

Reformas del sector salud
y salud sexual y reproductiva
en América Latina
La experiencia de VINREPLAC

Gustavo Nigenda
Editor

CASE
CENTRO DE ANÁLISIS
SOCIAL Y ECONÓMICO



REFORMAS DEL SECTOR SALUD
Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN AMÉRICA LATINA
LA EXPERIENCIA DE VINREPLAC

REFORMAS DEL SECTOR SALUD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN AMÉRICA LATINA

LA EXPERIENCIA DE VINREPLAC

Gustavo Nigenda
EDITOR

Agosto 2004



FUNDACIÓN
MEXICANA
PARA LA SALUD



FUNDACIÓN
ROCKEFELLER



ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD

REFORMAS DEL SECTOR SALUD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN AMÉRICA LATINA.
LA EXPERIENCIA DE VINREPLAC

Primera edición, 2004

D.R. © Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
Periférico Sur 4809, Col. El Arenal Tepepan, Tlalpan, 14610, México, D.F.
<http://www.funsalud.org.mx>

ISBN: 968-5661-15-4

Impreso y hecho en México
Made and printed in Mexico

Las opiniones expresadas en este libro son responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente la posición de la Fundación Mexicana para la Salud ni de las instituciones que brindaron su apoyo para la publicación.

CONTENIDO



PRESENTACIÓN	7
INSTITUCIONES PARTICIPANTES	10
AGRADECIMIENTOS	11
Introducción	13
<i>Cecilia Matarazzo, Mariana López-Ortega, Erika Troncoso, Gustavo Nigenda</i>	
Del enfoque materno-infantil al enfoque de salud reproductiva. Factores vinculados a la aplicación de un programa de salud integral de la mujer en el marco de un modelo asistencial materno-infantil en Montevideo, Uruguay	37
<i>Alejandra López Gómez, Wilson Benia, Myriam Contera, Carlos Güida</i>	
Efecto de una nueva estrategia integrada para disminuir la morbimortalidad en la mujer, comparada con estrategias convencionales en La Paz, Bolivia	69
<i>Jorge Ugarteche</i>	
Barreras de acceso a los programas de planificación familiar para las mujeres afiliadas al régimen subsidiado en el municipio de Cali-Valle, Colombia	97
<i>Mary Julieth Moreno Zapata</i>	

Cogestión comunitaria en la administración de servicios de salud: ¿hacia la equidad de género y la ciudadanía en salud? Estudio en cuatro Centros Locales de Administración de Salud de Perú	143
<i>Liliana del Carmen La Rosa Huertas</i>	
La salud sexual y reproductiva de la población pobre no asegurada en Colombia: una mirada desde el ámbito local	197
<i>Ana Cristina González Vélez</i>	
Avances en el empleo de la información para la formulación de políticas	227
<i>Cecilia Matarazzo, Gustavo Nigenda, María Cecilia González</i>	
Reflexiones finales	243
<i>Cecilia Matarazzo, Gustavo Nigenda</i>	
AUTORES	251

PRESENTACIÓN



Este volumen es resultado del esfuerzo conjunto de diversas instituciones e individuos. La invitación girada en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para participar en un proceso competitivo de selección de las mejores propuestas de investigación para el desarrollo fue considerada por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) y la oficina regional para América Latina y el Caribe del Population Council como una valiosa oportunidad para avanzar en la articulación entre los procesos de reforma del sector salud y los programas de salud sexual y reproductiva en nuestra región.

FUNSALUD y el Population Council, que ya habían iniciado actividades en este campo, consideraron sumamente promisoría la posibilidad de participar en la propuesta OMS/Rockefeller para incursionar en una actividad nueva: promover la investigación en el campo con miras a la generación de información novedosa y relevante para la ejecución de políticas.

El proceso de promover la investigación fue interesante en sí mismo, ya que permitió involucrar una cantidad importante de instituciones y personas interesadas en los mismos temas. La mayoría de los integrantes del grupo de investigadores seleccionados finalmente contaba con experiencias previas en investigación, aunque ésta no estaba necesariamente relacionada con la intersección entre reforma y salud sexual y reproductiva. Sin embargo, se concretó la conformación de un grupo, cuyos integrantes mantienen comunicación entre sí y a través de la coordinación de la iniciativa.

Sin duda, el reto de mejorar la oferta de programas de salud sexual y reproductiva es enorme y, desde nuestro punto de vista, la reforma de los sistemas de salud abre una ventana de oportunidad única para alcanzar dicho objetivo. Si bien la traducción del lenguaje de eficiencia de los reformistas y el de

derechos de los especialistas en salud sexual y reproductiva y de los grupos activos de mujeres parece por momentos inalcanzable, existen numerosos aspectos en los cuales se puede lograr la articulación.

Recientemente hemos conocido experiencias en las cuales la reforma logra promover una propuesta que responde a las necesidades de la población de un país, aunque existe también una gran cantidad de naciones donde la reforma no ha generado los beneficios esperados. En realidad, dado que prácticamente cada país ha desarrollado su propia versión de reforma (bajo objetivos y estrategias que ciertamente parecen comunes para todas las reformas), lo que parece imperioso a corto plazo es ajustar los objetivos de las reformas a las necesidades específicas de los países.

El propósito de encauzar los estudios fue motivado por el hecho de que su ejecución permitiera generar evidencia científica clara a fin de sensibilizar a funcionarios y a la sociedad en general sobre la importancia del tema y de la oportunidad inmejorable que la reforma ofrecía. También se buscó apoyar la capacidad de los tomadores de decisiones para llevar a cabo modificaciones y ajustes que permitieran que la reforma generara un impacto positivo en los programas.

Probablemente los objetivos planteados fueron demasiado ambiciosos. No obstante, el lector podrá constatar a lo largo de este volumen que los logros del proyecto son palpables. Los temas estudiados son relevantes y los resultados aportan información nueva y original. De hecho, la última actividad del proyecto no estaba programada inicialmente y ello implicó la visita a los usuarios potenciales de las investigaciones en sus ciudades y regiones a fin de conocer la posibilidad del uso de la información. Se consideró que esto podría ser importante en dos sentidos. En primer lugar, para apoyar la labor de promoción que los investigadores habían hecho inicialmente. En segundo término, para asegurar que los cambios de funcionarios en las administraciones públicas nacionales y locales —que con mucha frecuencia se dan en América Latina— no interrumpieran la difusión y uso de la información. Estos objetivos se alcanzaron en gran medida.

Finalmente, la iniciativa en su conjunto deja muy claro que hay mucho camino todavía por recorrer para entender a fondo la relación entre los procesos de reforma y los programas de salud sexual y reproductiva. El presente esfuerzo nos deja la certeza de que las implicaciones de la interacción son sumamente variadas, pero que es posible compaginar el desarrollo de un proceso macro, como la reforma, con el mejoramiento de la atención a la salud de las poblaciones, sobre todo las más necesitadas, y a quienes la reforma plantea apoyar prioritariamente. Los resultados y análisis que aquí se presentan son apenas una modesta aportación de lo que se requiere hacer en el corto y mediano plazos, pero esperamos que ésta constituya la primera piedra de un sólido edificio.

Gustavo Nigenda
Director del Centro de Análisis Social
y Económico en Salud
Fundación Mexicana para la Salud
Ciudad de México, agosto de 2004

INSTITUCIONES PARTICIPANTES



BOLIVIA

Ministerio de Salud. Unidad de Seguros Públicos
Universidad Nur

COLOMBIA

Alcaldía de Cali
Corporación Sisma-Mujer
Gobierno de la provincia de Pereira
Universidad del Valle, Cali

PERÚ

Pontificia Universidad Católica
Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud

URUGUAY

Facultad de Psicología de la Universidad de la República
Ministerio de Salud Pública. Programa de Salud Integral
de la Mujer

AGRADECIMIENTOS

La publicación del presente trabajo no hubiera sido posible sin el esfuerzo y la colaboración de muchas personas e instituciones. No queremos dejar pasar la oportunidad de agradecer a todos ellos su esfuerzo para la realización de la presente iniciativa. En una primera fase, la participación de Ana Langer, Ingvild Belle, Elsa Gómez, Tom Merrick y Juan Pablo Méndez fue clave para poder garantizar una selección adecuada de las propuestas. Más tarde, en FUNSALUD diferentes colaboradores del Centro de Análisis Social y Económico apoyaron el proceso. En las tareas administrativas participaron Tania Castellanos y Guadalupe Palacios, y en el apoyo académico y la edición inicial de informes, Mariana López-Ortega y Erika Troncoso. En los países, los investigadores responsables de los proyectos lograron constituir grupos de trabajo sólidos para por un lado, llevar a cabo las tareas técnicas del proyecto, y por otro, mantener contacto constante con los tomadores de decisiones, usuarios iniciales del proyecto. Los investigadores fueron Ana Cristina González en Pereira, Mary Julieth Moreno en Cali, Lilliana La Rosa en Lima, Jorge Ugarteche en La Paz y Alejandra López en Montevideo.

En la última etapa del proyecto, Cecilia Matarazzo y María Cecilia González participaron activamente. La primera de ellas dedicó largas horas a revisar los manuscritos originales y a completar la redacción de las secciones de introducción y conclusiones. Cecilia, además, visitó Perú y Bolivia a principios del 2004 para llevar a cabo conversaciones con funcionarios a fin de promover la utilización de los resultados de las investigaciones. María Cecilia González, desde Colombia, apoyó el proyecto con visitas a Cali y Pereira, también para sostener conversaciones con funcionarios.

En noviembre de 2002 y marzo de 2004, la Fundación Rockefeller, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, organizó sendos talleres para encaminar la diseminación de los resultados de los 10 proyectos incluidos en la iniciativa de investigación para el desarrollo. El primero se llevó a cabo en Arusha, Tanzania, en el marco del Sexto Foro Global de Salud. El segundo se efectuó en Annecy, Francia. En esta última reunión se tomaron importantes acuerdos para la producción bibliográfica futura. Alejandra López, de Uruguay aceptó la invitación para exponernos sus experiencias sobre el papel de la investigación y sus resultados en la promoción de una nueva política de salud sexual y reproductiva en su país.

Finalmente, queremos agradecer el apoyo financiero de la Fundación Rockefeller y de la Organización Mundial de la Salud para el desarrollo del proyecto y la obtención de sus resultados.

INTRODUCCIÓN



*Cecilia Matarazzo, Mariana López-Ortega,
Erika Troncoso, Gustavo Nigenda*

En un contexto de constantes retos para los sistemas de salud y de consolidación de las recomendaciones de la reunión de El Cairo –Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en 1994– se inscribe la “Iniciativa para estrechar los vínculos entre las reformas del sector salud y los programas de salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe (VINREPLAC)”, que inició sus actividades en enero de 2001. Su principal objetivo fue brindar apoyo a investigadores de la región para que llevaran a cabo estudios específicos en sus países sobre los temas en cuestión, a fin de generar discusiones y recomendaciones tendentes a mejorar la toma de decisiones y con ello fortalecer el impacto positivo de los programas de salud reproductiva a las poblaciones que atienden.

El proceso de selección de los proyectos de investigación se realizó a través de una convocatoria difundida entre más de 200 investigadores. Se constituyó un comité integrado por seis miembros, todos ellos con amplia experiencia en el campo de la salud reproductiva y/o en las reformas del sector salud. Las propuestas de investigación que se recibieron fueron revisadas por los miembros del comité, quienes las evaluaron de acuerdo a consideraciones técnicas (objetivos, marco teórico, metodología y plan de análisis), relevancia, potencial de la investigación para influir sobre procesos de decisión, perfil de la institución de afiliación, calificaciones del investigador y propuesta financiera. Como resultado de la evaluación fueron seleccionados cinco trabajos de investigación: dos de ellos se

realizaron en Colombia, uno en Uruguay, otro en Perú y uno más en Bolivia.

Los resultados de las diferentes investigaciones son pertinentes para la toma de decisiones en el sector salud. Esto fue confirmado en la última fase de la iniciativa, durante la cual se realizó una serie de entrevistas con tomadores de decisiones nacionales, estatales-provinciales y municipales en cada uno de los países. A través de estas entrevistas fue posible identificar la aplicabilidad potencial de los resultados tanto en la planificación como en la gestión y la operación de los programas actuales y futuros. De particular relevancia es el hecho de que todos los resultados están enmarcados en los cambios generados por los procesos de reforma, cuyas consecuencias van más allá de la entrega de servicios de salud sexual y reproductiva.

PROCESOS DE REFORMA EN EL SECTOR SALUD

Durante el siglo XX se produjeron tres generaciones yuxtapuestas de reformas del sistema de salud. En la primera generación, ubicada alrededor de los años cuarenta y cincuenta, se establecieron –en principio en los países desarrollados y más tarde en los países en vías de desarrollo– los sistemas de seguridad social. Décadas después dichos sistemas se encontraban inmersos en crisis económicas, debido en parte al incremento de los costos de la atención y al papel central que se había otorgado a los hospitales como espacio de atención. Asimismo, si bien la cobertura tendía a ampliarse hacia la población más necesitada, gran parte de ella quedaba excluida del sistema y afrontaba barreras de acceso a los servicios, particularmente de tipo económico.

La segunda generación de reformas tuvo como objetivo generar un sistema de salud más accesible, equitativo y con una buena relación costo-eficacia. Se enfatizó la política de promoción primaria de la salud como una vía para generar una cobertura universal destinada a garantizar al menos el acceso a los servicios básicos de salud. Las principales reformas se orienta-

ron a efectuar cambios en la estructura de organización del sistema de salud, entre los cuales la descentralización fue el más importante. El propósito era tener un mayor acercamiento a las necesidades de las comunidades a través de transferir recursos y responsabilidades de los ámbitos centrales a los locales.

La tercera generación de reformas, actualmente en proceso en algunos países, se orienta a la identificación de las necesidades que existen entre la población para, a partir de ahí, ajustar los servicios de acuerdo con la demanda, a diferencia de las dos primeras generaciones, que mantuvieron la orientación hacia la oferta. Esta tendencia, que comenzó a fines de la década de los ochenta, se caracteriza por intentar proveer servicios básicos de alta calidad definidos por criterios de costo-beneficio, y también por programas focalizados de atención para quienes la requieren, en especial la población de bajos recursos. Estas reformas buscaron innovar las estrategias de financiamiento e incluyeron cambios en la transferencia de subsidios, así como una reorientación del apoyo a la oferta por el apoyo a la demanda (Nigenda *et al.*, 2003). En este contexto se han expandido los mecanismos de aseguramiento público a poblaciones previamente no aseguradas (WHO, 2000).

Específicamente, los países de la región de América Latina y el Caribe se han visto inmersos durante las últimas dos décadas en procesos de reforma en distintos ámbitos de la administración y gestión pública, como la modernización administrativa y financiera que han afectado a varios sectores, incluidos la salud y la educación. Estas reformas han sido diversas en lo que se refiere a sus objetivos, al contexto que las impulsó y a los resultados obtenidos hasta el momento. En general, estas reformas en la gestión pública se han visto como una vía o forma para contribuir al desarrollo y a la modernización de la región y han traído importantes cambios en las estructuras económicas y sociales de cada uno de los países que las pusieron en marcha.

Entre mediados de los años ochenta y principios de los noventa, la mayoría de los países de América Latina transitaban por profundas crisis financieras. En este marco, organismos internacionales –como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial– formularon lineamientos para llevar a cabo

reestructuraciones tanto del sistema fiscal como de las políticas monetarias de dichos países. Estos lineamientos fueron aplicados bajo el argumento de reducir la estructura del Estado para volverlo más eficiente y eficaz. En el contexto de la reforma administrativa se comenzaron a desarrollar los procesos de reforma sectorial que involucran los campos de la salud y la educación, entre otros, financiados y apoyados por organismos internacionales como el Banco Mundial (Almeida, 2002). Las reformas en los sistemas de salud y de seguridad social en los distintos países de la región han sido parte fundamental de esta transición hacia una modernidad y eficiencia de la administración pública y han tenido repercusiones en muchos aspectos, como la organización, el financiamiento, la provisión e incluso las relaciones entre los usuarios y el personal que presta los servicios de salud.

Las reformas han tenido distintas consecuencias en cada uno de los países en que se han implementado. Estas diferencias surgen de manera significativa del hecho de que cada país partió de un contexto propio con características y necesidades específicas. En la mayoría de las naciones de América Latina, el sector salud se encuentra segmentado según diferentes mecanismos de acceso a los servicios por parte de la población: un segmento atiende a las personas sin aseguramiento, mientras otro está constituido por las instituciones de seguridad social (que normalmente atienden a los empleados públicos y privados del sector formal de la economía) y el sector privado. Los sistemas de salud en América Latina, en términos generales, han tendido a concentrar las funciones de financiamiento y provisión sin incorporar formalmente al sector privado, que poco a poco ha tenido un importante crecimiento en la región (Nigenda *et al.*, 2003). De acuerdo con estimaciones de las Cuentas Nacionales en Salud, alrededor de 50% del gasto de salud en la región es pago de bolsillo a prestadores privados o pago de medicamentos. En el caso de la salud reproductiva, varios de los servicios han sido tradicionalmente ofrecidos por organizaciones no gubernamentales (ONG) con financiamiento internacional o pagados directamente del bolsillo de los usuarios. En países como Argentina o Uruguay los anticonceptivos no son ofrecidos en

los servicios públicos, sino que tienen que ser comprados por la población. En otros países, los programas de salud sexual y reproductiva están apoyados en las donaciones internacionales.

Algunas situaciones problemáticas comunes identificadas en la región son: la interacción poco articulada entre los distintos actores que participan en el sistema, la estructura específica del sistema de salud de cada país, la falta o inadecuada distribución de los recursos humanos y materiales, entre otras. Dichas deficiencias fueron consideradas para diseñar las reformas, ya que se juzgó que eran elementos centrales de los sistemas que debían ser modificados para lograr el fortalecimiento de las finanzas públicas, la reducción del déficit fiscal, el aumento de la eficiencia del gasto público, la ampliación de la participación de otros actores interesados en el campo, la introducción de los principios de universalidad y solidaridad, y el incremento o logro de la justicia en la contribución financiera de los hogares en materia de salud, entre otros (Barillas, 1997; Londoño y Frenk, 1997).

