más el alcance de las medidas. La mayoría de las medidas reformistas pueden agruparse en tres categorías generales: cambios en cuanto a la financiación, cambios organizacionales y cambios en las políticas. Un objetivo común de estas medidas es facultar a los consumidores capacitándolos y brindándoles más opciones. A continuación se describen algunas medidas típicas, ilustradas con ejemplos concretos de casos reales.

Reformas en la financiación

Las reformas en el sector de la salud por lo general tratan asuntos relacionados con los métodos de obtención y asignación de fondos para cubrir los gastos de atención médica de la población. Muchos sistemas de salud están saturados de restricciones generales de recursos y mala asignación de fondos. Algunos hogares con un buen nivel económico consumen más recursos públicos de los que en realidad les corresponden. Cada día más, las autoridades normativas en países en desarrollo basan las decisiones relativas a la financiación y asignación de recursos en evidencias acerca de cuánto se gasta en salud, quién absorbe los gastos y quién se beneficia con estas erogaciones.

Enfoques alternativos sobre financiación

Ciertas medidas de largo plazo pretenden movilizar fondos adicionales para la atención médica y canalizarlos hacia destinos más efectivos, de manera de beneficiar a un mayor número de ciudadanos y mejorar la calidad de los servicios. Para que estos enfoques den los resultados esperados, sin embargo, los sistemas deben estar fortalecidos y ser capaces de identificar y respaldar a aquellos individuos con mayor necesidad de respaldo y subsidios públicos. Las disposiciones de costos y riesgos compartidos son dos tipos de enfoques alternativos.

Recuperar y compartir los costos implica imponer tarifas a los usuarios para algunos o todos los servicios de salud, de manera que los clientes compartan los gastos que suponen los servicios. Una de las premisas detrás de este enfoque es que debido a que los clientes pagan por los servicios que reciben, exigirán una mejor calidad y, por consiguiente, se utilizarán fondos para suplir esa demanda. Otra posibilidad es que las tarifas provenientes de clientes en mejor situación económica se utilicen para contribuir al pago de los servicios prestados a quienes no pueden absorber tales gastos. El logro de este objetivo implica establecer sistemas de exención para liberar del pago a los clientes más pobres. Sin embargo, la implementación de sistemas como éste ha probado ser complicada. En algunos casos, las tarifas obligatorias han provocado una merma en el uso de servicios sanitarios, y las mejoras en la calidad han sido dudosas³.

Los acuerdos de riesgo compartido o los planes de seguro —ya sea que estén administrados por el gobierno o bien por entidades con o sin fines de lucro— pueden contribuir a prevenir que los sectores más vulnera-

bles de la población absorban los altos costos de atención médica originados por lesiones o enfermedades graves. Las personas cubiertas por un seguro de salud básico deben efectuar pagos a intervalos regulares a una institución administrativa que retiene los fondos y paga a los médicos por la atención dispensada al afiliado. El seguro limita la responsabilidad del individuo mediante la división del riesgo entre un grupo de afiliados y, además, libera a los pacientes de tener que pagar grandes sumas de dinero cuando están enfermos. Sin embargo, los planes de seguro deben enfrentar diversos riesgos posibles, como el abuso de los servicios por parte del asegurado, la exclusión de individuos que suponen un costo alto y una tasa de afiliación mayor de la prevista por parte de individuos de alto riesgo. Para que los planes funcionen correctamente deben estar cuidadosamente elaborados a fin de evitar posibles riesgos y garantizar que el seguro responda a las metas planteadas por las políticas de salud, por ejemplo, la promoción de la atención preventiva y la inclusión de grupos vulnerables (para ver algunos ejemplos, consulte el Cuadro 2).