Parte de los esfuerzos de las reformas en la región se han dirigido hacia los procesos de descentralización y se han desarrollado diferentes tipos de reestructuración en los servicios de salud. En términos generales se pueden identificar tres niveles: 1) La desconcentración, definida como la transferencia de funciones y/o recursos hacia los niveles subnacionales; aunque la autoridad pertenece a la misma institución, existe una transferencia entre instancias territoriales. 2) La delegación, que se caracteriza por una transferencia de autoridad, funciones y/o recursos a una institución autónoma, bien sea privada o pública, que asume la responsabilidad por mecanismos contractuales. 3) La devolución, en la cual se ceden tanto funciones como recursos sectoriales a los gobiernos subnacionales, que por lo general son autónomos y asumen la responsabilidad de la prestación de servicios, la administración y las finanzas.

Una forma de conocer los alcances de la descentralización es averiguar el rango de elección en acciones de salud que tienen las autoridades locales en relación con el gobierno central. Un estudio muestra, para Chile y Bolivia, que las municipalidades tienen un rango de elección relativo, que incluso se ha

reducido en el tiempo, en vez de aumentar con los procesos de reformas (Bossert *et al.*, 2003).

Los estudios que evalúan los efectos de las reformas son escasos y es necesario reunir más indicios sobre sus logros o deficiencias. Parte de los efectos negativos ha sido documentada en programas verticales, como los de control de vectores, tuberculosis, inmunización y provisión de servicios de salud reproductiva (Ayala y Kroeger, 2002; Kroeger *et al.*, 2002; Nigenda *et al.*, 2002). En el caso de las inmunizaciones se ha visto que la descentralización afecta negativamente la cobertura en algunas regiones, aunque en otras continúa con los mismos niveles de antes, lo que se vincula a la necesidad de fortalecer la función de rectoría de las autoridades centrales para garantizar que el desempeño de las unidades descentralizadas sea homogéneo y positivo.

Para el nuevo milenio, Figueras *et al.* (2002) identifican cinco retos de los sistemas en América Latina: 1) Extender la protección financiera bajo esquemas de prepago y solidaridad. 2) Estabilizar en el tiempo dicha protección para momentos de crisis en la región. 3) Equilibrar los recursos de manera coherente con la capacidad de financiar los servicios. 4) Aumentar la eficiencia *distributiva y técnica* al producir servicios. 5) Mejorar la función de rectoría en los sectores tanto público como privado.

Adicionalmente, los autores destacan tres áreas que configuran el eje total de las reformas sanitarias en Europa y que podrían ser útiles en los esfuerzos de reforma de la región latinoamericana. Estas áreas son: 1) Combinar solidaridad con sostenibilidad financiera (destacan la competencia entre entidades de seguros y el papel de los sistemas fiscales). 2) Introducir de forma mesurada incentivos de mercado pero manteniendo un claro papel rector del Estado (especialmente la función de regulación y, en particular, la construcción de una administración pública profesionalizada y responsable). 3) Adoptar innovaciones en la organización y producción de servicios (evaluación de tecnologías, control de la calidad, directrices y protocolos clínicos, descentralización de la gestión, integración funcional entre los distintos niveles de provisión, reforzamiento de la atención primaria y estrategias de recursos humanos).

Si se consideran los avances logrados en la región en materia de reformas administrativas, en particular las correspondientes al sector salud, es posible afirmar que estamos en un momento en el cual es necesario revisar estos avances y medir sus efectos para desarrollar nuevas estrategias con el objetivo de eliminar los obstáculos o agilizar los procesos. Entre los retos más relevantes cabe destacar que en América Latina y el Caribe aún hay grandes inequidades en el acceso a los servicios de salud con insuficiente cobertura; el mayor gasto en este rubro proviene de la población de bajos recursos que costea de su bolsillo la salud familiar. También se encuentran altos grados de ineficiencia y falta de transparencia en los procesos administrativos de las instituciones de salud, mala calidad en la atención, deficiencia en la asignación y uso de los recursos, entre otros problemas que es necesario enfrentar a la brevedad. Aun así, es justo mencionar que algunos países de la región están asumiendo el reto de generar el aseguramiento de la población de bajos recursos por medio de diferentes mecanismos de financiamiento y el otorgamiento de paquetes de servicios de atención a la salud a la población no asegurada.

Como se ha mencionado anteriormente, cada país a partir de las características propias de su sistema de salud ha puesto en marcha diferentes políticas y estrategias para llevar adelante la reforma del sector. Con el objetivo de contextualizar los casos de estudios de los diferentes participantes de la iniciativa VINREPLAC se presentan a continuación algunas de las principales características de las reformas del sector salud que se han llevado a cabo en los países incluidos en el proyecto.

BOLIVIA

Las acciones de salud se sustentan en el Plan General de Desarrollo Económico y Social, a través del Plan Estratégico de Salud (PES) elaborado por el Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS), organismo rector de carácter normativo, de regulación y conducción de políticas y estrategias nacionales, encargado de evaluar, supervisar y fiscalizar. Los lineamientos del PES se incorporan en los Planes de Desarrollo Departamentales (PDD) y

municipales (PDM) mediante la conciliación entre la planificación indicativa en salud que el PES propone y la planificación participativa local en el ámbito municipal. En el nivel regional, las direcciones de Servicios de Salud, dependientes de las prefecturas departamentales, cumplen tareas de ejecución y adecuación de las políticas nacionales y de administración de los recursos humanos, mientras en el nivel local los establecimientos de salud son administrados por los gobiernos municipales.

El subsector de la seguridad social atiende a los trabajadores asalariados, organizados dentro de los esquemas de financiamiento tradicionales. Representa 25.8% de la cobertura poblacional, con un crecimiento muy lento e incluso negativo en los últimos años. Existen ocho cajas de salud y dos seguros integrales con régimen especial.

Dentro del subsector privado se incluyen las compañías de seguro, las compañías de medicina prepagada y las ONG. Las compañías de seguro constituyen un receptor de fondos para financiar servicios de salud del sector privado. La principal fuente de recursos para estas organizaciones son los hogares y las empresas, a través de pagos de primas por seguros de salud.

La actividad de las ONG resulta significativa por su número, su contribución en la prestación de servicios de salud y el volumen de recursos financieros que administran. Un total de 355 establecimientos de salud del país pertenecen a ONG o a la Iglesia (254 y 101, respectivamente); de ellos, 344 (97%) se desempeñan en el nivel primario, nueve (2%) en el secundario, y dos (1%) en el terciario. Cuentan con 528 camas de internación (5.7%). La mayoría de las ONG tiene financiamiento internacional y sólo algunas cuentan con recursos nacionales. Casi todas tienden a ubicarse en zonas urbanas marginales; un número menor, sobre todo de las beneficiarias de fondos internacionales, se sitúa en municipios en extrema pobreza. Alrededor de 10% de la población nacional se ve beneficiada con este tipo de prestadores.

Entre las acciones más relevantes de las reformas en ese país están la formulación de las leyes de Participación Popular y de Descentralización, que han introducido un esquema de descen-

tralización según el cual la infraestructura y el financiamiento provienen de los municipios. Los recursos humanos proceden del MSPS y las prefecturas, con cargo al Tesoro General de la Nación, y el control social de la gestión es ejercido por la comunidad organizada. Lo anterior ha creado un modelo de gestión complejo en el cual los distintos actores requieren de apoyo en el fortalecimiento de la gestión en el nivel local, en el análisis y detección de problemas, y en la elaboración de proyectos.

El Seguro Básico de Salud es la política de atención más importante del MSPS. Los compromisos de gestión se han institucionalizado a través de acuerdos con los departamentos para su desarrollo a nivel local. Estos compromisos se basan en la gestión por resultados según metas establecidas.

Tanto el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez como el Seguro Básico de Salud fueron evaluados en los años 1998 y 2000, respectivamente. Entre las conclusiones de esos estudios se señala que el seguro no ha logrado la cobertura de los grupos más pobres de la población y no ha sido difundido de modo apropiado, especialmente en las áreas rurales. Los gobiernos municipales han tenido mucho retraso en el pago de las prestaciones y presentaban problemas de disponibilidad oportuna de insumos médicos. Además, las evaluaciones mostraron que existía una gran inequidad en la distribución de fondos municipales.

COLOMBIA

La reforma de salud en Colombia tuvo como objetivo garantizar para el año 2000 la cobertura de las necesidades de salud con eficiencia, calidad, equidad y solidaridad para todos los colombianos. Si bien esta meta aún no se ha cumplido, la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) pasó de 20% a 57% de la población en el año 2001. El mecanismo propuesto para ampliar la cobertura fue transitar de un sistema de salud que financiaba a los hospitales públicos con recursos estatales, cada día más escasos, a un sistema de financiamiento directo de la demanda a través de un tipo de aseguramiento público.

Se han estado llevando a cabo dos procesos paralelos relacionados en la reforma colombiana: la consolidación de la descentralización emprendida desde el año 1990 y la introducción de un nuevo modelo de aseguramiento público (Céspedes-Londoño *et al.*, 2002). La descentralización se realizó del ámbito central al municipal, dejando al ámbito local con la responsabilidad de cubrir las acciones de salud con un presupuesto directamente asignado desde el nivel central.

La reforma en salud realizada en Colombia distingue entre las siguientes cuatro funciones, cada una con procesos independientes, aunque relacionados: 1) El financiamiento de la demanda para la atención en salud con el régimen contributivo –personas que pagan cuotas de seguridad social– y el régimen subsidiado –aquéllas sin capacidad de pago para acceder a un seguro de salud–. 2) La provisión de servicios de salud a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que son responsables de otorgar los servicios previstos en el paquete básico de servicios de salud: Plan Obligatorio de Salud (POS) y Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S). 3) La articulación de los niveles anteriores a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), según el régimen que corresponda. 4) La modulación de todo el sistema a cargo del Ministerio de Salud y la Comisión Nacional de Seguridad Social en Salud.

El modelo de financiamiento del sistema de salud colombiano está orientado a movilizar recursos públicos hacia la demanda a partir de fuentes parafiscales y fiscales administradas a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosiga) y los Fondos Territoriales de Salud (FTS). La afiliación al SGSSS puede realizarla cualquier persona con capacidad para pagar las cuotas; también se espera que se afilie en el régimen contributivo sin que eso requiera directamente ser empleado en el sector formal (Morales, 1997).

Los beneficiarios del régimen subsidiado se definen a partir de una encuesta de hogares (Sistema de Identificación de Beneficiarios, Sisben), cuya aplicación es responsabilidad de cada municipio. Si bien el Sisben es un sistema general para la identificación de beneficiarios de programas sociales, ha sido

utilizado sólo para acceder al régimen contributivo. Además, los municipios han tenido que asignar oficinas para uso exclusivo del Sisben, a pesar de que no cuentan con los recursos para esto.

En este sistema existe un esquema de solidaridad, ya que 1% de las cuotas del régimen contributivo va al financiamiento del régimen subsidiado, el cual se sustenta con recursos gubernamentales de los niveles tanto central como local. Así se crea un gran *pool* de riesgos, en el cual todas las personas aportan. Este sistema de financiamiento de la salud contribuyó a que Colombia se ubicara en el primer puesto del índice de contribución financiera en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud realizada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 (WHO, 2000).

Sin embargo, aún persisten algunos problemas, tales como la existencia de población sin aseguramiento y las diferencias entre los planes básicos de los regímenes subsidiado y contributivo. Pese a que en el diseño de la reforma colombiana se tenía calculado resolver estos problemas para el año 2001, en el año 2004 todavía no está claro cómo se logrará esto. Otros inconvenientes han sido: el provocado por la normatividad, que dificulta la implementación del nuevo esquema de aseguramiento en vez de facilitarla; los problemas financieros a los cuales se han enfrentado los hospitales públicos al constituirse en Empresas Sociales del Estado (ESE), y la falta de asistencia técnica (Céspedes-Londoño *et al.*, 2002).

URUGUAY

Uno de los momentos relevantes de las reformas en el sector salud en Uruguay se produjo a fines de la década de los ochenta, cuando se decidió separar los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) y se creó la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) como un organismo público encargado de administrar los establecimientos de atención a la salud pertenecientes al MSP. Dichos servicios pueden transferirse a las municipalidades, realizar convenios con instituciones privadas e incluso gestionar presupuestos de

establecimientos llamados Grupos de Apoyo (vecinos de la localidad) que existen para el caso de algunos hospitales.

Puede afirmarse que la creación de la ASSE marca el inicio de la reforma del sector público en el campo de la salud, misma que no se ha profundizado. A partir de ese momento la estrategia de la reforma del sector salud se ha basado en la revalorización de la atención primaria, el mejoramiento de la coordinación entre los sectores público y privado, la modernización del sistema de información en salud, el fortalecimiento del nivel ministerial central y la descentralización de los hospitales del MSP.

La reforma no ha sido prioritaria en la agenda nacional y se ha aplicado de manera gradual. De hecho, no existe un proceso que pretenda reformar al sector salud en su totalidad: se cuenta con un conjunto de proyectos dirigidos a fortalecer al MSP en lo que respecta tanto a su capacidad de gerencia como a la prestación de los servicios que brinda, y en las acciones de ciertos programas prioritarios. Tales proyectos forman parte de una política global del gobierno tendente a modernizar el Estado y reforzar las áreas sociales, iniciada en 1995 y financiada casi en su totalidad por préstamos del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

En el año 2002, el Parlamento aprobó la reestructuración funcional del MSP, la cual está en proceso. Se crearon tres áreas dependientes de la Dirección General de la Salud: Servicios de Salud (calidad, evaluación y auditoría), Productos (equipos de salud, alimentos modificados, reactivos diagnósticos y medicamentos) y Salud de la Población (epidemiología y programas prioritarios). Aunque no logró un mayor grado de autonomía de los hospitales del ASSE, el MSP continúa impulsando la desconcentración y descentralización de los hospitales públicos por medio del fortalecimiento de los cuadros gerenciales de los hospitales. Una de las vías para la desconcentración es la compra a terceros de aquellos procedimientos y tecnologías que no están disponibles en los establecimientos. Los procedimientos de alta tecnología y/o alto costo son financiados por el Fondo Nacional de Recursos; algunos de ellos son prestados por empresas públicas o privadas.

En la formación de los recursos del sector se han introducido cambios para readecuar los cupos de residencias médicas con el fin de priorizar la atención de primer nivel. Por su parte, la Escuela de Graduados está poniendo en marcha la educación médica continua a través de la acreditación de instituciones y programas con miras a una futura recertificación de los profesionales.

PERÚ

Desde 1995 se lleva a cabo el proceso de reforma del Estado a fin de reducir gradualmente su participación en la administración de bienes y servicios, y reforzar su papel rector y regulador. La reforma sectorial en salud fue parte de un proceso administrado centralmente por las autoridades del Ministerio de Salud (Minsa); el financiamiento de las experiencias de campo y la implementación del proceso se dio a través de proyectos nacionales con la banca internacional de desarrollo (Banco Interamericano de Desarrollo-Banco Mundial), del Tesoro Público y de la cooperación técnica internacional.

El marco jurídico del sector salud ha sido modificado por dos leyes: la Ley General de Salud marco para el sector y la Ley de Modernización de la Seguridad Social, que flexibilizó el monopolio público en la provisión de la atención médica de los adscritos a la seguridad social en salud, con el fin de mejorar la calidad y cobertura de los servicios, lo que abrió la posibilidad de que 25% de la cotización sea cubierta por prestadores privados.

La reforma del sector salud ha buscado extender la cobertura de cuidados básicos mediante mecanismos de aseguramiento y algunos servicios de carácter gratuito para los pobres. En 1994, el Minsa definió paquetes de atención básica para niños, adolescentes, mujeres en edad fértil y población adulta, mismos que se promovieron con fondos del país a través del Programa de Salud Básica para Todos. En 1997 se puso en marcha el Seguro de Salud Escolar, que cubrió en todos los niveles y de manera integral (atención, medicamentos y pruebas diagnósticas) a los escolares de escuelas públicas, y en 1998 se inició la apli-

cación piloto del Seguro de Salud Materno-Infantil para atender a las madres gestantes, el parto, el puerperio, y a los niños de hasta los dos años de edad. En 1999 se anunció la descentralización administrativa en el ámbito municipal de los servicios de educación y de salud. Su desarrollo ha tenido dos líneas de trabajo: los Centros Locales de Administración de Salud (CLAS, establecimientos co-administrados por autoridades del Minsa y de la comunidad) y los procesos de *rendición de cuentas*, aún en etapa de construcción. La participación social no está planteada en forma explícita como un objetivo de la reforma sectorial. Se ha desarrollado una política de identificación de beneficiarios para garantizar la aplicación del principio de equidad y la focalización del subsidio público, según criterios de pobreza-necesidad-efectividad de la atención.

Durante los últimos años en Perú se ha dado prioridad al financiamiento de los servicios del primer nivel de atención en la red de servicios de salud a cargo del Minsa, lo que ha contribuido a su reorientación hacia la promoción y prevención. La tendencia reciente es llevar adelante la atención por grupos de población con un enfoque integral (niño, adolescente, mujer, adulto/adulto mayor). Sólo en la atención de primer nivel (puestos y centros de salud) se demuestra cierto progreso, ya que la que se da en los hospitales lleva más bien una marcha regresiva. Aun cuando no es posible evaluar el impacto de la reforma sobre la equidad en la cobertura, el acceso y el uso de los servicios de salud, algunos elementos continúan funcionando como obstáculos para la asistencia de la población a los servicios. Entre otros, están la falta de recursos, la lejanía del establecimiento, la lentitud de la atención y la desconfianza en el servicio. Todos estos son aspectos que deben ser trabajados en un futuro cercano.

IMPACTO DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A continuación se presentan algunos ejemplos de las repercusiones en la salud sexual y reproductiva que se han podido

identificar a partir de la introducción de las reformas del sector salud. Esta área ha sido poco documentada hasta el momento y la mayoría de los estudios sobre el tema analizan programas o efectos puntuales en determinadas regiones de los países investigados, lo que revela la gran diversidad de resultados, pero también la necesidad de continuar estudiando y analizando el vínculo entre la reforma del sector salud y la salud sexual y reproductiva.

Debe señalarse que es posible distinguir dos grupos de interés en este campo. Por un lado están quienes abogan por la importancia de la provisión y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos. Por otro, quienes promueven la reforma estructural del sector salud y tienen como principal objetivo la búsqueda de mayor eficiencia. Ambos grupos tienen en común ciertos objetivos, como el acceso equitativo a servicios de salud de calidad, una aproximación a la implementación de la atención primaria como estrategia fundamental y el apoyo a los procesos participativos de descentralización, entre otros. Sin embargo, existen divergencias entre los dos enfoques, que se manifiestan en sus diferentes concepciones alrededor del diseño de estrategias y de mecanismos de colaboración a través de los cuales las reformas deberían estar apoyando el desarrollo de programas de salud sexual y reproductiva a fin de que éstos logren reflejar las necesidades identificadas y sentidas de las poblaciones más desfavorecidas.