Las reformas en cuanto al pago a los proveedores modifican la forma en que la entidad en posesión de los fondos —por ejemplo, el estado o la compañía de seguro— paga al proveedor o establecimiento por los servicios provistos⁴. Generalmente, los sistemas estatales de salud pagan salarios fijos a los médicos y demás personal hospitalario, independientemente de cuántos pacientes atiendan o de la calidad de la atención que brinden, lo cual supone un escaso incentivo para que estos empleados mejoren su desempeño. Los médicos particulares que funcionan de acuerdo con un esquema de pago por servicio prestado tampoco son supervisados directamente y pueden encarecer el sistema mediante la prestación de más servicios de los que son clínicamente necesarios. Existen mecanismos alternativos de pago que buscan generar en los proveedores una mayor respuesta y responsabilidad por su trabajo mediante un esquema de remuneración regido directamente por su desempeño. Un ejemplo de esto es el sistema de honorarios por beneficiario, según el cual los proveedores reciben un monto fijo por paciente, independientemente de la cantidad anual de consultas que realice el paciente. El objetivo de este sistema es lograr que los proveedores enfaticen la atención preventiva y eliminar los aspectos que incentivan tratamientos innecesarios⁵. Al igual que con los acuerdos sobre riesgos y costos compartidos, no obstante, hacen falta una buena planificación y supervisión para que los métodos alternativos de pago logren los resultados esperados.

Cambios organizacionales

Los cambios organizacionales intentan superar estructuras frágiles de gestión y la falta de incentivos que

Las experiencias con la descentralización han sido variadas y la principal lección que han dejado es que su éxito depende del tiempo y paciencia.

fomenten el buen desempeño en el sector público. Las reformas típicas en este sentido han sido la descentralización de la autoridad, la promoción de alianzas entre los sectores público y privado y la integración de los servicios.

Descentralización

Quizás el cambio organizacional más común en el ámbito de las reformas en el sector de la salud ha sido la descentralización, es decir, la transferencia de cúpulas directivas y ejecutivas provenientes de altos estamentos gubernamentales —generalmente de dependencias centrales— a dependencias de nivel regional, provincial o local⁶. Se pueden transferir un sinnúmero de responsabilidades, por ejemplo, la administración de información, planificación, finanzas, recursos humanos, prestación de servicios y mantenimiento operativo. La descentralización no representa una proposición que implique “todo o nada”. Por ejemplo, el gobierno central puede retener la responsabilidad de comprar insumos tales como anticonceptivos, pero al mismo tiempo transferir a entidades locales la administración del personal y los servicios. En muchos países, los gobiernos han descentralizado todos los sectores de desarrollo, no sólo los relacionados con la salud.

El argumento básico a favor de la descentralización es que las organizaciones locales están en una mejor posición que las centrales para responder a las necesidades de los usuarios, tal como lo exige la atención orientada al cliente. La prestación de servicios de salud en manos de administraciones locales también puede aportar mayor flexibilidad, eficiencia y responsabilidad en la utilización de recursos. Por último, el control local enriquece el potencial de intervención y participación comunitaria en los servicios de salud.

Las experiencias con la descentralización han sido variadas y la principal lección que han dejado es que requiere tiempo y paciencia⁷. El éxito de Sri Lanka es un ejemplo. Este país comenzó el proceso de descentralización de los servicios de salud en 1952, año en que transfirió una cantidad limitada de responsabilidades a los distritos. Recién en 1992 el gobierno central transfirió a los distritos toda la responsabilidad sobre servicios esenciales de salud, tales como la atención médica materno-infantil. Del mismo modo, la descentralización gradual de Botswana comenzó en 1965, pero recién en 1987 los equipos regionales comenzaron a brindar servicios de salud a nivel de distrito.

Tabla 1

Gastos de atención médica en países seleccionados, según la fuente y tipo de proveedor, 1996-99

	% de fondos, según la fuente			% de gastos, según el tipo de proveedor		
	Público ^a	Privado ^b	Fondos externos ^c	Público ^d	Privado ^e	Otros ^f
África del sur y del este						
Etiopía	39	53	9	52	48	—
Malawi	25	45	30	42	58	—
Rwanda	9	40	50	66	33	—
América Latina y el Caribe						
Bolivia	17	76	6	59	33	9
República Dominicana	22	75	3	25	74	1
Ecuador	27	70	3	50	49	—
Guatemala	23	75	2	42	53	5
África del norte y del este						
Irán	30	70	—	65	34	1
El Líbano	18	80	2	3	88	9
Marruecos ^g	27	69	1	30	68	1

— = datos no aplicables.

^a Incluye fondos provenientes de gobiernos locales, regionales y centrales.

^b Incluye gastos en efectivo de hogares y fondos de empleadores (entre ellos, contribuciones a asistencia social, donde corresponda).

^c Citados bajo las Cuentas Nacionales de Salud (National Health Accounts) como “fondos del resto del mundo”.

^d Incluye el ministerio de salud y otros establecimientos gubernamentales y establecimientos de seguro social, donde corresponda.

^e Incluye establecimientos con fines de lucro, establecimientos gubernamentales, farmacias privadas y médicos tradicionales, donde corresponda.

^f Establecimientos que no pueden ser categorizados como públicos ni privados.

^g Las fuentes de gastos no llegan al 100% porque el 2,5% de los fondos eran no asignados.

FUENTE: Compilado a partir de las Cuentas Nacionales de Salud (National Health Accounts) por Partners for Health Reformplus, Abt Associates.

Generalmente, se suscitan diversos problemas al descentralizar el sector de la salud. Por ejemplo, muchas entidades locales carecen de la idoneidad económica, administrativa y técnica necesaria para enfrentar las nuevas responsabilidades. En Senegal, pocos líderes locales han participado en el desarrollo de un plan de salud de distrito, y sólo uno de cada cinco funcionarios ha sido capacitado antes de la transferencia de responsabilidades⁸. Estudios específicos en Bangladesh, Indonesia, México, Sudáfrica y Tanzania también revelaron que los recursos humanos locales estaban deficientemente capacitados y eran incapaces de brindar servicios efectivos de salud reproductiva⁹.

Para los gobiernos locales, la atención médica y los servicios de salud reproductiva pueden representar una prioridad inferior respecto de inversiones en otras áreas, con la consiguiente escasez de recursos para la salud que esta desigualdad genera. En Uganda, donde la descentralización involucra a todos los sectores, los administradores de distrito consideraban que los servicios de salud ya contaban con los fondos suficientes, razón por la cual asignaban dinero a otros servicios¹⁰. El ministerio central de salud respondió al problema aportando subvenciones al distrito para asegurarse de que los programas prioritarios estuvieran correctamente financiados, y los donantes las complementa-

ron con fondos para programas clave de salud reproductiva. La respuesta combinada ayudó a que Uganda pudiera enfrentar la crisis de VIH/SIDA¹¹.

La descentralización también puede generar desigualdades, dado que algunas jurisdicciones locales tienen posibilidades de contar con mayores recursos que otras, como fue el caso de México¹². Para garantizar que poblaciones vulnerables tengan a su disposición determinados servicios, el gobierno central puede reservar o destinar fondos para salud al momento de transferir recursos centrales a las localidades, o bien puede utilizar fórmulas ponderadas para destinar más fondos a distritos con una mayor concentración de poblaciones pobres o “en riesgo”.

Alianzas entre los sectores público y privado

Las reformas en el sector de la salud reconocen que los sectores público y privado tienen roles independientes —aunque complementarios— y apuntan a aprovechar al máximo las ventajas comparativas entre ambos. Existen diversas fuentes viables, tanto públicas como privadas, de financiación para la salud: impuestos generales, impuestos sobre los salarios para destinarlos a seguros sociales de salud, contribuciones a seguros comunitarios o privados y pagos directos en efectivo de los clientes a los proveedores. La mayoría de los países utiliza una combinación de fuentes

públicas y privadas que luego se destinan al pago de servicios de salud brindados por diversos proveedores públicos y privados, tales como el ministerio de salud, organizaciones no gubernamentales (ONG), médicos particulares y profesionales tradicionales de la salud (consulte la Tabla 1).