De acuerdo con Standing (2002), el principal obstáculo para la incorporación de los servicios de salud sexual y reproductiva es la falta de capacidad para proveer servicios de manera integral o ampliarlos más allá de la planificación familiar y el cuidado materno-infantil. Asimismo, los directivos y profesionales de la salud pueden sentirse “amenazados” por la perspectiva de que se dé preferencia a una atención integral de los servicios de salud, ya que la incorporación de un modelo de atención diferente genera tensión con las prácticas y concepciones de atención tradicionales e institucionalizadas. Ambas posiciones tienen objetivos y estrategias diferentes y su coexistencia genera diversos conflictos en las instituciones de

salud, ya que el modelo integral de salud sexual y reproductiva generalmente incorpora la perspectiva de género y una concepción amplia de la salud –no sólo biomédica– que supera el enfoque materno-infantil. El modelo integral se orienta hacia la promoción, prevención y educación para la salud, y en él la participación de la comunidad tiene un papel clave junto con los médicos y el resto de los profesionales de la salud. Desde esta perspectiva, la mujer no es considerada sólo como madre sino como persona con diferentes necesidades a lo largo de su ciclo de vida. Finalmente, enfatiza el derecho al acceso a la salud, en especial a la salud sexual y reproductiva tanto para las mujeres como para los hombres.

Entre finales de la década de los noventa y principios del año 2000 se puede identificar el inicio de un retroceso en materia de salud sexual y reproductiva en algunos países, en los cuales se está dejando de lado la agenda de la reunión de El Cairo para volver al manejo vertical de los programas financiados por agencias internacionales. Con esto se limita la capacidad de acción en el ámbito local y se impide la adaptación a necesidades particulares de la población, y en especial a la capacitación de los profesionales locales (Standing, 2002).

Una interrogante que surge –y que no ha sido suficientemente documentada– es si la aplicación de las políticas de reforma facilita u obstaculiza la ejecución de los objetivos en materia de salud sexual y reproductiva. En este sentido, el principal desafío para los administradores de la salud es poder aplicar la reforma del sector salud al mismo tiempo que se incluyen programas de salud sexual y reproductiva, y alcanzar así los objetivos de ambos proyectos. Para ello será necesario recorrer un proceso intenso de capacitación de los profesionales de la salud, así como de apoyo financiero e institucional para asegurar una cobertura amplia y paquetes de servicios de salud primaria de calidad que incluyan la salud sexual y reproductiva.

Con respecto a la formación de los profesionales de la salud será necesario incorporar nuevas concepciones vinculadas, por ejemplo, a los derechos de los usuarios, en especial a su salud sexual y reproductiva, y a la vez introducir estos con-

ceptos en la prestación de servicios en las instituciones en un marco de promoción y prevención de la salud integral.

Un aspecto clave será –de acuerdo con Standing (2002)– ir más allá de las reformas del sistema de salud y trabajar sobre las inequidades de género e identificar cuáles son las prioridades en el campo de la salud sexual y reproductiva; por ejemplo, la morbimortalidad de la mujer y sus principales determinantes, así como las enfermedades de transmisión sexual.

Como ya se comentó, la descentralización ha sido uno de los mecanismos introducidos con las reformas sectoriales. Dicha estrategia ha tenido efectos positivos y negativos en los programas, tanto los de salud sexual y reproductiva, como los de otro tipo (Nigenda *et al.*, 2002). A pesar del proceso de descentralización, la organización en muchos países continúa siendo vertical y no ha permitido un ajuste a las necesidades y prioridades locales, lo que también ha dificultado “estimar costos de los programas y asegurar la sustentabilidad financiera, así como operar adecuadamente en términos de calidad y eficiencia técnica” (Langer y Nigenda, 2000, p. 29). No obstante, se han generado mecanismos para mejorar el desempeño y la calidad de los servicios a través de utilizar la autonomía de gestión, la articulación de proveedores de servicios públicos y privados, los sistemas de prepago por los servicios de salud reproductiva de acuerdo con el rango de ingreso del usuario, entre otros.

Sin embargo, es necesario destacar la existencia de algunas experiencias exitosas en las que el proceso de descentralización posibilitó la incorporación de servicios de salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención en los ámbitos regional y local. Esto se debió a que las autoridades en salud desarrollaron sus propios planes con mayor eficiencia y solidez para la provisión de servicios esenciales tomando en cuenta las necesidades locales culturales, movilizándolo recursos locales y utilizando las organizaciones comunitarias preexistentes. Ejemplo de ello han sido países como Brasil y Zambia, entre otros (Aitken, 2003).

Uno de los aspectos de la reforma del sector salud ha sido la transferencia de la provisión de cierto volumen de servicios de salud del sector público al sector privado. En América La-

tina el sector público continúa siendo uno de los principales proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva, pero es interesante observar cómo ha crecido rápidamente el papel protagónico que desempeñan las instituciones privadas con y sin fines de lucro, y las ONG, que proveen a la población tanto atención como información que permite a los usuarios tomar decisiones informadas.¹ Es decir, las ONG no son sólo prestadoras de servicios directos sino que suelen tener una perspectiva integral que facilita la toma de conciencia por parte de la población acerca de su derecho a la salud y a reclamar servicios de calidad, entre otras cosas. Sin embargo, uno de los principales retos que están enfrentando estas organizaciones es su incapacidad de sostener financieramente la prestación de los servicios. Por lo tanto, su estrategia es cobrar a los usuarios que estén en condiciones de pagar por la atención recibida y de esa manera subsidiar a la población que no puede afrontar el pago, o buscar establecer sistemas de contratación con las instituciones públicas, como ha sucedido en algunos países, entre ellos Colombia y Guatemala.

Es necesario también destacar, con respecto al sector privado, que así como en muchos casos puede ser un prestador de atención de alta calidad, también puede serlo de la más baja. Por ello es necesario establecer un proceso regulado y provisto de incentivos para el sector privado cuando colabora con el sector público en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva (Aitken, 2003). Cabe señalar que en el último periodo de la reforma del sector salud se está produciendo una revisión del papel del gobierno para reubicarlo como regulador y garante en la prestación de servicios de calidad. Este proceso de redefinición surge como resultado del reconocimiento de los efectos negativos de las privatizaciones y otras estrategias similares.

En el cuadro 1 se muestran las estrategias fundamentales de la reforma del sector salud junto con sus repercusiones en la salud sexual y reproductiva.

1 Alrededor de 70 a 75% de las parejas en Bolivia y Colombia reciben métodos anticonceptivos de instituciones privadas con y sin fines de lucro. En el extremo opuesto, las parejas en Kenya, Túnez e Indonesia obtienen una proporción similar por parte del gobierno (Aitken, 2003).

Los principales desafíos que enfrenta la mayoría de los países son la definición de estrategias de financiamiento de los servicios de salud para la población de menores recursos y la expansión de la cobertura de sus servicios. Hacia finales de la década de los noventa, entre las innovaciones que se habían de-

CUADRO 1
IMPACTO DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD
EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Reforma del sector salud	Impacto en la salud sexual y reproductiva
<p>Esquemas de pago (tendencias en financiamiento)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pago por servicio • Prepago • Seguros privados • Seguro social de salud 	<p><i>Positivo:</i> inclusión de servicios de atención básicos de salud reproductiva en los esquemas de aseguramiento nacional y en los prepagos.</p> <p><i>Negativo:</i> el sistema de pago por servicio ha provocado la reducción en el acceso y el uso de los servicios, con lo que se ha producido mayor inequidad.</p> <p><i>Recomendación:</i> es necesario generar mecanismos de prepago para la atención del parto (como en los casos de China y Tailandia) debido al gasto que este rubro representa para la mayoría de los hogares pobres.</p>
<p>Contratación de instituciones privadas para la provisión de servicios de salud</p>	<p><i>Positivo:</i> contratación de ONG para la provisión de servicios de prevención en salud sexual y reproductiva con resultados diversos de acuerdo con la capacidad financiera y organizativa de las ONG.</p> <p><i>Negativo:</i> riesgo de transformar prácticas legalmente prohibidas en el sector público en prácticas cotidianas del sector privado (desde abortos hasta evasión de impuestos).</p> <p>Se ha encontrado que hay desarticulación y desconexión entre el sistema público y el privado.</p> <p>En el sector privado se ha observado deficiente capacitación del personal y tratamientos inapropiados, así como falta de participación comunitaria, entre otros problemas.</p> <p>Las instituciones privadas no proveen todos los servicios de salud sexual y reproductiva y en algunos casos existe una mayor tendencia a la asistencia que a la prevención.</p> <p><i>Recomendación:</i> es necesario que el gobierno controle y regule las asociaciones con proveedores privados para garantizar la cobertura, acceso, equidad y calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.</p>

Reforma del sector salud	Impacto en la salud sexual y reproductiva
Descentralización	<p><i>Positivo:</i> incremento de la participación comunitaria en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, así como mayor capacidad local de innovación.</p> <p><i>Negativo:</i> contexto económico, social y político inestable para la implementación de paquetes de atención a la salud reproductiva. Infraestructura insuficiente en los ámbitos local y regional; falta de formación de los recursos humanos en derechos y salud sexual y reproductiva; escasez de recursos financieros para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva.</p> <p>El sistema continúa organizándose de manera vertical. Por lo tanto, no permite satisfacer las necesidades locales ni mejorar el desempeño en el ámbito regional o municipal.</p>
<p>Aseguramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquemas de seguro social • Seguros privados • Cobertura universal: paquete básico 	<p><i>Negativo:</i> debido a la omisión de ciertas necesidades de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el sector público, la población sin recursos asiste a servicios privados.</p> <p>En algunos seguros privados hay ciertas limitaciones a la cobertura de salud sexual y reproductiva; por lo tanto, se establece una cobertura cruzada con el sistema público o con el pago de bolsillo.</p> <p>El mismo paquete de servicios tiene mayor costo para las mujeres que para los hombres.</p> <p><i>Recomendación:</i> es necesario expandir la cobertura de servicios básicos de salud sexual y reproductiva (por ejemplo, cuidados prenatales, atención del parto y planificación familiar), ya que el pago de bolsillo continúa siendo la principal forma de financiamiento.</p>

sarrollado para mejorar el financiamiento de los servicios de salud pública en algunos países de América Latina estaba la conformación de fondos especiales destinados a los servicios de salud para la comunidad. Se procuró la protección contra gastos catastróficos dentro del sistema de salud por medio de la creación de fondos especiales para un paquete de servicios (de alto costo) definido a través del establecimiento de prioridades. Además, se intentó garantizar que el presupuesto nacional en salud se distribuyera equitativamente y de acuerdo con las necesidades de la población, y que estuviera inmerso en una lógica de

subsidios a la demanda en lugar de subsidios a la oferta. Por otro lado, se incorporó a los sectores privados y no lucrativos en la producción de medicamentos, la distribución de insumos y la prestación de servicios. Finalmente, entre otras medidas se establecieron mecanismos para monitorear y evaluar el desempeño del sistema de salud en los ámbitos gerencial, financiero y redistributivo.

Se puede observar, entonces, que la reforma del sector salud se encuentra aún en proceso, y que se requiere tiempo para que los cambios y nuevas estrategias que se introducen por medio de las políticas implementadas manifiesten sus resultados y sea factible evaluar su impacto. En todo caso, es necesario aprovechar este proceso dinámico en ajuste continuo para buscar los mecanismos y formas de participación positiva con los programas de salud sexual y reproductiva desde un enfoque integral y con garantía de derechos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aitken L (2003) "The promotion of reproductive health under health sector reform". *Harvard Health Policy Review*, vol. 4, núm. 2, otoño.
- Almeida C (2002) "Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from the 1980s and 1990s". *Cad Saude Publica*, vol. 18, núm. 4, julio-agosto, pp. 905-925.
- Ayala-Cerna C, Kroeger A (2002) "Health sector reform in Colombia and its effects on tuberculosis control and immunization programs". *Cad Saude Publica*, vol. 18, núm. 6, noviembre-diciembre, pp. 1771-1781.
- Barillas E (1997) "La fragmentación de los sistemas nacionales de salud". *Rev Panam Salud Publica*, vol. 1, núm. 3, marzo, pp. 246-249.
- Barría MS (2004) "Participación e incidencia de la sociedad civil chilena en la formulación de políticas públicas en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos". En: Nigenda G, Langer A, López-Ortega M, Troncoso E (coord.), *Procesos de reforma del sector salud y programas de salud sexual y reproductiva en América Latina. Cinco estudios de caso*. México, Population Council-Organización Panamericana de la Salud-Instituto del Banco Mundial-Fondo de Población de las Naciones Unidas-FUNSALUD, pp. 73-112.

- Bossert T, Larrañaga O, Giedion U, Arbelaez J, Bowser D (2003) "Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile". *Bull World Health Organ* vol. 81, núm. 2, pp. 95-100.
- Céspedes-Londoño JE, Jaramillo-Pérez I, Castaño-Yepes R (2002) "Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad de los servicios de salud en Colombia". *Cad Saude Publica*, vol. 18, núm. 4, agosto, pp. 1003-1024.
- Figueras J, Musgrove P, Carrin G, Durán A (2002) "Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea". *Gac Sanit*, vol. 16, núm. 1, pp. 5-17.
- Kawonga M, Nunn A, Meceira D (2003) "SRRH and decentralization of health systems in Africa, Asia and Latin America and the Caribbean". Documento preparado para la Iniciativa por los Derechos Sexuales y Reproductivos en las Reformas de Salud.
- Kroeger A, Ordóñez-González J, Aviña A (2002) "Malaria control reinvented: health sector reform and strategy development in Colombia". *Trop Med Int Health*, vol. 7, núm. 5, mayo, pp. 450-458.
- Langer A, Nigenda G (2000) *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades*. México, Population Council-Instituto Nacional de Salud Pública-Banco Interamericano de Desarrollo.
- Langer A, Nigenda G, Catino J (2000) "Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: strengthening the links". *Bull World Health Organ*, vol. 78, núm. 5.
- Londoño JL, Frenk J (1997) "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America". *Health Policy*, vol. 41, núm. 1, pp. 1-36.
- Morales LG (1997) *El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia*. Serie Financiamiento al Desarrollo 55. Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina.
- Nigenda G, Valdez R, Ávila L, Ruiz J (2002) *Descentralización y programas de salud reproductiva*. México, Fundación Mexicana para la Salud-Instituto Nacional de Salud Pública.
- Nigenda G, Troncoso E, Arreola H, López M, González L (2003) "Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México". En: Knaul F, Nigenda G (eds.), *Caleidoscopio de la salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. México, Fundación Mexicana para la Salud.
- OPS (2001) *Perfil del sistema de servicios de salud de Bolivia*. 2ª edición. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Divi-

- sión de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud.
- OPS (2001a) *Perfil del sistema de servicios de salud de Perú*. 2ª edición. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud.
- OPS (2002) *Perfil del sistema de servicios de salud de Uruguay*. 2ª edición. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud.
- Ravindran TK, Kikomba D, Maceira D (2003) "The impact of health financing reforms in developing countries on reproductive and sexual health services: A review". Documento preparado para la Iniciativa por los Derechos Sexuales y Reproductivos en las Reformas de Salud.
- Standing H (2002) "An overview of changing agendas in health sector reforms". *Reprod Health Matters*, vol. 10, núm. 20, pp. 19-28.
- Tangcharoensathien V (2002) "ICPD goals and targets worth revisiting in the context of health sector reforms". *Reprod Health Matters*, vol. 10, núm. 20, noviembre, pp. 138-140.
- Weller S, Ravindran TK, Moorman J, Alonso V (2003) "Revising public and private categories form the specificity of reproductive health. Reproductive health and sector reforms: public-private associations in Africa, Latin America and Asia". Documento preparado para la Iniciativa por los Derechos Sexuales y Reproductivos en las Reformas de Salud.
- WHO (2000) *World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Ginebra, Suiza.

DEL ENFOQUE MATERNO-INFANTIL AL
ENFOQUE DE SALUD REPRODUCTIVA
FACTORES VINCULADOS A LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE
SALUD INTEGRAL DE LA MUJER EN EL MARCO DE UN MODELO
ASISTENCIAL MATERNO-INFANTIL EN MONTEVIDEO, URUGUAY

Alejandra López Gómez
Wilson Benia, Myriam Contera, Carlos Güida

INTRODUCCIÓN

La investigación cuyos resultados se desarrollan en el presente trabajo fue realizada en Montevideo, capital de Uruguay, en el periodo julio 2001-julio 2002. Se propuso identificar y analizar los factores que obstaculizan y facilitan la puesta en marcha del Programa de Salud Integral de la Mujer (Programa SIM) en el marco de los centros de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública (MSP).

El inicio del Programa SIM a comienzos del año 2001 significó un cambio relevante en las políticas de salud reproductiva desarrolladas hasta el momento en Uruguay. Su creación señala una tendencia a la vinculación entre la salud reproductiva y la reforma del sector salud en el país. Ello se refleja, por un lado, en una actitud diferente del Estado respecto de las políticas en el campo de la salud reproductiva, que se expresa a través de la inclusión de nuevos servicios en la cartera de prestaciones. Por otra parte, se percibe en la tendencia a la descentralización, con transferencia de la responsabilidad de la planificación e implementación de programas de promoción y prevención a los efectores del primer nivel, que tiene en el Programa SIM una de sus concreciones. Lo expuesto justifica el interés del tema como ob-

jeto de estudio. Para su mejor comprensión se aportan a continuación algunos elementos históricos y contextuales.

La República Oriental del Uruguay, con 3 322 141 habitantes –de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística–, se ha caracterizado históricamente por tener ventajas comparativas con el resto de los países de la región. La conformación y desarrollo de un Estado benefactor y laico, con una legislación social de avanzada, se inició a través del proyecto modernizador de comienzos del siglo XX. La nación vivió una transición demográfica y epidemiológica temprana en el continente, lo que le permitió alcanzar desde la primera década del siglo pasado niveles de mortalidad y tasas de fecundidad similares a las de los países industrializados, con una reducción de la natalidad de 60% entre 1880 y 1940 (López Gómez y Rostagnol, 1998). Actualmente, el país tiene una estructura de población relativamente envejecida y un crecimiento vegetativo nulo. En este marco se explica la creencia, fuertemente arraigada, de una igualdad entre hombres y mujeres, imaginario que se ha visto confrontado en la última década con las evidencias sobre la situación desigual entre unos y otras en diversas esferas sociales.