En zonas donde los consumidores pueden escoger entre una serie de proveedores, aquéllos pertenecientes al sector privado tienen un gran incentivo para ajustar sus servicios a la medida de las preferencias de los consumidores, de manera de captar más clientes. Sin embargo, estos proveedores tal vez no atiendan a los ciudadanos más pobres, brinden una amplia gama de servicios ni trabajen en áreas remotas. Como parte de las reformas en el sector de la salud, muchos países han optado por implementar un sistema de “división comprador-proveedor”. Mediante tales acuerdos, el estado es responsable de recaudar fondos para asistencia médica, pero también adquiere algunos de los servicios a través de contratos con proveedores del sector privado¹³. Colombia y Ghana son dos de los países que han implementado alianzas entre los sectores público y privado.

En Colombia, las aseguradoras funcionan como entidades compradoras de servicios de salud, lo cual permite que los pacientes escojan si van a utilizar sus coberturas en proveedores del sector público o del privado. Al reglamentar la competencia y dar opciones a los usuarios, el sistema crea incentivos para los proveedores tanto del sector público como privado para que ofrezcan servicios eficientes y de alta calidad que les permitan atraer y retener pacientes¹⁴.

En Ghana, los proveedores del sector privado que trabajan en áreas sin asistencia médica pública han comenzado a ofrecer servicios de salud esenciales definidos por el estado. Por su parte, el ministerio de salud ofrece a estos proveedores capacitación, equipamiento y asistencia logística¹⁵. La alianza ha aumentado la cobertura de servicios de planificación familiar en todo el país.

Integración en la prestación de servicios

En los años previos a las reformas, había servicios de salud pública tales como la planificación familiar, vacunación y prevención y tratamiento de la tuberculosis que eran generalmente ofrecidos por programas “verticales” autónomos que rara vez coordinaban sus esfuerzos o aunaban recursos con otros servicios. La combinación de recursos independientes en un solo sistema reestructurado ha sido una iniciativa clave en las reformas del sector de la salud. En principio, las combinaciones de este tipo pueden mejorar los servicios y reducir los costos, ya que destinan la misma infraestructura, equipamiento, insumos y personal a usos múltiples. Además, es probable que los pacientes

busquen más de un servicio por consulta. Por un lado, la integración puede mejorar la eficiencia general, pero por el otro puede conducir a descuidar ciertos servicios como los relacionados con la salud reproductiva, debido a que los proveedores deben distribuir su tiempo y recursos en una gama más amplia de servicios de salud¹⁶.

La experiencia demuestra que hacen falta esfuerzos conscientes para garantizar el buen funcionamiento de las políticas integradoras. Debe haber sistemas efectivos de derivación y sólidas aptitudes de gestión, debido a que hay funciones administrativas, tales como la planificación, elaboración de presupuestos, compras y capacitación, que son más complejas en sistemas integrados que en programas autónomos. En un sistema integrado, la demanda por parte de los consumidores rige qué servicios se brindan; por lo tanto, la educación del consumidor es un aspecto importante en la prestación de servicios integrados.

Cambios en las políticas

La mayor parte de los sistemas de salud tiene subsistemas y una intrincada red de entidades que llevan a cabo variadas funciones en distintos estratos del sistema. A medida que se implementan las reformas, un representante —generalmente el ministro de salud— debe supervisar el sistema para asegurarse de que se alcancen las metas planteadas. En cuanto a las políticas, las medidas de la reforma consisten en plantear prioridades, brindar supervisión y modificar leyes y reglamentaciones.

Supervisión y fijación de prioridades

El rol del gobierno en las reformas del sector de la salud es fijar la visión y dirección que guiará al sistema de salud, delinear las prioridades y elaborar las políticas que hagan realidad esa visión. El papel supervisor que cumple el gobierno abarca a todo el sistema, es decir tanto a los sectores público y privado como la relación existente entre ambos (como es el caso de las alianzas entre estos dos sectores que tratáramos anteriormente). La actividad gubernamental también tiene incidencia en funciones tales como las compras y la prestación de servicios, que deben realizarse según lo establecido en las políticas globales.