El sistema de salud en Uruguay se compone, por un lado, del *subsector público estatal* que provee cobertura a la población de menores recursos (aproximadamente 48% del total), por medio de servicios gratuitos a través de diversos efectores: el MSP con funciones básicas de rectoría, normalización, control y asistencia; servicios de los ministerios de Defensa, Interior, Trabajo y Seguridad Social, de Entes Autónomos, del Banco de Previsión Social y el Banco de Seguros, de la Universidad de la República, y servicios municipales. Ha sido el subsector pionero en la aplicación de programas preventivos, sobre todo en el área materno-infantil. Por otro lado, el *subsector privado*, con servicios predominantemente asistenciales (instituciones de asistencia médica colectiva, instituciones privadas), responsable de la atención de 52% de la población, se financia a través de la modalidad de prepago.

El gasto en salud en Uruguay, que asciende a cerca de 10% del Producto Bruto Interno, tiene un uso y una distribución inequitativa (3% destinado al subsector público y 7% al sub-

sector privado) y es ineficiente desde el punto de vista macro y microeconómico. La superposición de servicios, la falta de coordinación interinstitucional, la ausencia de una definición de prioridades, las carencias de mecanismos solventes de regulación, monitoreo y control, revelan un sistema escasamente organizado (Filgueira, 1996).

Los derechos y la salud sexual y reproductiva (Barzelatto, 1998; Correa y Petchesky, 1998), que no parecen estar claramente identificados como asuntos de relevancia por los actores del sistema político y del Estado, han obtenido parcialmente el reconocimiento y la apropiación de la ciudadanía (Abracinskas y López-Gómez, 2001). Habiendo sido un Estado que reconoció tempranamente las distintas “generaciones” de derechos, no se ha actualizado la agenda en esas materias.¹ La historia de la salud materno-infantil en el país tuvo un temprano desarrollo de políticas y programas iniciados hacia mediados del siglo XX, que favoreció su institucionalización y reconocimiento como asunto prioritario de la salud pública, posibilitando el descenso de los indicadores de mortalidad infantil, la captación temprana del embarazo y la institucionalización de la atención del parto (99%). Sin embargo, el desarrollo del modelo asistencial materno infantil, con una tradición y una práctica institucional hegemónica, implica dificultades para los tomadores de decisiones, prestadores y usuarios cuando se trata de revisar y de deconstruir el enfoque que lo sustenta, centrado en la figura de la mujer-madre y en el binomio madre-hijo.

La reforma del Estado en Uruguay sigue una pauta gradualista. En la agenda de los distintos actores políticos, la reforma del sector salud no ha ocupado un lugar prioritario. Los protagonistas de los cuerpos políticos, salvo excepciones, mantienen cautela al plantear innovaciones, lo cual coincide con rasgos culturales que mediatizan los cambios en todas las áreas de la vida social (Abracinskas *et al.*, 2003). Actualmente se es-

1 En tal sentido, importa subrayar el análisis crítico que realizó el Comité de Naciones Unidas en relación con el informe presentado por el gobierno de Uruguay en el mes de febrero de 2002 en la reunión de la Convención sobre la Eliminación de Eodas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), Nueva York, 2002.

tá transitando por una etapa de cambios en el sector salud, tendente al fortalecimiento de la función de superintendencia por parte del Estado, el control de calidad de las prestaciones y la evaluación de la gestión.

Entre los intentos de reforma del sector destacan la propuesta de la Ley de Descentralización de la Administración de Servicios de Salud del Estado del Ministerio de Salud Pública (1990-1995), la ampliación de la cobertura de la seguridad social a una franja de la población jubilada y la puesta en marcha de un sistema de identificación de usuarios del subsector público. El papel del Estado en calidad de prestador de servicios de salud ha sido uno de los ejes centrales de la discusión en las propuestas de reforma. En tal sentido, uno de los principales nudos es la contradicción entre la función prestador/normalizador y la transferencia de servicios al sector privado y a las organizaciones de la sociedad civil. La burocracia pública y el sector privado han hecho hincapié, en general, en la necesidad de separar los aspectos asistenciales y normalizadores del Estado (Moreira y Fernández, 1997). Según esta propuesta, las funciones asistenciales deberían ser relegadas a un paquete básico de prestaciones, destinado a los sectores de menores recursos. Otras veces se han hecho oír para asegurar que una estructura sólo “para pobres”, afecta la calidad asistencial de todo el sistema.

En el campo específico de la salud sexual y reproductiva, el Estado uruguayo no desarrolló políticas públicas incluyentes de la planificación familiar hasta mediados de la década de los noventa. Desde 1967, la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana (AUPF) ha suministrado métodos anticonceptivos con aranceles diferenciados, operando parcialmente en instalaciones del MSP. En 1996, a raíz de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en 1994, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) se inauguraron en el subsector público dos programas de salud reproductiva con énfasis en anticoncepción: uno, ubicado en la intendencia municipal de Montevideo –Sub Programa Maternidad Informada y Voluntaria del Programa de Atención Integral a la Mujer– y otro, en el MSP –Programa Maternidad-Paternidad Elegida–. Este úl-

timo se vio afectado tanto por los cambios sucesivos de autoridades como por su postergación en las prioridades de la autoridad sanitaria. En 2001, a efectos de asegurar una mayor cobertura y accesibilidad a métodos de planificación familiar, se encomendó al Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE) del MSP establecer prestaciones de anticoncepción en el primer nivel de atención en Montevideo. La conducción técnica del SSAE decidió incorporar dichas prestaciones en el marco de un programa de salud integral de la mujer conjuntamente con otras acciones: captación precoz y control del embarazo, prevención de cáncer de mama y de cuello uterino, y prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual. Se propuso además promover la sensibilización y capacitación de los profesionales en el abordaje de la salud de la mujer desde una perspectiva de género, formación y participación de grupos de mujeres, entre otras medidas.²

En concordancia con la tradición antes mencionada, los 10 centros de salud del SSAE, cuyas usuarias potenciales totalizan una población aproximada de 123 mil mujeres de entre 10 y 49 años, tienen una estructura edilicia y funcional destinada a brindar servicios fundamentalmente en el área materno-infantil. El Programa SIM, que incluye la salud materna pero la trasciende, encuentra factores obstaculizadores y facilitadores en su implementación.

Esta investigación se centró en la identificación y análisis de estos factores, y su objetivo general fue conocer los factores socioculturales, funcionales y organizacionales que inciden en la inserción del Programa SIM con énfasis en la salud sexual y reproductiva, en el marco de un modelo asistencial materno-infantil, en servicios del primer nivel de atención del subsector público del departamento de Montevideo y parte de la zona metropolitana.

Los objetivos específicos fueron:

- Conocer el perfil sociodemográfico de las mujeres usuarias de los servicios y explorar sus percepciones sobre asuntos referidos a su salud sexual y reproductiva.

2 Documento propuesta: salud integral de las mujeres usuarias del SSAE: Líneas programáticas en construcción. SSAE-MSP, febrero de 2001.

- Identificar los factores funcionales y socioculturales que inciden en la accesibilidad de las mujeres usuarias de los centros a los servicios del Programa SIM.
- Conocer los aspectos conceptuales, culturales y laborales de la realidad del personal directivo y técnico de los centros, que inciden en la implementación del Programa SIM.
- Identificar los factores condicionantes de la prescripción de métodos anticonceptivos por parte del personal técnico.
- Identificar los factores funcionales y organizacionales de los servicios que inciden en la implementación del Programa SIM.
- Conocer el papel que desempeñan los varones en las decisiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción.

METODOLOGÍA

Se usó un diseño metodológico mixto que combinó técnicas cualitativas y cuantitativas con el fin de conocer diferentes facetas y perspectivas del objeto de estudio mediante un proceso de triangulación, a través de reunir perspectivas profesionales diferentes, la visión de informantes diversos, un equipo interdisciplinario de investigación (ciencias sociales y ciencias de la salud) y el uso de técnicas distintas para la recolección de datos “a fin de permitir la interacción, la crítica intersubjetiva y la comparación” (De Souza y Cruz, 1999; Castro y Bronfman, 1999). Estos procedimientos configuran una modalidad de validación de los hallazgos y conclusiones.

Criterios de selección de ámbitos de estudio: los centros de salud

La población de Montevideo (1 344 839 habitantes) tiene en un 40% cobertura asistencial brindada por el MSP.³ El SSAE coordina el primer nivel de atención a través de una red constituida por 10 centros de salud que tienen dentro de su área

3 Datos del Censo de Población 1996, Instituto Nacional de Estadística.

una serie de policlínicas dependientes y consultorios de médicos de familia. Estos efectores del SSAE efectuaron 1 200 000 consultas durante el año 2001. Para el estudio se seleccionaron aleatoriamente cinco centros (Giordano, Santa Rita, Unión, Cerro y Piedras Blancas) según los siguientes criterios: dimensión del centro, antecedentes de implementación del Programa Maternidad-Paternidad Elegida, presencia de servicios de la AUPF y dinámica de funcionamiento del centro.

Técnicas utilizadas

Análisis documental. Se realizó el análisis de documentos, en especial aquéllos elaborados por el MSP y otras instituciones gubernamentales referidos a políticas de salud y antecedentes nacionales en la implementación de programas de salud reproductiva.

Observación de centros de salud. Como técnica de aproximación inicial al objeto de estudio, se llevaron a cabo observaciones directas en los centros seleccionados con una pauta predefinida, con el propósito de recoger información sobre la dinámica de funcionamiento cotidiano de sala de espera, relaciones interpersonales, tipo de comunicación, organización del espacio y del tiempo, y privacidad de la consulta.

Entrevistas a personal técnico y directivo de los centros de salud. La selección de la muestra de personal técnico consideró los siguientes criterios de inclusión: mujeres y varones; ginecobstetras, parteras y licenciadas en enfermería –por entender que en las etapas iniciales de implementación del Programa SIM serían las profesiones que tendrían una mayor incidencia en el proceso–, así como técnicos coordinadores del Programa SIM en el centro. Se entrevistó a 10 técnicos y técnicas. La pauta de entrevista incluyó los siguientes temas: aspectos conceptuales e ideológicos que inciden en la implementación del Programa; grado de compromiso e involucramiento; representaciones y percepciones sobre las mujeres usuarias; percepción acerca del lugar del varón en las decisiones sexuales y reproductivas. En cuanto al personal directivo, la pauta de entrevista incluyó los siguientes campos: relación centro-usuarias; facilitadores y obstáculos

en la puesta en marcha del programa; aspectos organizacionales, funcionales e ideológicos que inciden en su aplicación; percepción sobre el papel del varón en la atención de los servicios y necesidades de capacitación del personal. Se realizaron entrevistas a los cinco directores y directoras de los centros seleccionados. De un total de 15 entrevistas a directores y técnicos, la distribución por sexos fue de cuatro varones y 11 mujeres. Para el análisis de las entrevistas, luego de su transcripción literal se procedió a la identificación de los grandes temas mediante la creación de códigos que correspondían con los temas de las pautas de entrevistas. Se procedió de manera deductiva, mientras que en la codificación fina que se realizó con las sucesivas lecturas del material de entrevistas se procedió de manera inductiva. Se trató de identificar lo que *se dice sin decir* (Castro, 2000), los implícitos y los supuestos (teóricos, ideológicos) que organizan el discurso de las personas entrevistadas.

Entrevistas a funcionarios del Ministerio de Salud Pública. Se realizaron en la última fase del trabajo de campo (debido a los cambios que se produjeron en este nivel), con autoridades de la Dirección General de la Salud, con el objeto de conocer su perspectiva con respecto a la situación de las políticas en salud reproductiva en el país en un contexto de reforma, e identificar tensiones y tendencias en este campo.

Encuesta a usuarias de los centros de salud. Se seleccionó una muestra de 683 mujeres de la población de 10 a 49 años, usuaria de los centros. El tamaño de la muestra se definió a partir de los parámetros: frecuencia esperada de variable de estudio (temor a la realización del Papanicolaou): 20% (Bonino *et al.*, 1994); grado de confianza: 95%; precisión: 0.03. La muestra se seleccionó entre las mujeres que estaban presentes en las salas de espera de los cinco centros. Fue un muestreo estratificado por centro sobre la base de la proporción de consultas durante el primer cuatrimestre de 2001. Se utilizó un formulario constituido por 114 preguntas cerradas (con respuestas precodificadas) y 16 preguntas abiertas (cuyas respuestas fueron categorizadas y codificadas posteriormente). El instrumento incluyó preguntas referidas a: características sociodemográficas, percepción de las mujeres sobre sí mismas,

conciencia y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, percepción sobre la calidad de la atención que reciben en el centro de salud, trayectoria reproductiva, utilización de métodos anticonceptivos, aspectos vinculados al ejercicio de la sexualidad, y hábitos y actitudes referidos a prácticas preventivas. Los datos fueron recogidos mediante entrevistas realizadas por encuestadoras seleccionadas y entrenadas para tal fin. Se diseñaron bases de datos en formato EPI-INFO.

Entrevista a usuarias. Se utilizó como complementaria de la encuesta, con el propósito de explorar con mayor profundidad los siguientes aspectos: significados de la maternidad, significados de la interrupción voluntaria del embarazo, decisión frente al uso de métodos anticonceptivos, percepción de la relación con el centro. Se construyó un muestreo teórico teniendo en cuenta las siguientes variables: edad, antecedentes de maternidad y frecuencia de asistencia al centro. Se entrevistó a un total de 10 mujeres.

Consideraciones éticas

Se acordó la entrega a los técnicos y directores participantes de una *carta de compromiso ético* firmada conjuntamente por la investigadora principal, el coordinador del Programa SIM y el director del SSAE, en la cual se establecieron los criterios de confidencialidad y anonimato de la información, y se explicitó que la información que se recogiera sería para uso exclusivo de la investigación. A las mujeres usuarias que participaron del estudio se les solicitó su consentimiento verbal.

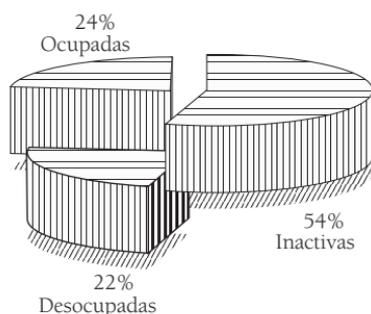
RESULTADOS

Usuarias de los servicios de salud

Fue posible elaborar un perfil sociodemográfico de las usuarias de los centros de salud donde se desarrolla el Programa SIM y conocer sus percepciones sobre asuntos referidos a su salud sexual y reproductiva.

El perfil sociodemográfico de las usuarias de los centros de salud mostró que dos terceras partes tenía menos de 30 años, mientras que las restantes se ubicaban entre los 30 y los 49 años de edad. El grado de instrucción fue, en términos generales,

FIGURA 1
TRES CUARTAS PARTES DE
LAS USUARIAS SON
ECONÓMICAMENTE INACTIVAS
O ESTÁN DESOCUPADAS*



* Usuaris según situación laboral. Centros de Salud, SSAE, Montevideo, 2001

más bajo que el de la población de Montevideo de seis años y más; pocas mujeres se ubicaron por encima del nivel primario. Respecto de la situación de pareja, 46% declaró que vivía en unión libre, cifra seis veces mayor que la registrada en la población global de Montevideo. Más de la mitad eran económicamente inactivas (figura 1) y, entre las que trabajaban, más de 60% se dedicaba a ocupaciones de escasa calificación y remuneración. Sólo 13% manifestó ser la principal fuente

de ingresos en su hogar; en la mayoría de los casos la pareja era la fuente fundamental de ingresos (59%).

En cuanto al tipo de hogar, la mayoría (54%) vivía en hogares nucleares con hijos, y 33% en hogares extendidos; aproximadamente tres de cada 10 usuarias residían en hogares constituidos por seis y más personas. En cuanto a la trayectoria reproductiva, 90% había estado o estaba embarazada. El 25% había tenido entre tres y cuatro embarazos, 10% mencionó el antecedente de abortos espontáneos y un escaso 1.5% declaró haber tenido un aborto provocado, que es considerado delito por la ley vigente, que data de 1938.

La incorporación del Programa SIM puede constituir una respuesta institucional a las necesidades de las mujeres en materia de información y orientación en decisiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción. En promedio, el número de

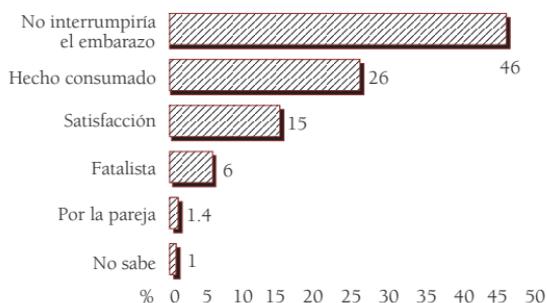
seado de hijos fue de 2.5, si bien fue mayor en el grupo de 40 a 49 años (3.1) que en el de las adolescentes (2.1). Esto sugiere un cierto cambio en relación con el ideal de la maternidad en las diferentes generaciones.

El 70% de las mujeres manifestó que aceptaría un hipotético nuevo embarazo, mientras que sólo 7% reconoció que lo interrumpiría. Las causas aducidas para la aceptación fueron el rechazo al aborto (46%), la satisfacción por el nuevo embarazo (15%) y la aceptación fáctica –“porque sí”– (33%) (figura 2). Entre las principales causas argumentadas para la interrupción se encontraron las económicas (44%) y el deseo de no tener otro hijo (20%) (figura 3). El primer motivo se refleja en dos de los testimonios recabados en las entrevistas a usuarias:

Me gustaría tener no muchos hijos, dos, tres [...] por la situación económica del país. (MUJER DE 20 AÑOS, SIN HIJOS, SOLTERA).

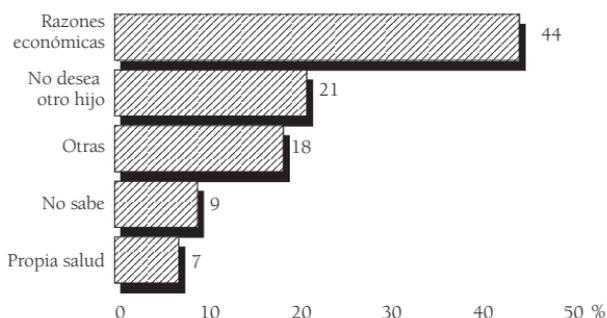
También está el tema económico, ¿verdad? Se hace difícil criar a los chiquilines. Ellos piden, desean cosas como todo el mundo; a veces uno tiene plata y a veces no. Y bueno, para tener hijos y tenerlos mal, prefiero no tenerlos. Tener dos y tener bien... (MUJER DE 36 AÑOS, DOS HIJOS, CASADA).

FIGURA 2
EL RECHAZO AL ABORTO ES LA PRINCIPAL
CAUSA PARA ADMITIR UN HIPOTÉTICO
NUEVO EMBARAZO*



*Usuarias que aceptarían un nuevo embarazo según motivos aducidos. Centros de Salud, SSAE, Montevideo, 2001.

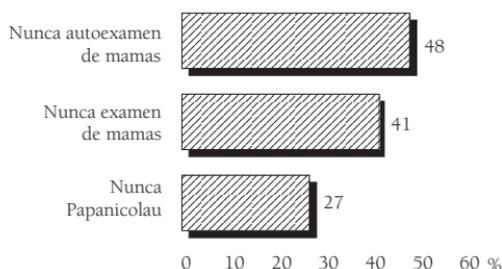
FIGURA 3
 CASI LA MITAD DE LAS MUJERES QUE NO ACEPTARÍAN
 UN NUEVO EMBARAZO ADUCEN MOTIVOS
 ECONÓMICOS*



*Usuaris que interrumpirían un nuevo embarazo según motivos aducidos. Centros de Salud, SSAE, Montevideo, 2001.

La interrupción del embarazo no fue mencionada por las mujeres como una opción. Probablemente, esto esté relacionado con la ilegalidad y penalización del aborto en el país (con el consiguiente temor a la sanción legal y social) y con un sistema de salud que no ha brindado hasta el momento una respuesta a esta realidad. En cuanto a sus hábitos y actitudes referidos a medidas de prevención, destacan: entre las mayores de 20 años, casi 30% manifestó que nunca se había realizado el examen de Papanicolau; a 41% nunca le realizaron un examen de mamas y 48% nunca se hizo un autoexamen de mamas (figura 4). Casi la tercera parte de las explicaciones de las mujeres a estos hechos estuvieron vinculadas a la postergación personal. Esto evoca otras postergaciones ilustradas en los motivos referidos para la deserción escolar, tales como la necesidad de trabajar (28%) y la maternidad (11%). El temor a realizarse estudios preventivos como el Papanicolau (43%), el examen de mamas (13%) y el autoexamen de mamas (15%) traduce una cierta ajenidad a estas prácticas poco integradas a su vida. En referencia a la prevención del cáncer de mama, la desinformación aparece como causa aducida por 20 a 30% de las mujeres. Y si el sistema de salud “no informa”, contribuye a hacer invisible esta dimensión de la salud, en contraste con el énfasis que se hace en los cuida-

FIGURA 4
 A CUATRO DE CADA DIEZ ENTREVISTADAS
 JAMÁS LE HAN REALIZADO UN EXAMEN
 PREVENTIVO DE MAMAS*



* Porcentaje de usuarias de 20 años y más sin antecedentes de intervenciones preventivas. Centros de Salud, SSAE, Montevideo, 2001.

dos del embarazo, que son un eje indiscutido de la atención de los centros de salud. También se registró mediante la observación que la escasa cartelería y folletería disponible en salas de espera estaba generalmente referida a temáticas concernientes a la maternidad, la lactancia, y el cuidado y control del embarazo, sin referencias a otros aspectos de la salud sexual y reproductiva. En lo relativo a los derechos sexuales y reproductivos, una mínima proporción de las usuarias logró identificarlos como derechos de la mujer (5%). Sin embargo, la mayoría (92%) los asoció con derechos vinculados a tener o no tener hijos; algunas los identificaron con derechos a la procreación y al ejercicio pleno de la maternidad (34%); otras destacaron el derecho a elegir el número y espaciamiento de los hijos (34%) y una pequeña proporción (6%) explicitó el derecho a la no procreación. En el campo de los derechos sexuales fueron mencionados principalmente los relacionados a poder decidir las características y condiciones en las que se enmarcan las relaciones sexuales (38%), a no ser víctimas de coerción y violencia sexual (11%) y al autocuidado (9%).

En suma, las usuarias mostraron tener una limitada conciencia sobre sus derechos más allá de la maternidad, la cual sí es reconocida y defendida como un derecho de las mujeres.

Accesibilidad al Programa SIM

Se identificaron los factores funcionales y socioculturales que inciden en la accesibilidad de las mujeres usuarias de los centros a los servicios del Programa SIM.

Los factores fueron recogidos tanto en la percepción de las usuarias como del personal técnico y directivo. El modelo materno-infantil hegemónico en la concepción, organización y prácticas de los centros de salud ha sido internalizado y naturalizado por el personal y por las usuarias, con lo que se condiciona tanto el tipo de demandas de la población como la capacidad de escuchar y decodificar éstas desde el punto de vista del profesional. El centro “materno-infantil” reproduce en su dinámica lo que constituye el núcleo de su identidad: se vincula con la población desde una postura “maternal” que tiende a tratar a las usuarias como si fueran menores de edad. Esto deriva en prácticas asistenciales en lo sanitario y de corte asistencialista desde una perspectiva social, alejándose así de un enfoque de la población usuaria como sujeto de derechos y con capacidad para ejercer su autonomía en tanto ciudadanos y tomadores de decisiones (Ávila, 2000). Desde esta perspectiva, se puede afirmar que ni el personal técnico ni las usuarias han integrado aún en sus prácticas y demandas el hecho de que en el centro de salud se puso en marcha un programa que propone abordar la salud de la mujer desde una perspectiva integral y de derechos. La tensión entre lo materno-infantil y el abordaje integral de la salud reproductiva se evidenció en el discurso del personal directivo de los servicios. Uno expresó que lo importante es el control de la embarazada y el bebé, por lo que otros campos de la salud reproductiva pasan a segundo plano.

Mientras, otro afirmó:

... Yo pienso que hay que cambiar un poco la mente del profesional pero también de la usuaria, que a todo lo que reclame la usuaria le vamos a buscar respuesta de alguna manera. Hay una complicidad entre la usuaria que no reclama y nosotros, en la vorágine de lo asistencial y de lo materno-infantil, no le prestamos atención.

En el mismo sentido, la “mirada” del personal técnico sobre las mujeres usuarias condensa valoraciones de género (Scott, 1996) y de clase social. Se observa, se analiza y se actúa en relación con estas mujeres desde valoraciones diferentes a las que operan en relación con otras mujeres usuarias de servicios mutuales y/o privados de la salud, a las que los mismos técnicos asisten en sus otras inserciones laborales. Los atributos asignados a las mujeres usuarias en su carácter de *pobres* están asociados con la irresponsabilidad en el ejercicio de la maternidad y en el cuidado de la salud (dejadez). En concordancia, las prestaciones en el rubro de la anticoncepción son concebidas como una estrategia de control de la reproducción de la pobreza y no como un derecho de las personas para la autodeterminación reproductiva, con lo que se va configurando en alguna medida una barrera sociocultural para el acceso. Así lo expresó un técnico profesional:

El Uruguay no necesita más hijos de la pobreza [...] Muchas veces es que la gente marginal, que es la que más necesita de estos programas, no tiene conocimiento o no tiene acceso, porque son, por decir así, tan abandonados, que ni siquiera tienen carné de asistencia, ni la disponibilidad de horario.

Otra señaló:

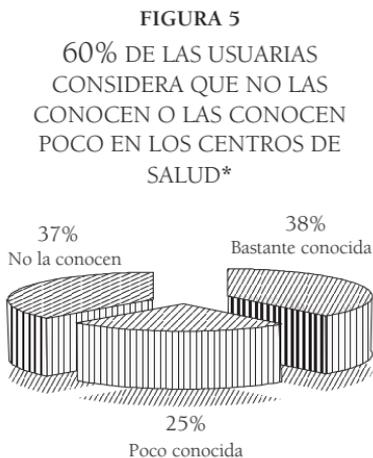
Yo trabajo en una mutualista donde la mujer quiere su embarazo. Pero acá, con muchas mujeres que vienen por el control de su embarazo, [se percibe] como un rechazo ya desde el principio. [...] Gente que no se ha cuidado, no ha tratado de cuidarse y muchas veces dicen que no pueden llegar hasta el centro de salud porque primero tienen que anotarse, tienen que llevar a los chicos al colegio,⁴ chicos que cuidar en la casa.

Ante esto, como se mencionó antes, las usuarias reaccionan reivindicando su “derecho” a tener hijos.

4 Expresión utilizada e identificada con los sectores altos de la sociedad uruguaya.

En lo concerniente a aspectos del funcionamiento cotidiano de los centros, algunos operan como factores que dificultan la accesibilidad de las mujeres a las prestaciones del Programa. En cuanto a la percepción de ser una persona conocida en el centro de salud, en la encuesta a usuarias más de un tercio (37%) expresó que considera que no la conocen (figura 5).

En las observaciones realizadas en sala de espera se corroboró esta percepción, tomando en cuenta que el personal técnico y no técnico del centro no está identificado debidamente, y que la mujer tampoco está debidamente personificada sino que se la nombra genéricamente como *madre*.



*Usuarias según percepción de ser conocida en el Centro de Salud, SSAE, Montevideo, 2001.

Características del personal de los servicios de salud

Se observó que un conjunto de factores que inciden en la aplicación del Programa SIM estaban vinculados a aspectos conceptuales, culturales y laborales de la realidad del personal directivo y técnico de los centros.

El Programa SIM no es percibido como una propuesta diferente que cuestiona al modelo anterior. La "salud reproductiva" asimilada a servicios de anticoncepción es evocada como una actividad nueva que se suma o se agrega a las que ya venía desarrollando el centro de salud (Langer, 1999). La percepción que se tiene es que el Programa SIM implica solamente una ampliación de la oferta de prestaciones a la población, con la inclusión de la planificación familiar. Esto se correlaciona con la vivencia de las personas entrevistadas de mayor exigencia para todo el personal y para las capacidades del centro de llevarla a cabo. La incorporación de una nueva tarea es ca-

talogada como un “peligro” para el buen desarrollo de lo materno-infantil. En tal sentido, se registra una sensación de temor a la pérdida de un logro muy importante de los centros. Desde esta concepción, lo que se visualiza son necesidades prácticas de las mujeres (acceso a métodos anticonceptivos), pero no se considera que la salud reproductiva en tanto paradigma se apoya en la identificación y propuesta de necesidades estratégicas de género que contribuyan a superar situaciones de inequidad y discriminación (Moser, 1991; Young, 1991).

Así lo expresó una directora:

Seguimos manteniendo lo materno-infantil pero hemos tenido que agregar otras cosas de necesidad. Creo que la salud reproductiva y la atención integral de las mujeres es una necesidad altamente pedida por todos desde hace mucho tiempo; por las usuarias, por los técnicos. [...] Si a mí me dijeran: “estamos atendiendo mal a las embarazadas”, pero ése no es el tema. Estamos agregando un servicio con la salud reproductiva. Yo creo que la atención a la salud reproductiva no nos saca tiempo de la atención a la embarazada.

Otra directora señaló:

En una reunión que tuvimos con un consultor del FNUAP uno de nuestros ginecólogos planteó su queja acerca de cómo habían cambiado los centros de salud, que eran tan maravillosos como centros materno-infantiles, y que ahora nos estamos preocupando por otros temas.

Cuando los profesionales se refirieron a las usuarias las identificaron a partir de la función materna (“las embarazadas”, “las madres”). Parece que a pesar de que se diga que la mujer no es sólo madre, sigue siendo concebida fundamentalmente en tanto tal. Esto constituye una expresión de la eficacia simbólica de las representaciones sociales sobre la maternidad como función central y legitimante del ser mujer (Fernández, 1993), a la vez que configura un desafío para el

Programa SIM en lo que respecta a la capacitación de los integrantes de los equipos de salud. Las interpretaciones que las y los técnicos realizaron sobre el sentido de la maternidad estuvieron referidas a la “búsqueda de estatus social”, a la naturalización de esta función en tanto destino, a la imposibilidad de asumir y ejercer “adecuadamente” el papel materno debido a la situación socioeconómica, y a la maternidad como una forma de satisfacer al varón en su necesidad de ser padre. Así lo expresó un técnico profesional:

... el embarazo adolescente surge porque la mujer opta por el embarazo como un elemento que le da estatus y la saca de una situación límite que ha sido violada, ha sido maltratada, ha sido, bueno, totalmente maltratada, ¿verdad? Entonces lo toma cómo que le da estatus. El embarazo realmente se lo da.

Las situaciones por las que atraviesa la población usuaria (pobreza, desempleo, violencia) obligan al profesional a cuestionar su capacidad de ayuda y le generan sentimientos de impotencia y lo llevan a considerar que es poco probable la transformación de tal situación. Así lo verbalizó una técnica profesional:

Situaciones de violencia sexual con sus parejas [...] ¿Las vas a mandar a un psiquiatra? No. ¿Las vas a mandar a un psicólogo? No. No te puedes meter mucho, porque no hay solución, lamentablemente [...] Esto me preocupa ...

Los aspectos referidos al ejercicio de la sexualidad aparecieron como especialmente difíciles de integrar en la consulta. Se observó un cierto desconocimiento acerca de la terminología y la conceptualización de la salud, los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Esto es consistente con la falta de desarrollo de acciones de educación y promoción. La mujer es concebida en tanto objeto social aislado (Mitjavila y Echeveste, 1994) sin capacidad para tomar decisiones y ejercer el control sobre su propia vida. Para ilustrarlo baste señalar que la respuesta de un director cuando se le preguntó si el centro promueve los dere-

chos reproductivos de las personas fue un silencio prolongado. Por su parte, un técnico profesional planteó:

... y teníamos estructurada una forma de darle [orientación] a las mujeres, que consistía en que el día que venían a controlarse, las controlábamos y nos quedábamos con el carné hasta que terminaba la clase, y entonces las obligábamos a quedarse. Y se quedaban...

En lo que se refiere a la interrupción voluntaria del embarazo y las consecuencias de hacerlo en condiciones inseguras, el personal técnico mostró actitudes distintas ante esta problemática. Este punto se refuerza con la ausencia de lineamientos que orienten la intervención profesional en la atención pre y postaborto. De esta forma, la intervención queda sujeta a los valores y sensibilidad de cada profesional, y a las posibilidades internas de cada usuaria de formular una demanda de apoyo en este sentido. Las respuestas ante el aborto provocado en condiciones de riesgo se ubican en el plano de las éticas individuales, y las entrevistas a las y los técnicos revelaron una diversidad de posiciones con respecto a este punto:

Ah, nosotras somos ajenas.

No, nosotros no tenemos así, como que no nos enteramos. No, no.

Las mujeres con más de un embarazo, desesperadamente te preguntan si no hay nada para hacer, te lo dicen ellas: "¿pero no me podés dar un inyectable?". Bueno y ahí viene la consejería preaborto, llámale. Que tú le podés decir lo que no se tiene que hacer.

El conjunto de los hallazgos de las entrevistas sugiere que aunque el Programa SIM *se propone* un cambio de paradigma en la concepción de la salud de las mujeres, éste no es percibido por los efectores. Sin embargo –y consideramos que en este punto radica uno de los principales nudos en la implementación, el Programa *esboza embrionariamente* un cambio en el modelo de atención (Verdes Montenegro, 1995).

La prescripción de métodos anticonceptivos

Se identificaron algunos factores condicionantes de la prescripción de métodos anticonceptivos por parte del personal técnico. La planificación familiar fue señalada como un punto conflictivo que ameritó que un grupo de técnicos dirigiera una comunicación formal a las autoridades para plantearles un conjunto de cuestionamientos vinculados con el modo de prestación de los servicios y con la remuneración insuficiente del personal para desempeñar esta tarea.⁵ En la carta mencionada se argumenta que las condiciones laborales contractuales son insuficientes para el cumplimiento de esta labor. En las entrevistas se hizo énfasis en la sobrecarga que implica la planificación familiar en el trabajo cotidiano. Por otro lado, se visualizan “conflictos de intereses” en tanto algunos técnicos brindan servicios de planificación familiar en el marco del convenio que mantiene el MSP con la institución privada AUPF, por el cual reciben una retribución económica. Hay técnicos que se niegan a ofrecer el dispositivo intrauterino a las usuarias aduciendo que no hay condiciones sanitarias adecuadas para realizar este acto.

Entre las opiniones vertidas en la citada carta destaca la siguiente afirmación: “La consulta en anticoncepción merece un párrafo aparte. Es un programa nuevo que se suma al trabajo que ya estamos realizando con mayor carga de esfuerzo, concentración y responsabilidad, obligándonos a desplazar la consulta de captación de embarazo, de control del mismo, así como la demanda ginecológica [...] lo que perturbaría además el arduo trabajo de seducción y de estímulo a que este tipo de usuarias nos obliga para que controlen adecuadamente sus embarazos”.

En entrevista, una directora expresó:

Tenemos grandes dificultades con el DIU, por el tema de la remuneración. Son los ginecólogos los que no ponen el DIU. ¿A quién toman de rehén?: a la usuaria.

5 Carta remitida a la Dirección de SSAE. Marzo, 2001. Documento interno, SSAE.

Se identificó entre los profesionales la convicción de que las mujeres tienen derecho a acceder a métodos anticonceptivos, pero no se observó la misma convicción con respecto a que tengan derecho a decidir cual método se ajusta mejor a sus circunstancias de vida. La discontinuidad en la disponibilidad de métodos anticonceptivos y las dificultades para su adecuada gestión al interior de los centros de salud se registró como un elemento obstaculizador. Un técnico profesional apuntó:

Preferiría no indicarlas ni utilizarlas [los anticonceptivos orales], pero en algunos casos, bueno, en algunos casos evidentemente es una solución. Por razones de salud y para que no se acostumbren. Hay otros métodos que pueden usar con más conciencia.

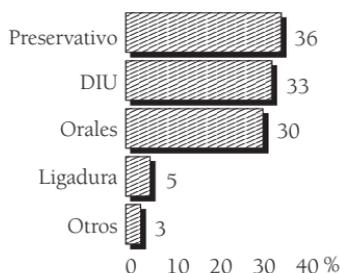
Desde otra perspectiva, entre las mujeres que en el momento de ser encuestadas usaban métodos anticonceptivos (78%), la preferencia se distribuyó aproximadamente en tres partes iguales: preservativo (36%), dispositivo intrauterino (33%) y anticonceptivos orales (30%) (figura 6). El uso del preservativo alcanzó el máximo entre las adolescentes con el 50%, y fue disminuyendo al aumentar la edad.

Se observó la ausencia de un lineamiento programático que incentive la promoción de la doble protección y considere la anticoncepción de emergencia.