En países donde la asistencia externa juega un papel preponderante en el sistema de salud, la supervisión y la fijación de prioridades puede adquirir una dimensión internacional. Una de las opciones para coordinar los programas, el llamado “enfoque sectorial” (SWAp, por sus siglas en inglés), consta de una alianza entre el gobierno receptor y las entidades de donación. El SWAp elabora un programa único de trabajo y gastos para el sector de la salud, con disposiciones comunes en cuanto a la planificación, gestión y supervisión. Los SWAp están diseñados para eliminar

Cuadro 3

Ventajas y desventajas de ciertas iniciativas para reformas en el sector de la salud

Iniciativa de reforma	Ventajas	Desventajas
Enfoques alternativos para financiamiento (tarifas al usuario, planes de seguro, reformas en el pago a proveedores)	Crea una base financiera más amplia, reduce la dependencia en donantes y depende más de la voluntad de pagar de los consumidores	Puede privar a grupos pobres o vulnerables de servicios esenciales y anteponer cuestiones económicas a las necesidades de salud de la población
Descentralización	Los recursos se asignan según las necesidades locales y no de acuerdo a dictámenes gubernamentales	Puede agravar problemas relacionados con falta de capacidad, mala administración, decisiones politizadas y corrupción
Mayor participación del sector privado	Fomenta un uso más eficiente de los recursos y permite mayor flexibilidad e innovación	La calidad, innovación y eficiencia no están garantizadas por el sector privado; no hay obligación de ayudar a los pobres
Servicios integrados	Elimina los gastos innecesarios, las duplicaciones y la falta de coordinación que surge de los servicios autónomos	Puede reducir la atención en el financiamiento y supervisión técnica para programas prioritarios; impone más exigencias a directores y empleados

FUENTE: Adaptado de *Reproductive health and health sector reform: challenges and opportunities* (2002) por T. Merrick.

las ineficiencias y gastos innecesarios mediante proyectos múltiples y paralelos financiados por distintos donantes. Los primeros SWAp han deparado distintos grados de éxito. Los trabajos exitosos han incrementado la aptitud del gobierno para planear e implementar iniciativas reformistas y, por consiguiente, han significado un paso importante hacia el logro de reformas sustentables.

Cuando determinan las prioridades para el presupuesto nacional de salud, los funcionarios gubernamentales deben examinar la atención médica reproductiva en relación con muchas otras necesidades, tales como combatir la malaria, la tuberculosis y las graves enfermedades que aquejan a los niños. En algunos países, los gobiernos han tratado de establecer prioridades mediante la creación de un perfil de la “carga de las enfermedades”, un parámetro que mide las causas y consecuencias de las discapacidades y muertes prematuras en la población. Los analistas estiman cuántos años de vida sana se pierden debido a muertes y discapacidades provocadas por un conjunto de enfermedades. Luego, los funcionarios de planificación corrigen el gasto para tratar las necesidades más imperiosas. Pero las autoridades normativas que utilizan estos cálculos pueden subestimar la importancia de la salud reproductiva —especialmente, de la planificación familiar— debido a que el embarazo no es una enfermedad y los beneficios de prevenir embarazos no deseados están muy por encima de prevenir muertes y discapacidades¹⁷.

Cambios en las leyes y reglamentaciones

La participación o no del estado en la prestación directa de servicios juega un papel fundamental en la reglamentación del sector de la salud. Las reformas legales y reglamentarias que a menudo acompañan a las reformas organizacionales implican crear leyes tendientes a controlar el comportamiento y garantizar el acatamiento de lo dispuesto para el sistema de salud por todas las partes involucradas. Por ejemplo, el gobierno puede utilizar este poder normativo para celebrar contratos con proveedores privados que especifiquen los servicios que se han de brindar y el nivel obligatorio de calidad de tales servicios. Dado que sirven para establecer el marco dentro del cual se prestan servicios específicos, la reglamentación y la supervisión son temas clave en la agenda tanto de los gobiernos como de quienes abogan en favor de la salud reproductiva.