Los servicios de salud

Un conjunto de factores estuvo relacionado con aspectos funcionales y organizacionales de los servicios que obstaculizan o facilitan la implementación del Programa SIM.

FIGURA 6
EL PRESERVATIVO ES EL PRINCIPAL MÉTODO ANTICONCEPTIVO EMPLEADOS POR LAS USUARIAS



*Usuaris que emplean anticonceptivos, según el método seleccionado. Centros de Salud, SSAE, Montevideo, 2001.

Algunas condiciones de los centros inciden directamente en la calidad de la atención: alteraciones a la privacidad durante la consulta, falta de una estrategia de difusión del Programa SIM, escasa cartelería y folletería. Casi la mitad de las mujeres encuestadas (45%) expresó que desconocía la existencia del Programa y la posibilidad de acceder gratuitamente a métodos anticonceptivos. También manifestaron desinformación en aspectos tan relevantes como la prevención del cáncer genitomamario. Un tercio de las usuarias registró el antecedente de haber concurrido en alguna oportunidad a la consulta y no haber sido atendidas. El tiempo transcurrido entre la solicitud y el acceso a la consulta no fue identificado como un punto problemático. Algunos de estos aspectos fueron señalados con preocupación por el personal técnico y directivo. Un técnico profesional señaló:

Los espacios físicos en los que se desarrolla la consulta son diversos. En muchos de ellos a la estrechez de la sala de espera de algunos consultorios se agrega la falta de aislamiento, lo que impide que la consulta se desarrolle en condiciones de confidencialidad.

Se constató que entre las y los técnicos hay una concepción de la práctica que privilegia el trabajo intramuros, en detrimento de las acciones comunitarias, lo que pone de manifiesto una barrera con el entorno, establecida por el modelo de atención centrado en los aspectos asistenciales. Esto se aprecia en toda su dimensión en la siguiente afirmación de un técnico profesional de un centro de salud:

Las viviendas las desconozco. Yo, trabajo extramuros no tengo...

Incluir estrategias de promoción y educación integradoras de los diferentes componentes de la salud sexual y reproductiva implicaría un cambio hacia un modelo integral de atención de la salud. Este punto se articula con la ausencia de grupos organizados de mujeres de la comunidad que participen en el Programa SIM. Este aspecto constituye un componente del Programa, pero su concreción requiere de una clara intencionalidad de

cada centro de favorecer la organización y participación de las mujeres. Al respecto, un técnico profesional indicó:

Ya tuvimos la primera reunión de mujeres. Lo hacíamos antes pero con otra perspectiva. Pero ahora lo hacemos con el objetivo de que las mujeres formen grupos de acuerdo a sus intereses y ellas mismas sean las verdaderas protagonistas.

Varios profesionales evidenciaron una visión restringida sobre el equipo de salud (Segura, 1995; Segura, 1996; Giorgi, 1999). Se registró que el protagonismo del equipo de salud recae desmesuradamente en la figura del médico y el papel de otros profesionales pasa a segundo plano. Al respecto, una directora señaló:

Sí, en realidad el equipo básico involucra a partera y ginecóloga. Obviamente se invita a participar a la asistente social, pero como tiene múltiples funciones [...] enfermería específica no hay tampoco. El equipo son la ginecóloga y la partera.

Pero también existen dificultades generadas por los significados diversos que tiene el trabajo en equipo para los diferentes actores. Esto se ilustra a través del punto de vista de una técnica:

Estamos siempre juntas, reuniones afuera no hacemos, pero nosotros trabajamos en equipo. Cuando la doctora viene a colocar los DIU tiene todo pronto. Cuando viene coloca los DIU que hay y después sigue la consulta de ella y estamos juntas ahí, no precisamos reuniones. Estamos juntas.

La dificultad de implementar orgánicamente espacios institucionales que promuevan y habiliten las reuniones entre los profesionales que intervienen en el Programa fue un aspecto señalado como obstáculo, en especial desde la percepción de los directores.

Como se mencionó, de acuerdo con la investigación las condiciones laborales y salariales de las y los profesionales in-

ciden directamente en la aplicación del Programa SIM. Una técnica fue muy clara al respecto:

En un principio yo estaba medio reacia con la idea porque considero que nuestros salarios son demasiado bajos como para que nos estén sobrecargando.

En referencia a la capacitación de las y los profesionales que trabajan en los centros, el personal técnico y directivo señaló la necesidad de la formación y actualización permanente. Una directora afirmó:

Yo soy de las que digo que la capacitación siempre es necesaria, nunca podemos decir que está todo aprendido [...] Yo creo que son funcionarias que tienen los elementos básicos para desenvolverse en el cargo, que lo están haciendo, pero la capacitación es siempre bienvenida.

Así también lo expresó una técnica:

Otra cosa, yo veo colegas míos que trabajan en anticoncepción que no se han actualizado, si vos no tenés actualización por tus propios medios, nadie te viene a dar un curso de actualización con las últimas teorías.

El papel de los varones

Se identificaron algunos factores relacionados con el papel que desempeñan los varones en las decisiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción. La perspectiva de las mujeres usuarias con relación al lugar de los varones en las decisiones sexuales y reproductivas se evidenció en diferentes campos. A partir de los resultados de la encuesta es posible afirmar que 70% de las usuarias nunca utiliza preservativo; de ellas, 58% adujo que esto se debe a que emplea otro método anticonceptivo; sólo 3% lo atribuyó a la renuencia de su pareja. Una gran mayoría de las mujeres que declaró que siempre usa preserva-

tivo (90%) explicó que lo hacía para evitar embarazos, mientras 64% lo relacionó con la protección contra enfermedades de transmisión sexual. Según 15% de las encuestadas, la práctica del estricto uso de preservativo se debe al temor de los varones al SIDA. Ante una imaginaria situación de tener que *resolver el conflicto* de que la mujer deseara usar preservativo y el varón lo rechazara, 54% de las usuarias afirmó que la situación se resolvería en el sentido de no mantener relaciones sexuales, en tanto 15% admitiría la imposición de los criterios del varón. Cuando el conflicto se planteó referido a la elección del método anticonceptivo, sólo 3% aceptó la imposición masculina y otro 3% reconoció que lo resolvería a espaldas del varón, mientras que la mayoría de las mujeres (62%) afirmó que haría predominar su criterio. En las entrevistas en profundidad con las mujeres, una de ellas –36 años, dos hijos, unión libre– lo expresaba así:

... a mi compañero no le gustaba, se lo sacaba [el preservativo] [...] yo nunca hablé, me doy cuenta que ese tema nunca lo tocamos [...] por ejemplo, yo quería tener hijos y no le pregunto al hombre si lo quiere.

Es de destacar que 12% de las encuestadas mencionó la búsqueda de asesoramiento por parte del equipo de salud. Los varones, en calidad de pareja, son señalados por las usuarias como los principales copartícipes en la elección del método (48%). Si bien 36% señaló que estas decisiones están vinculadas a la opinión de las y los profesionales, 31 % aseguró que decide sin considerar otras opiniones. Un tercio de las usuarias identificó a su pareja como la persona con quien habla sobre asuntos relacionados con su sexualidad.

La utilización de las distintas técnicas de investigación permitió conocer otros aspectos referentes al papel de los varones. Las observaciones en los centros de salud mostraron la ausencia de varones en las salas de espera y la presencia de un número significativo en las inmediaciones del centro, aguardando la salida de “las madres”. Los mayoría de los varones no accede a la consulta ginecobstétrica como acompañante de su pareja.

En las entrevistas, el personal técnico y directivo transmitió opiniones expresadas por los varones, que dan testimonio de distintas perspectivas: desde la que considera al varón como partícipe en las decisiones reproductivas, hasta la que remarca la relación de dominio del hombre sobre su pareja, constatada tanto en la imposición masculina de tener hijos propios, como en la prohibición del uso de métodos anticonceptivos (Güida, 2002; Helzner, 1996). Otro elemento referido por los técnicos se vinculó a la percepción acerca del sentido de la maternidad en las usuarias como una forma de satisfacer al varón en su “necesidad” de mostrar su capacidad procreativa.

El análisis de las entrevistas permite afirmar que en las consideraciones del centro de salud no se aprecian posibles acciones en relación con la salud reproductiva de los varones. Esto coincide con una perspectiva de la salud reproductiva y la anticoncepción como campos asociados exclusivamente a la salud de la mujer (De los Ríos, 1995; Matamala, 2002). Así manifestó un director:

En cuanto al varón, es una población que no existe para nosotros. No sabemos donde está. Es todo un tema.

DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

La investigación permitió identificar una serie de factores que intervienen en la incorporación e implementación del Programa SIM, dificultando y favoreciendo su desarrollo. Se pone en juego un conjunto de factores referidos a tensiones presentes entre la práctica institucionalizada de un modelo tradicional de atención, y la propuesta de construir un modelo integral de atención. Esta coexistencia genera conflictos de diversa índole que se han identificado en este estudio y que se pueden resumir de la siguiente manera:

- De un modelo centrado en el enfoque materno-infantil a un modelo centrado en el enfoque de la salud reproductiva desde una perspectiva integral y de género.
- De un modelo centrado en lo asistencial a un modelo que se sustenta sobre la promoción, la educación, la prevención, la asistencia y la participación comunitaria.
- De un modelo sostenido en la figura del médico en tanto actor principal a un modelo que promueve la conformación de equipos de salud multiprofesionales con una perspectiva interdisciplinaria.
- De un modelo sostenido sobre una concepción biomédica de la salud a un modelo que se fundamenta en una concepción integral de la salud.
- De un modelo centrado en la figura de la mujer-madre a un modelo que considera a la mujer en tanto sujeto integral cuyas necesidades en el ámbito de la salud se producen a lo largo del ciclo vital.
- De un modelo que cataloga a la usuaria como *objeto* de la atención, a un modelo que la considera sujeto de derechos y que promueve el *empoderamiento* y la construcción y ejercicio de la ciudadanía.

En la introducción de este trabajo señalamos que la reforma del sector salud en Uruguay sigue una pauta gradualista, que se caracteriza por acciones que no reflejan necesariamente una articulación entre sí, ni lineamientos claros que permitan comprender su orientación. No ocupa un lugar en el debate público y los actores políticos mantienen cierta cautela al plantear innovaciones. Dentro del subsector público se observa una tendencia hacia la descentralización, traducida en la transferencia de la responsabilidad de la planificación e implementación de programas de promoción y prevención a los efectores del primer nivel.

El Programa SIM se enmarca en este proceso. Su creación no estuvo acompañada de la transferencia de recursos que favoreciera su incorporación y que fortaleciera el desarrollo del primer nivel. A poco más de un año de su inicio, la ubicación del Programa SIM en la órbita del SSAE potencia sus alcances

hacia la población usuaria de Montevideo. Estos alcances no sólo se refieren a la cobertura, sino al desarrollo de acciones de promoción y prevención, y su enlace con los ámbitos locales. La articulación entre la reforma del sector salud y la salud reproductiva parece encontrar un espacio prometedor en el camino de la descentralización. La misma parecería señalar que la fórmula *pensar global, actuar local* permitiría enfrentar la complejidad y los desafíos que exige la construcción de puentes entre la reforma del sector y la salud reproductiva.

Considerando estos procesos y a partir de este estudio, queremos destacar las siguientes recomendaciones:

1. Definir y explicitar desde los ámbitos normativos del MSP los lineamientos y prioridades en el campo de la salud sexual y reproductiva, con tendencia a la consolidación de políticas públicas que aseguren la continuidad y la asignación de recursos en el primer nivel de atención. Sería conveniente que los alcances de estas políticas públicas se extendieran a los efectores de atención a la salud del subsector privado.
2. Proyectar las líneas de trabajo del Programa SIM hacia la elaboración y puesta en marcha de un Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, con una amplia participación de actores (organismos gubernamentales, de la sociedad civil, instituciones privadas y universidades).
3. Elaborar, validar y difundir normas de atención en salud sexual y reproductiva, retomando los esfuerzos realizados en los últimos años. Particular atención deberá prestarse a los aspectos concernientes a la normatividad que oriente el quehacer de las y los profesionales ante la prescripción de métodos anticonceptivos, así como a la prevención del aborto provocado en condiciones de riesgo.
4. Definir indicadores de evaluación de la calidad de la atención y la calidad de los servicios del Programa SIM consistentes con su marco conceptual y que trasciendan los criterios de productividad como única modalidad de evaluación.
5. Promover y desarrollar desde los centros estrategias de promoción y educación en salud y derechos sexuales y reproductivos en la población usuaria –en especial en las

- mujeres– que favorezcan su conocimiento, apropiación y ejercicio.
6. Estimular la formación de grupos de mujeres que incidan en la planificación local, el monitoreo y la evaluación del Programa.
 7. Implementar una estrategia de difusión del Programa SIM y sus prestaciones de modo de favorecer la accesibilidad de la población potencialmente usuaria.
 8. Promover espacios institucionales en los centros para la construcción de equipos de salud integrados con profesionales de diferentes disciplinas, ejes fundamentales en la aplicación de un modelo integral de atención.
 9. Promover y organizar desde el Programa SIM actividades de sensibilización y capacitación dirigidas al personal técnico en el campo de la salud sexual y reproductiva.
 10. Incluir en los lineamientos del Programa SIM la promoción del uso de la doble protección y la anticoncepción de emergencia.
 11. Generar estrategias para el involucramiento de los varones y la atención de su salud sexual y reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Abracinskas L, Dufau G, Filgueira N, López-Gómez A, Rostagnol S (2003), “Estado de situación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en Uruguay. Balance y perspectivas”. Montevideo, Uruguay.
- Abracinskas L, López-Gómez A (2001) “Los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la arena política. Estrategias de *advocacy* desde la sociedad civil organizada”. Trabajo presentado en el Seminario Regional ONG y Gobernanía. Programa MOST-UNESCO. Montevideo, Uruguay.
- Ávila MB (2000) “Derechos reproductivos y ciudadanía”. En: *Agenda de acciones en género, ciudadanía y desarrollo. Advocacy en derechos reproductivos y sexuales*. Brasil, Workshops Nacionales, Ed. Sos Corpo, Género y Ciudadanía.
- Barrán JP (1995) *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos*, t. 3: *La invención del cuerpo*. Montevideo, Ed. De la Banda Oriental.
- Barzelatto J (1998) “Desde el control de la natalidad hacia la salud sexual y reproductiva: la evolución de un concepto a nivel internacional”. En:

- Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e problemas.* São Paulo, PROLAP-ABEP-NEPO-UNICAMP, Editora 34.
- Benia W, Tellechea G (2000) "Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo, 1997". *Rev Med Uruguay*, vol. 16, núm 2, septiembre.
- Bonino M (1994) "Barreras en el uso de los servicios de salud materno-infantiles en zonas de pobreza". Montevideo, Facultad de Medicina/Universidad de la República-International Development Research Center.
- Bonino M, Faral L, Richero R, Terra C (1994) *Creencias, prácticas y opiniones de mujeres en edad fértil en relación al uso de los servicios de salud materno-infantil*. Uruguay, Facultad de Medicina/Universidad de la República-IDRC.
- Carrizo L, Rivoir A (2002) *El uso de la investigación para el diseño de políticas sociales. El caso de los observatorios gubernamentales en Uruguay*. Montevideo, UNESCO-Universidad de Harvard-Universidad Católica del Uruguay.
- Castoriadis C (1990) *La institución imaginaria de la sociedad*, t. 1. Madrid, Ed. Anagrama.
- Castro R (2000) *La vida en la adversidad. El significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México, CRIM/UNAM.
- Castro R, Bronfman M (1999) "Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud". En: Bronfman M, Castro R (coords.), *Salud, cambio social y políticas*. México, Ed. Edamex.
- Correa S, Petchesky R (1998) "Reproductive and sexual rights: A feminist perspective". En: Sen G, Germain A, Chen L (eds.), *Population policies reconsidered. Health, empowerment and rights*. Nueva York, IWHC.
- Feijoo M (1992) "La vida cotidiana de las mujeres madres en el marco de la crisis". En: Fernández A (comp.), *Las mujeres en la imaginación colectiva*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Fernández AM (1993) *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre mujeres y varones*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Figuerola J (1997) "Algunas reflexiones sobre el ejercicio de los derechos reproductivos en el ámbito de las instituciones de salud". En: Elu M (ed.), *Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva*. México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Filgueira C (1996) *Sobre revoluciones ocultas: las transformaciones de la familia en el Uruguay*. Montevideo, CEPAL.
- Giorgi V (1999) "A propósito del trabajo de los equipos de salud con la comunidad. Problemas y potencialidades", documento mimeografiado. Montevideo.
- Gogna M (comp.) (2000) *Feminidades y masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia*. Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

- Gogna M, Ramos S (comps.) (2002) *Experiencias innovadoras en salud reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales*. Buenos Aires, Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad.
- Gomensoro A, Güida C, Corsino D, Lutz E (1995) *La nueva condición del varón, ¿renacimiento o reciclaje?* Montevideo, Ed. Fin de Siglo.
- Güida C (2002) "El papel de los servicios de salud en la consolidación de las masculinidades hegemónicas". *Revista Masculinidad*. Montevideo, AU-DEPP.
- Helzner J (1996) "Men's involvement in family planning". *Reproductive Health Matters*, núm. 7.
- Langer A (1999) "Planificación familiar y salud reproductiva, o planificación familiar vs. salud reproductiva". En: Bronfman M, Castro R (coords.), *Salud, cambio social y políticas*. México, Ed. Edamex.
- Langer A, Nigenda G (2000) *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y oportunidades*. México, Population Council-Instituto Nacional de Salud Pública-Banco Interamericano de Desarrollo.
- López-Gómez A (2000) "Sexualidad, género y acción socio-educativa". En: *Cuarto Encuentro Nacional de Educadores Sociales* Montevideo, INAME-UNICEF.
- López-Gómez A, Rostagnol S (1998) "Políticas públicas, sexualidad y salud reproductiva". En: *Avances en la investigación social en sexualidad y salud reproductiva*. Buenos Aires, Ed. CEDES-AEPA-CENEP.
- Matamala MI (2002) "Género, salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el contexto de la reforma". En: *Género, equidad y reforma de la salud en Chile*. Santiago de Chile, OPS-MINSA-Fundación Ford.
- Miller A (2000) "Sexual not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights". *Health and Human Rights*, vol. 4, núm. 2.
- Mitjavila M, Echeveste L (1994) "Sobre a construção social do discurso médico em torno da maternidade". En: *Alternativas escassas. saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo, Fundação Carlos Chagas, Editora 34.
- Molyneux M (1985) "Mobilisation without emancipation? women's interests, the state, and revolution in Nicaragua" *Feminist Studies*, vol. 11, núm. 2.
- Moreira C, Fernández J (1997) *Políticas de ajuste en el sistema público de salud: la visión de los actores estratégicos*. Montevideo, Serie Informes CIESU, núm. 64.
- Moser C (1991) "La planificación de género en el tercer mundo: enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género". En: Guzmán V, Portocarrero P, Vargas V (comps.), *Una nueva lectura: género en el desarrollo*. Lima, Edición Entre Mujeres-Flora Tristán.