Las reformas legales y reglamentarias incluyen el desarrollo de nuevas normas y protocolos clínicos que regirán la prestación de los servicios, como así también la difusión de las normas vigentes. También tienen que ver con la eliminación de reglamentaciones y leyes excesivamente restrictivas, tales como aquellas que impiden a médicos particulares prestar servicios de planificación familiar. Por ejemplo, Chile, Marruecos, Túnez y Turquía están explorando o implementando maneras que permitan a parteras y enfermeras proveer ciertos servicios obstétricos que antes sólo los brindaban los médicos. La eliminación de elevados aranceles a la importación o de impuestos al valor agregado en insumos

sanitarios tales como los anticonceptivos también puede contribuir a la mejora de la salud reproductiva.

Las implicaciones del proceso reformista en la salud reproductiva

Cualquiera de los cambios realizados mediante reformas en el sector de la salud puede alterar el status quo y crear “ganadores” y “perdedores” en el sistema. Las reformas son, por consiguiente, más que un simple ejercicio técnico; son una actividad sumamente política. Este proceso requiere esfuerzos complejos para lograr el consenso de una gran cantidad de partes interesadas, tanto dentro como fuera del sector, por ejemplo trabajadores de la salud, funcionarios ministeriales, investigadores, asociaciones profesionales, grupos de consumidores, otros organismos gubernamentales, medios de comunicación y donantes internacionales. Sin el apoyo de amplios sectores, los esfuerzos destinados a las reformas sanitarias tienen pocas probabilidades de éxito.

Las reformas en el sector de la salud alteran profundamente la manera en que se proveen y financian los servicios médicos, lo cual, por su parte, influye en cómo se realiza la prestación de servicios afines a la salud reproductiva. Muchas de las prioridades en el área de salud reproductiva, como, por ejemplo, las mejoras en cuanto a la satisfacción de los clientes y la calidad de los servicios, la educación de los consumidores y la posibilidad de contar con más opciones, concuerdan perfectamente con las reformas generales en el sector de la salud. Sin embargo, las reformas inevitablemente implican concesiones y pueden tener efectos negativos, como se ilustra en el Cuadro 3. También pueden demorar años en completarse y dejar muchos programas en suspenso hasta que se reorganicen los sistemas de salud. Pero hay medidas específicas que se pueden tomar para evitar riesgos potenciales.

Otro desafío para los defensores de la salud reproductiva es obtener el respaldo político para servicios que atienden las necesidades principalmente de mujeres, quienes a menudo tienen menor representación política y formación que los hombres, razón por la cual su intervención en los debates de políticas públicas ha sido más limitada. Además, las personas que deben enfrentar los riesgos más graves en relación con la salud reproductiva —particularmente, las mujeres analfabetas y de áreas rurales— son quienes menos probabilidad tienen de ser escuchadas a la hora de decidir qué servicios se brindarán.

¿Qué se debe hacer?

Los administradores y defensores de la salud reproductiva interesados en influir en la manera en que se financian y proveen los servicios deben familiarizarse con los objetivos, principios y estrategias de las refor-

mas en el sector de la salud y participar activamente en discusiones sobre políticas a nivel local y nacional¹⁸.

Participar en un diálogo sostenido con los planificadores de la salud

Los mecanismos pueden variar de país en país, pero los grupos que trabajan en salud reproductiva y en las reformas del sector de la salud deben compartir información asiduamente. Los especialistas en salud reproductiva tienen que ocupar un lugar en la mesa de discusión cuando se tomen decisiones críticas sobre la financiación, organización y reglamentación de servicios, y tener colaboradores dentro del gobierno puede ser un punto clave para acceder a tales procesos. Los defensores y autoridades normativas preocupados por la salud reproductiva deben ayudar a garantizar que las reformas contribuyan a mejoras en los derechos y la salud reproductivos y el desempeño del sistema de salud¹⁹.

Demostrar que la salud reproductiva es una buena inversión

Para influir en la agenda de reformas, los defensores de la salud reproductiva deben comunicarse con autoridades normativas y aportar evidencias de que la salud reproductiva representa una proporción significativa de la carga total de las enfermedades del país y que tiene implicaciones sociales que van más allá de eso; que las intervenciones en la salud reproductiva son rentables; y que las evidentes desigualdades respecto de las condiciones de salud reproductiva y la asignación de recursos pueden y deben ser tratadas²⁰.

Usar enfoques participativos para influir en las decisiones y supervisar el progreso

Es particularmente importante la participación a nivel local, donde los defensores de la salud reproductiva pueden jugar un papel fundamental en debates públicos. Allí, deben participar las distintas partes interesadas: organizaciones religiosas, asociaciones comunitarias, grupos profesionales, legisladores, investigadores, grupos de mujeres y clientes y consumidores de servicios. Los procesos de participación que establecen metas claras para el programa e indicadores mensurables de progreso pueden resultar esenciales al momento de reunir a los reformistas y defensores de la salud reproductiva. Los donantes pueden considerar invertir en aumentar la capacidad técnica y analítica de los administradores locales y organizaciones civiles para ayudarlos a participar en la elaboración de reformas en el sector.

Las reformas tienen el potencial de mejorar tanto la calidad como la continuidad de los servicios de salud reproductiva, pero su éxito depende en cierta medida de la participación de diversas partes interesadas, inclu-

Para más información

Partners for Health Reform *plus*, Abt Associates Inc. (www.phrplus.org)
Adapting to Change, Learning Program on Population, Reproductive Health and Health Sector Reform, Banco Mundial (www.reprohealth.org)
Centro de Información y Análisis sobre Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe (www.americas.health-sector-reform.org/spanish/index1.htm)

so de quienes representan a proveedores y consumidores. También es importante que los administradores locales de servicios de salud sepan cómo recabar y utilizar los aportes de las distintas partes y ser capaces de tratar las cuestiones pertinentes a la salud reproductiva en un sistema de salud transformado.

Referencias

- ¹ Organización Mundial de la Salud (OMS), *World health report 2000* (Ginebra: OMS, 2000); y Marianne Lubben et al., "Reproductive health and health sector reform in developing countries: establishing a framework for dialogue", *Bulletin of the World Health Organization* 80, no. 8 (2002): 667-74.
- ² Katherine Krasovec y R. Paul Shaw, "Reproductive health and health sector reform: linking outcomes to action" (Washington, DC: Instituto del Banco Mundial, borrador, 15 de mayo de 2000).
- ³ Krasovec y Shaw, "Reproductive health and health sector reform".
- ⁴ Annemarie Wouters, "Alternative provider payment methods: incentives for improving health care delivery", *Primer for Policy-makers Series* no. 1 (Bethesda, Maryland: Abt Associates Inc., 1999).
- ⁵ Krasovec y Shaw, "Reproductive health and health sector reform".
- ⁶ Derick Brinkerhoff y Charlotte Leighton, "Decentralization and health system reform", *Insight for Implementers* no. 1 (Bethesda, Maryland: Abt Associates Inc., 2002).
- ⁷ Ana Langer et al., "Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: strengthening the links", *Bulletin of the World Health Organization* 78, no. 5 (2000): 667-76.
- ⁸ Ellen Wilson, "Implications of decentralization for reproductive health planning in Senegal", *Policy Matters* (Washington, DC: Futures Group International, 2000).
- ⁹ Nancy McGirr et al., *Decentralization of population and family planning programs: worldwide experience* (Washington, DC: Futures Group International, 1994).
- ¹⁰ John Akin et al., *Decentralization and government provision of public goods: the public health sector in Uganda* (Chapel Hill, North Carolina: University of North Carolina, Carolina Population Center, 2001).
- ¹¹ Tom Merrick, *Reproductive health and health sector reform: challenges and opportunities* (Washington, DC: Instituto del Banco Mundial, 2002).
- ¹² Eduardo Pier, *National health accounts: policy lessons from the Mexico experience* (presentación realizada en el National Health Accounts Symposium, York, Reino Unido, el 20 y 21 de julio de 2001).
- ¹³ Krasovec y Shaw, "Reproductive health and health sector reform".