- Pateman C (1996) "Críticas feministas a la dicotomía público-privado". En: *Perspectivas feministas en teoría política*. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2001) *Desarrollo humano en Uruguay 2001*. Montevideo, PNUD-Cepal.
- Ramos S, Gogna M, Petracci M, Romero M, Szulik D (2001) *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica?* Buenos Aires, Cedes.
- Ríos R de los (1995) "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción". En: *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington, OPS, Publicación Científica núm. 541.
- Sasz I (1999) "Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja". En: Bronfman M, Castro R (comps.), *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*. México, Edamex-Instituto Nacional de Salud Pública.
- Scott J (1996) "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En: Lamas M (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa-PUEG/UNAM.
- Segura J (1995) "La noción de comunidad y el equipo de salud". En: *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, núm. 2. Madrid.
- Segura J (1996) "El equipo y la institución: ¿cuidadores del profesional?". En: *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, núm. 3. Madrid.
- Souza MC de, Cruz O (1999) "Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud". En: Bronfman M, Castro R (coords.), *Salud, cambio social y políticas*. México, Ed. Edamex.
- Standing H (2000) "Impactos de género de las reformas de salud. Actual estado de las políticas y la implementación". *Revista Mujer Salud*. Santiago de Chile, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.
- Trostle J, Bronfman M (1999) "El papel de la investigación en políticas de salud: una revisión estratégica de la literatura". En: Bronfman M, Castro R (comps.), *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*. México, Edamex-Instituto Nacional de Salud Pública.
- Verdes Montenegro JC (1995) "La concepción de salud y enfermedad en el centro de salud. ¿Modelo organicista o modelo integral?". En: *Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, núm. 2, Madrid.
- Young K (1991) "Reflexiones sobre cómo enfrentar las necesidades de las mujeres". En: Guzmán V, Portocarrero P, Vargas V (comps.), *Una nueva lectura: género en el desarrollo*. Lima, Ed. Entre Mujeres-Flora Tristán.

EFFECTO DE UNA NUEVA ESTRATEGIA INTEGRADA PARA DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD EN LA MUJER, COMPARADA CON ESTRATEGIAS CONVENCIONALES EN LA PAZ, BOLIVIA

Jorge Ugarteche¹

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presentan los resultados de un estudio que se llevó a cabo en cuatro comunidades del altiplano de Bolivia, cuyo objetivo principal fue identificar alternativas a las estrategias convencionales de capacitación en salud sexual y reproductiva (SSR) que posibilitaran una mejor respuesta de las y los usuarios de escasos recursos de los servicios públicos de salud en el país. Para ello se realizó una investigación operativa de tipo experimental en la región andina del territorio, una de las zonas más vulnerables y con elevadas tasas de morbi-mortalidad materna, atribuibles, entre otros factores, a la presencia de barreras a la accesibilidad de tipo sociocultural y económico (exclusión social y pobreza).

ANTECEDENTES

Bolivia² viene aplicando desde la década de los años noventa un proceso de reforma del sector salud dirigido a alcanzar una

1 Equipo de colaboradores: Jesús Acosta, Patricia Miranda, Carmiña Aguilar, Viviana Claros, Tatiana Flores, Esteban Ugrinovic.

2 De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2001, Bolivia tiene una población de más de ocho millones de habitantes.

mayor equidad en la distribución y el acceso de la población a los servicios de salud. Este proceso se inició a partir del reconocimiento de que las principales causas de morbilidad y mortalidad en el país –que se dan en los sectores más empobrecidos de la población e involucran sobre todo a las madres y los menores de cinco años: los grupos de población más vulnerables a enfermedades y con mayor mortalidad– deben ser consideradas con prioridad en las políticas de salud del gobierno. Como resultado intermedio, se creó el Seguro Universal de Maternidad y Niñez (SUMI),³ que busca otorgar equidad en el acceso a los servicios de salud y garantizar su sostenibilidad técnica y financiera a largo plazo. Este instrumento funciona sobre la base de su aplicación descentralizada y su financiamiento local a partir de recursos provenientes principalmente de fondos de coparticipación municipal originados en los ingresos del Estado, que son repartidos en función de la cantidad de población. Quedan pendientes por resolver, entre otros aspectos, la relativa baja demanda de los servicios donde éstos se encuentran disponibles (principalmente en las ciudades y poblaciones intermedias y alrededor de ellas) y las limitaciones en su oferta rural efectiva debido a problemas estructurales propios del sistema y de la infraestructura vial del país.

Este proceso fue factible desde el punto de vista financiero debido en parte a que estuvo precedido por otro relacionado con profundas reformas del Estado (leyes de descentralización administrativa y de participación popular), que cambiaron la forma de distribución del poder y los recursos públicos en el país, con lo que posibilitaron la aplicación de políticas departamentales y –sobre todo– municipales que buscan responder con mayor presteza y exactitud a las necesidades locales.⁴ El re-

3 El SUMI se inició hace dos gestiones gubernamentales como Seguro de Maternidad y Niñez, seguido del Seguro Básico Salud, instrumentos que confirmaron la prioridad de concentrar acciones en ambos grupos de población y asumir esa medida como política de Estado.

4 El financiamiento del SUMI proviene en parte del Tesoro General de la Nación a través de una asignación de recursos financieros por medio de gobiernos departamentales, municipales y un fondo financiero único. Adicionalmente, existe desde hace poco un fondo de alivio a la deuda –recursos HPIC–, fondos de cooperación (proyectos, medicamentos esenciales, anticonceptivos, entre otros) y,

sultado intermedio es un sistema de seguro social financiado principalmente por los municipios y por el Tesoro General de la Nación, que se ha constituido en una política de Estado y que se ha venido ampliando de modo progresivo hacia otros grupos de población (indígena y originaria), con la finalidad de contrarrestar gradualmente las barreras que limitan la oferta y la demanda de los servicios. Para el futuro persiste el desafío de contar con un seguro de salud universal que incluya progresivamente a grupos de población menos vulnerables. Los resultados intermedios fueron los siguientes (Lavandez, 2001):

- Se eliminaron las tarifas y los medicamentos esenciales están disponibles en los servicios de salud bajo el seguro básico.
- En 18 meses la cobertura creció 32% en partos institucionales, 45% en atención prenatal y 70% en todas las demás prestaciones.

Sin embargo:

- Parte del aumento se debió a sustitución: los partos atendidos por proveedores públicos crecieron 50% y en el sector privado cayeron 30%.
- Los usuarios se trasladaron de los servicios de salud a los hospitales y del Ministerio de Salud a la seguridad social.

Los logros principales se obtuvieron en su gran mayoría en poblaciones que acceden a los servicios casi de manera natural, ya sea porque están más próximas a ellos (poblaciones urbanas y periurbanas) o porque están ubicadas en regiones del país con un mejor índice de desarrollo humano, como los llanos orientales o los valles del sur, caracterizados por un ingreso per cápita mayor y por la presencia de menores barreras geográficas y culturales. En grupos de población menos favorecidos y con barreras geográficas y culturales más notorias, que representan al menos 60% del ámbito rural, los resultados de la reforma en salud han sido menos impactantes o están del todo ausentes.

principalmente para vacunas, fondos de compensación provenientes de la seguridad social.

CUADRO 1
LA EXCLUSIÓN ES UNA CONSTANTE QUE IMPIDE EL ACCESO A
LOS SERVICIOS DE SALUD

	Bajo	Segundo	Medio	Cuarto	Alto
Parto institucional	38.8	57.8	70.4	88.6	95.3
Vacuna DPT3	36.2	41.8	46	67.3	70
Uso de SRO	70.5	73.9	79.9	83.8	83.5

Fuente: Gobierno de Bolivia, 1998.

Cobertura de servicio (%) por quintiles de ingreso.

La exclusión y las identidades sociales son fenómenos que resultan del encadenamiento de varios otros procesos sociales y políticos que operan reforzándose mutuamente (CIDES/UMSA-PNUD, 2002). La exclusión, que se manifiesta objetivamente en los principales indicadores de salud por quintiles de pobreza, resulta de las desigualdades existentes en la distribución de los recursos para la producción y reproducción, así como del acceso dispar a los canales y espacios de participación política y a la toma de decisiones (cuadro 1).⁵ Lo anterior refleja en gran medida la estructura de intereses al interior del sistema y su capacidad de influir en su orientación.

Como respuesta, la sociedad civil creó un mecanismo de diálogo⁶ que, a partir de la construcción de consensos entre todos los sectores de la sociedad, llevó a que el gobierno asumiera la conducción de un proceso dirigido a diseñar una estrategia de reducción de la pobreza, en el entendido de que la verdadera causa de la exclusión y la falta de acceso a los servicios básicos de educación y salud de una gran mayoría de la población en Bolivia es la pobreza.

A pesar del progreso económico y social en años recientes, la población de Bolivia se encuentra entre las más desfavorecidas de Latinoamérica, con un Producto Interno Bruto (PIB) per

5 Las preferencias electorales en los comicios presidenciales y vicepresidenciales de junio de 2002 en Bolivia muestran una tendencia a incorporar en el escenario político a un número cada vez más importante de partidos políticos que representen los intereses del sector "excluido" de la población.

6 Diálogo Nacional hacia el Siglo XXI, patrocinado por la Iglesia católica, 2000.

cápita de 800 dólares estadounidenses en 1995, uno de los más bajos de la región. Alrededor de 70% de los hogares bolivianos vive en pobreza absoluta, con mayor incidencia en las zonas rurales (94%). La población boliviana, de 8.2 millones de habitantes (52% mujeres), según el Censo de Población y Vivienda 2001, está creciendo a un ritmo de 2.4% anual. La esperanza de vida a principios del siglo XXI es de 60.4 años, cuando hace tan sólo una década no sobrepasaba los 55 años. En el cuadro 2 se pueden ver los cambios de los principales indicadores de salud del país entre 1994 y 1998.

Más de la mitad de la población boliviana no tiene acceso regular a servicios de salud (Gobierno de Bolivia, 1997); sólo

CUADRO 2
CONDICIONES DE SALUD EN BOLIVIA A TRAVÉS DE
INDICADORES SELECCIONADOS

Indicadores	1994	1998*
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos)	75	73
urbana	60	53
rural	92	100
Tasa de Mortalidad Neonatal (por mil nacidos vivos)	n.d.	36
Esperanza de vida al nacer	60	n.d.
Porcentaje de niños menores de cinco años con algún grado de desnutrición	38	27
Porcentaje de niños con esquema de vacunación completo	36.6	25.5
Tasa de Fertilidad (hijos por mujer)	4.8	4.2
Razón de Mortalidad Materna (por 100 mil nacidos vivos)	390	n.d.
Porcentaje de mujeres embarazadas con un control prenatal	49.5	65.1
Porcentaje de nacimientos asistidos por personal de salud entrenado (atención médica)	28	56.7
Porcentaje de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos modernos	18	25.2
urbano	25.3	32.3
rural	6.9	11.3

n.d.: no hay datos disponibles

* Datos de la Endsa 1998.

20% de los habitantes del área rural recibe atención formal de la salud, con exclusión de casi toda la población indígena. Algo más de 25% de la población rural asiste a servicios de salud tradicionales (callahuayas, yatiris y kolliris).

La SSR fue incorporada como programa en el Ministerio de Salud hace poco más de 20 años y se fortaleció a partir de las conferencias de El Cairo y Beijing, en las que Bolivia participó con una nutrida y activa representación.⁷ A partir de entonces, los programas dirigidos a mejorar la salud reproductiva de hombres y mujeres empezaron a contar con un respaldo más fuerte del gobierno y con un apoyo importante de los organismos internacionales.

La pobreza se manifiesta de diversas maneras, pero siempre en un contexto de exclusión, con resultados que se traducen en limitaciones de la población excluida a la posibilidad de tomar decisiones sobre su propio bienestar. Uno de los indicadores más representativos de pobreza es la prevalencia de desnutrición: 38% de los menores de cinco años de edad sufren algún grado de desnutrición, situación asociada, además, a cuatro de cada cinco muertes en este grupo etéreo.

El gasto total del sector salud en Bolivia fue de 323 millones de dólares estadounidenses en 1995 (4.7% del PIB), equivalente a 44 dólares per cápita al año. El principal instrumento de financiamiento del gasto nacional en salud es la seguridad social (35%); enseguida se encuentran los hogares (32%), el Tesoro General de la Nación (15%), la cooperación externa (15%) y, finalmente, los municipios (3%). Si no se considerara la cooperación externa, el gasto total en salud sería de 275 millones de dólares por año (4% del PIB), equivalentes a 37.5 dólares por habitante. El gasto público en salud (Tesoro General de la Nación, municipios y empresas por medio de la seguridad social) fue de 170 millones de dólares (2.5% del PIB), equivalente a 23 dólares por habitante.

La ayuda externa se estima en alrededor de 312 millones de dólares para el periodo de 1989 a 1995, distribuida entre

7 En las conferencias de El Cairo y Beijing fue especialmente destacado el papel de representantes de ONG que venían trabajando desde algunos años antes en el campo de los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

ayuda bilateral (65%), multilateral técnica del sistema de Naciones Unidas (20%) y bancos de desarrollo (15%). En algunos municipios el aporte de las ONG constituye una parte importante de la contribución.

Las principales causas de muerte tienen que ver con enfermedades de los sistemas respiratorio (22%), circulatorio (27%) y digestivo (15%). La Razón de Mortalidad Materna, uno de los indicadores más utilizados internacionalmente para medir el estado de salud de las mujeres en edad fértil, es una de las más altas de la región (390 por 100 mil nacidos vivos, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Endsa, 1994), al igual que la Tasa de Mortalidad Infantil (73 por mil nacidos vivos en 1998, según la Endsa de ese año). Ambos indicadores tienen grandes variaciones en las diferentes regiones del país, al grado que la Razón de Mortalidad Materna llega a más de 750 en algunas áreas del altiplano y valles. Las causas de tan desproporcionada mortalidad materna, con predominio rural, tiene que ver con la falta de acceso a métodos de planificación familiar, a cuidados prenatales apropiados y a un parto limpio, y con complicaciones del embarazo y el parto no resueltas adecuadamente (hemorragias del primer trimestre, generalmente secundarias a abortos, y sepsis puerperal, entre otras).

A pesar de las políticas gubernamentales dirigidas a proveer aseguramiento de la salud para todas las mujeres embarazadas, sólo 55.9% de los partos en Bolivia son institucionales, mientras que en el área rural únicamente 30.1% de partos lo son (Gobierno de Bolivia, 1999). En el municipio de Batallas, área rural andina donde se realizó parte de la investigación, la cobertura de partos institucionales es aún más baja: 10% (INE-MDSP-Cosude, 1999).

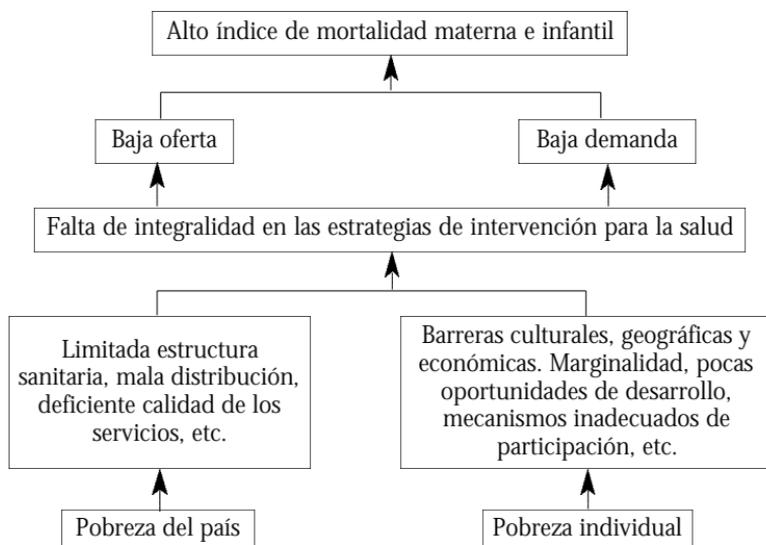
Ciertamente, aunque éste no es el único indicador del estado de salud de las mujeres, cuando se observa un porcentaje reducido de partos institucionales combinado con una tasa elevada de mortalidad materna, es probable que lo que esté ocurriendo es que las mujeres no están en capacidad de reconocer oportunamente las señales de peligro o, aunque lo estén, exista una baja oferta de servicios o una sensible limita-

ción del acceso a los establecimientos de salud debida a diversos tipos de barreras (culturales, lingüísticas, geográficas, económicas, creencias, malas experiencias previas con centros de salud o falta de educación, entre otras). Por ello, todo programa de SSR y salud materna tiene que tomar en cuenta las complejas influencias existentes sobre las decisiones de salud de las mujeres y sus familias.

A partir de las condiciones existentes se construyó un árbol de problemas (figura 1), en un intento por mostrar la importancia de aplicar programas integrales en salud que posibiliten actuar no sólo sobre la oferta de servicios de salud sino, de manera particular, sobre la demanda, a fin de disminuir efectivamente y de forma sostenida las elevadas tasas de morbi-mortalidad materna e infantil, principalmente en el área rural de Bolivia.

La pobreza del país limita la *oferta* de servicios de salud, mientras que la pobreza individual limita la *demanda* de este tipo de servicios. Ambas generan, en última instancia, un alto índice de mortalidad materna e infantil, entre otros problemas de salud que están irremediamente mediados por la falta de

FIGURA 1
ÁRBOL DE PROBLEMAS



integralidad en el enfoque de las intervenciones que realizan diversos sectores (salud, educación, desarrollo productivo y de la comunidad, asuntos campesinos y agropecuarios, participación popular, microempresa, etcétera).