¹⁴ López Germán e Iván Jaramillo Pérez, *Profamilia's role in health sector reform in Colombia: case study summary* (Bogotá, Colombia: Catalyst Consortium, 2003).

¹⁵ Yasmin Chandani et al., *Ghana: implications of health sector reform for family planning logistics* (Arlington, Virginia: Family Planning Logistics Management/John Snow International, 2000).

¹⁶ Marc Mitchell, *Managing decentralized services* (Cambridge, Massachusetts: Harvard Institute for International Development, 1998).

¹⁷ Tom Merrick, "Short-changing reproductive health", *Reproductive Health Matters* 10, no. 20 (2002): 135.

¹⁸ Langer et al., "Salud reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe".

¹⁹ Merrick, "Short-changing reproductive health".

²⁰ Ana Langer y Gustavo Nigenda, *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades* (Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2000).

Agradecimientos

Este resumen ha sido preparado por Tania Dmytraczenko de Abt Associates y Vijay Rao y Lori Ashford del Population Reference Bureau. Los fondos fueron suministrados como parte de los proyectos MEASURE *Communication* (HRN-A-00-98-00001-00) y PHR *plus* (HRN-C-00-95-00024). Los autores desean agradecer a los siguientes revisores: Michal Avni, Karen Cavanaugh, Yvette Collymore, Liz Creel, Tenin Gakuru, Dan Kress, Tom Merrick, Mary Paterson, Nancy Pielemeier, Caroline Quijada y Ellen Starbird.

Acerca del PRB

El Population Reference Bureau fue fundado en 1929, y es el líder en proporcionar información oportuna y objetiva sobre las tendencias de población nacionales e internacionales, y sus consecuencias. Mediante una gran variedad de actividades (como publicaciones, servicios de información, conferencias, talleres y apoyo técnico), el PRB mantiene informadas a las autoridades normativas, educadores, medios de comunicación y ciudadanos de todo el mundo interesados en velar por el bien público. Nuestra labor es financiada mediante contratos gubernamentales, subvenciones provenientes de fundaciones e individuos, contribuciones de empresas y particulares, y la venta de publicaciones. El PRB está regido por un Consejo de administración cuyos miembros representan diversos intereses profesionales y de la comunidad.

Acerca de PHRplus

Partners for Health Reform *plus* (PHR *plus*) es el proyecto bandera de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) para el fortalecimiento de sistemas y políticas de salud. PHR *plus* brinda asistencia técnica en reformas para la atención médica, políticas de salud, gestión, financiación de la salud y fortalecimiento de sistemas. PHR *plus* es el sucesor del proyecto Partnerships for Health Reform (PHR), con un mayor y renovado énfasis en la información sobre la salud y la supervisión de las enfermedades. PHR *plus* contribuye con el objetivo de la USAID de mejorar el desempeño de los sistemas de salud en la prestación de servicios prioritarios poblacionales, sanitarios y de nutrición.

© Agosto 2003, Population Reference Bureau



POPULATION REFERENCE BUREAU MEASURE *Communication*

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 EE.UU.
Teléf.: 202-483-1100 ■ Fax: 202-328-3937 ■ E-mail: popref@prb.org
Sitio Web: www.measurecommunication.org o www.prb.org



PHR *plus*

Abt Associates Inc.

4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, MD 20814 EE.UU.
Teléf.: 301-913-0500 ■ Fax: 301-652-3916
E-mail: PHR-InfoCenter@abtassoc.com