De acuerdo con los datos de la Unidad de la Reforma de Salud, en los últimos 10 años se ha avanzado más en la disminución de la mortalidad materna. Esta reducción se atribuye en gran medida a la presencia de los seguros de salud gratuitos, que contribuyeron a reducir las barreras de tipo económico, y a las políticas de SSR, que fueron aplicadas en casi todos los servicios. En ambos casos la cobertura fue predominantemente urbana y suburbana, por lo que las barreras de tipo geográfico continuaron perpetuándose. Con todo, este factor restrictivo ha sido tomado en cuenta recientemente en la estrategia de proyección rural de los servicios, denominada Extensa (mejora de la oferta), financiada por el Banco Mundial, tal y como ocurrió con la reforma de salud del país. Sin embargo, a pesar de los encomiables esfuerzos realizados se mantiene aún en todos ellos la característica de un enfoque predominantemente paternalista, según el cual la comunidad no es capaz de resolver sus propios problemas.

Pese al hecho de que, de acuerdo con los datos de los censos de población 1976 y 1992, la mortalidad infantil ha disminuido considerablemente (de 151 a 75 por mil nacidos vivos en el periodo intercensal mencionado), la mortalidad en el grupo de población de mujeres en riesgo reproductivo lo ha hecho sólo de manera discreta (variación promedio de 416 a 390 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos en el mismo periodo, suponiendo que los datos sean los correctos) y únicamente en áreas urbanas. Esto indica que las estrategias aplicadas en este grupo poblacional no fueron las adecuadas y que, por lo tanto, deben ser replanteadas.

Muchas de las razones que limitan el acceso a los servicios de salud son su alto costo, su deficiente distribución geográfica, su cuestionable calidad, la existencia de barreras culturales y la tendencia a la exclusión que todavía los caracteriza. Probablemente los factores más difíciles de superar son los de índole cultural y de percepción individual acerca del significado, utilidad

y necesidad de los servicios de salud. Ciertamente, estas razones están mediadas por factores de educación y actitud personal –tanto en los proveedores de los servicios como en las y los usuarios de los mismos– que han sido muy poco estudiados. Esta situación empeora cuando las condiciones de pobreza de la población son más notorias y generan actitudes negativas en los potenciales usuarios y usuarias de los servicios, a quienes no les queda otra alternativa que dar prioridad a necesidades más urgentes que las de salud o educación.⁸

A pesar de que el SUMI, junto con la nueva estrategia Extensa y otras iniciativas emprendidas por diversas ONG⁹ busca incrementar la oferta de servicios, en particular los de salud materna e infantil, es muy probable que no tenga el éxito esperado mientras no supere las barreras que limitan la demanda de los servicios, debido a las razones anotadas, y se despoje de la tendencia paternalista demostrada hasta ahora. La baja demanda de servicios de SSR por parte de la población es todavía un problema no resuelto en el que intervienen variables que no fueron identificadas ni corregidas hasta ahora, y que es preciso investigar.

Por tanto, es necesario actuar en la mejoría de la oferta y la demanda de los servicios de salud, con mecanismos adecuados para los orígenes del problema en cada caso. El cuadro 3, que muestra la proporción en que cada sector –público, privado, seguridad social, iglesia y ONG– brinda atención prenatal y del parto, evidencia el peso que aún tiene en ese rubro el sistema público de salud.

A través de los resultados del estudio se busca obtener una comprensión más cabal de la situación de la SSR en el país, de manera especial con respecto a la prestación de servicios gubernamentales y privados, a fin de proporcionar elementos de

8 De acuerdo a las teorías de la motivación de Maslow y Herzberg, las personas deben satisfacer mínimamente sus necesidades básicas (vivienda, alimentación y vestimenta) antes de que puedan dar prioridad a la satisfacción de otras, más sofisticadas, como las de salud y educación propia y de la familia. Por lo tanto, en el concepto se encuentra implícita la necesidad de superar la pobreza como premisa básica.

9 Red Procosi, entre otras.

CUADRO 3
IMPORTANCIA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN BOLIVIA

Actividad	Iglesia %	ONG %	Privados %	Público %	Seguridad social %	Total %
Total de consultas prenatales nuevas	7.1	10.6	2.0	65.2	15.1	100
Atención de partos en servicio	4.1	5.4	2.2	75.1	13.2	100
Atención de partos domiciliarios	3.3	2.8	0.3	93.2	0.3	100
Vacunación con pentavalente en menores de cinco años	3.8	8.5	1.6	81.6	4.3	100
Promedio	4.6	6.8	1.5	78.8	8.2	100

Fuente: Gobierno de Bolivia, 2002.

juicio al Ministerio de Salud y Deportes (Unidad de Reforma en Salud), a los Servicios Departamentales de Salud (Sedes), a los gobiernos municipales y a las organizaciones no gubernamentales y privadas para la adopción o modificación de las políticas sobre la materia.

MODELO, MATERIALES Y MÉTODOS

La mayoría de los modelos de intervención que se han utilizado en Bolivia para reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil desde la perspectiva del mejoramiento de la demanda se encuentran fuertemente ligados a la difusión de información y capacitación, con una orientación estricta hacia las enfermedades, sus causas y sus remedios, si bien se han reforzado cada vez más con algún aspecto transversal, como el enfoque de género. Es decir, por lo general se emplean modelos tradicionales que abordan únicamente temas médicos y clínicos, sin considerar aspectos relacionados con una de las causas fundamentales de la exclusión y la enfermedad: la pobreza de la población.

Este estudio se propuso llamar la atención sobre la importancia de investigar y demostrar la influencia de algunos de los factores que limitan el acceso a los servicios de salud por parte de la población. Con ese propósito se desarrolló un modelo destinado a repercutir en las actitudes y comportamientos de la población a través de la aplicación de dos procesos de capacitación y entrenamiento en SSR, nutrición y autoestima, combinados con otros dos de capacitación y fortalecimiento de habilidades para la vida productiva, referidos a microempresa, técnicas de organización, administración y comercialización en telares y tejidos. Estas últimas actividades (telares y tejidos) fueron elegidas por estar muy próximas a la cultura y tradiciones de las comunidades involucradas en el estudio y por tener un mercado potencial asegurado, lo que otorgaría a los beneficiarios la capacidad de generación de recursos adicionales a los que obtienen en las actividades agropecuarias o comerciales que realizan, según se trate de ámbito rural o urbano. El estudio, de tipo prospectivo y experimental, se aplicó en dos comunidades rurales y dos periurbanas, con el objetivo de comparar y analizar el efecto en ambos contextos.

Para realizar la investigación se consideraron los siguientes grupos, compuestos por aproximadamente 30 personas cada uno, en su mayoría mujeres en edad fértil (MEF):¹⁰

- Grupo rural de control (Catacora-Batallas).
- Grupo rural de intervención (Igachi-Batallas).
- Grupo urbano de control (Alpacoma-La Paz).
- Grupo urbano de intervención (Villa Exaltación-El Alto).

Se hizo énfasis en que los grupos de intervención y de control tuvieran características similares y fueran comparables en relación con la edad, el grado de escolaridad, aspectos socioculturales y económicos, y el acceso a los servicios de salud e información sobre la temática de SSR, a fin de evitar algún tipo de sesgo a partir de la selección de la muestra. En el anexo 1 se pre-

10 MEF: Mujeres comprendidas entre los 13 y los 49 años (sin embargo, los grupos incluyeron también a personas mayores de 50 años, como factor replicador potencial).

senta información sobre los diferentes grupos que fue recolectada durante el estudio para establecer la línea base.

Las participantes de los grupos del área rural compartían en su totalidad el origen aymara y tenían como ocupación principal la agricultura y la actividad pecuaria. Los grupos del área periurbana, que en su mayoría formaban parte de grupos migrantes provenientes del área rural, compartían en gran proporción el origen aymara y se ocupaban fundamentalmente de las labores de casa y/o del comercio.

La hipótesis de la investigación hace referencia a la integralidad del modelo en relación con la vida productiva de la persona como un medio de propiciar una mejor respuesta a los programas de salud. El concepto de integralidad aplicado al estudio implica la necesidad de ampliar el círculo salud-enfermedad con la inclusión de otros aspectos vitales para la supervivencia de las personas, que no necesariamente son de índole clínico-sanitaria. Por ejemplo, actividades productivas que contribuyan al desarrollo del individuo o, por lo menos, le den la oportunidad de mejorar su ingreso como un medio para resolver sus necesidades básicas y vitales (techo, alimentación, vestimenta) y estar después en condiciones de buscar la satisfacción de otras (quizá menos apremiantes para muchos de los excluidos), como la salud y la educación, con la consecuente repercusión en la calidad (integral) de vida de la población objetivo.¹¹

El modelo propuesto consiste, por lo tanto, en difundir información sobre SSR junto con la provisión de otros conocimientos (género y equidad, identidad y autoestima, derecho a la salud y nutrición) y la construcción de destrezas referidas a microempresas (administración, competitividad, sostenibilidad, mercadeo, entre otras), que junto con la entrega, por una sola vez, de un paquete básico de materiales y herramientas logre el objetivo de facilitar a los participantes el inicio de una actividad productiva adicional (telares, tejidos) a sus actividades cotidianas (agropecuarias, comercio, servicio doméstico, etcétera), que les permita mejorar sus ingresos. Se asume que este hecho influirá en la capacidad y el interés de las personas de

11 Teorías de la motivación de Maslow y Herzberg.

buscar una mejoría en su calidad de vida y la de su familia a través de mejorar su salud.

El modelo parte de asumir que la capacidad y disposición para captar información sobre salud se acentúa gracias a la motivación que genera el estar adquiriendo habilidades o reforzándolas en una actividad que genere ingresos y, por lo tanto, coadyuve a un cambio, aunque gradual, sostenido y dirigido a prácticas saludables (figura 2).

El área de intervención fue escogida a partir del estudio de las características demográficas regionales así como de los indicadores de salud y desarrollo humano del área andina, comparados con los del resto del país. Se eligió la región rural circundante al Lago Titicaca, próxima a la ciudad de La Paz, como ámbito rural, y la ciudad de El Alto y una ladera de la ciudad de La Paz como ámbito urbano.

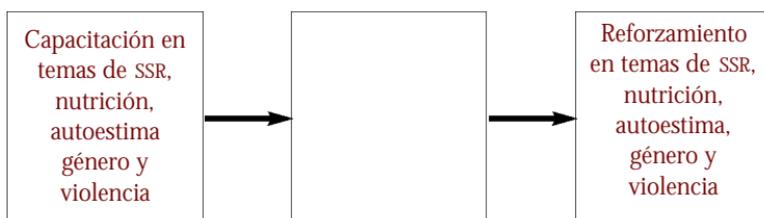
El trabajo de campo contó con el apoyo de una ONG que ya tenía experiencia en la aplicación de este tipo de intervención integral, y que una vez finalizado el estudio incluyó a los gru-

FIGURA 2
MODELO UTILIZADO

Grupos de intervención:



Grupos de control:



0 semana 4 semana 8 semana 12

Pre-test Post-test 1 Post-test 2

pos de control entre los beneficiarios de la provisión de elementos de productividad para la generación de ingresos. Éstos se incorporaron una vez concluido el estudio para no sesgar los resultados y de esta manera cumplir con requerimientos éticos derivados de la aplicación de este tipo de metodología experimental.¹²

La muestra fue seleccionada a partir de los datos que arrojó el estudio de línea de base realizado al inicio del trabajo de investigación. Los participantes en cada grupo fueron incluidos en la muestra a partir de la propia disponibilidad y predisposición de participación de la población (participación voluntaria).¹³

Los temas del programa de capacitación para los cuatro grupos fueron desarrollados en tres ciclos, cada uno de ellos con varios módulos.¹⁴ El material fue diseñado por expertos en cada área, validado, corregido e impreso en cartillas adaptadas a las características culturales de la población objetivo. Al realizar la capacitación se utilizaron técnicas participativas y se recurrió a facilitadores que dominaran tanto el aymara (lengua materna de la mayoría de los grupos) como el español para transmitir los contenidos correctamente.

Los ciclos primero y tercero –educación para la salud y SSR– fueron aplicados de manera similar en los cuatro grupos de intervención y de control rurales y urbanos. En tanto, el ciclo intermedio –microempresa– sólo fue aplicado a los dos grupos de intervención rural y urbano.

Al inicio del primer ciclo y antes de comenzar la capacitación se aplicó un pre-test sobre temas de salud en general y

12 Los programas del Centro de Investigación Bolivia (CIB), ONG elegida para el trabajo de campo, parten de la concepción de que la salud sexual y reproductiva no se puede separar de la *vida integral* de una comunidad. Por ello no sólo dan capacitación en temas de salud sexual y reproductiva, sino también en organización de microempresas, comercialización, capacitación en el manejo de telares, tejidos, computación, entre otros. El CIB, reforzado por los resultados de la investigación, continúa aplicando la estrategia integrada.

13 El número de participantes osciló en promedio entre 20 y 30 a lo largo de los tres ciclos.

14 Los módulos fueron: 1. Hablemos de sexualidad; 2. Hablemos de prevención; 3. Hablemos de vida, y 4. Hablemos de nutrición.

SSR en particular a todas las participantes de los cuatro grupos, a fin de determinar su grado de conocimientos como línea de base para realizar la medición del impacto de la intervención. Ambos grupos estuvieron sujetos a seguimiento y reforzamiento en temas de SSR. Este seguimiento se realizó un día por semana para observar si se estaba produciendo algún tipo de cambio en las prácticas de los distintos grupos y si los temas impartidos estaban siendo asimilados.

Al final de los ciclos primero y tercero se aplicaron a todas las participantes de los cuatro grupos un post-test 1 y un post-test 2, respectivamente.

Como complemento del estudio se utilizó adicionalmente la metodología de grupos focales, que tuvo la finalidad de organizar la capacitación y detectar sesgos, antes que la de coadyuvar al proceso de medición de resultados.¹⁵

RESULTADOS

1. A fin de comprobar el efecto de la intervención en cada uno de los grupos (de intervención y de control) se compararon los resultados del post-test 2 con los del pre-test, en ambos contextos de manera longitudinal. Así, se advirtieron mayores diferencias en las respuestas en los dos grupos de intervención que las existentes en las respuestas de los grupos de control. Con este resultado es posible asumir que la intervención basada en el modelo integrado (capacitación adicional con un modelo de producción) tuvo un mejor efecto que la intervención convencional, especialmente en el ámbito rural, lo que confirma la hipótesis planteada al inicio del estudio.

¹⁵ Rachel Williard, estudiante de la maestría en Salud Pública de la Universidad Nur, con el apoyo del CIB y la guía tutorial del investigador principal del presente estudio, profundizó la investigación a partir de la aplicación de grupos focales con el propósito de indagar sobre algunos aspectos que no pudieron ser profundizados en el estudio. Estos aspectos, si bien importantes, no fueron incluidos en las conclusiones del estudio.

Esto se comprueba claramente al observar los cuadros donde figura la tabulación de las preguntas referidas a diferentes aspectos relacionados con los conocimientos de las mujeres sobre la vida reproductiva (primero en el ámbito urbano y después en el rural).

El primer cuadro de cada pregunta incluye la *estadística descriptiva* de ambos grupos de control e intervención, primero en el ámbito urbano y luego en el rural. Ahí es posible advertir que desde el pre-test los grupos de intervención responden mejor que los grupos de control en todas las preguntas. Esto es notorio si se observa la existencia de porcentajes mayores de respuestas positivas en los grupos de intervención, prácticamente en todas las preguntas, comparados con los de control en ambos contextos (urbano y rural). Los siguientes cuadros incluyen la *estadística inferencial*, donde es totalmente orientadora la significación estadística (significación estadística-dos colas), tanto para el grupo de control como para el de intervención.¹⁶

De esta manera podemos probar el efecto del estudio cuantitativa y estadísticamente al observar que en todas las preguntas existe significación estadística al comparar el pre-test con el post-test 2. En el anexo 2, al final de este capítulo se muestran los cuadros correspondientes.

2. Se aprecia una mayor significación estadística en los grupos de intervención que en los de control, lo que es especialmente notorio en el ámbito rural. Se advierte que el beneficio de la capacitación fue mayor en ambos grupos, pues son más altos los porcentajes obtenidos de preguntas positivas en este contexto tanto en los grupos de intervención como en los de control, y se observa que existió un mayor beneficio desde el principio en el ámbito rural que en el urbano (empiezan en el pre-test con porcentajes más bajos que en el ámbito urbano y terminan con porcentajes mayores en el post-test 2, en especial los grupos de inter-

16 Cuando la significación estadística es menor a .05 (< 5%) es muy poco probable que la diferencia en las respuestas dadas por ambos grupos entre sí o por el mismo grupo entre un test y otro se deba al puro azar (< 5%), por lo que la diferencia se atribuye a la intervención realizada.

- vención, que muestran además mayor significación estadística entre las respuestas al pre-test y post-test 2 que los de control), atribuible ciertamente a la intervención. En el anexo 3, al final de este capítulo, se muestran, a modo de ejemplo, tablas correspondientes a dos preguntas en el medio rural.
3. Cuando se comparan los resultados del post-test 2 entre los grupos urbanos y rurales de forma transversal, éstos son ciertamente mejores que los resultados del post-test 1 y los del pre-test en ambos contextos, al margen del tipo de grupo (de intervención o de control). Con esto queda demostrado que el contexto no influye mayormente en los resultados, como se podría suponer, al menos en esta parte del país (región altiplánica andina).
 4. En algunas de las preguntas que tienen relación con el embarazo, la condición de vivir en pareja –y por lo tanto la experiencia previa de embarazo y parto– tiene un efecto más poderoso que la propia intervención. Se advierte que el grupo de personas que no viven en pareja y no tienen la experiencia de embarazos previos se han beneficiado más de la capacitación, en comparación con aquellas personas que viven en pareja, al margen de que se trate de un grupo de intervención o de control (cuadro 4).
 5. Con respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos, la intervención aparentemente tuvo poco efecto en personas que viven en el área urbana, quizá debido a un mayor acceso a los medios masivos de comunicación (cuadro 5).
 6. A partir del análisis de las respuestas obtenidas en los test, considerando la variable de la edad, se puede identificar que las mujeres con edades entre 21 y 40 años tienen mayor conocimiento previo tanto en el grupo urbano como en el rural (cuadro 6).

DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

- A través de este estudio se pudo demostrar que el efecto de aplicar un recurso motivacional –que en este caso fue un

CUADRO 4
¿CONOCE ALGÚN MÉTODO PARA NO EMBARAZARSE?

		Grupo de control				Grupo de intervención			
		Tipo de test				Tipo de test			
		Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
		Sí		Sí		Sí		Sí	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Grupo urbano									
Vive en pareja	Sí	5	83.3	8	66.7	19	95	17	100
	No	1	16.7	4	33.3	1	5	0	0
Total		6	100	12	100	20	100	17	100
Grupo rural									
Vive en pareja	Sí	3	60	12	60	12	100	12	60
	No	2	40	8	40	0	0	8	40
Total		5	100	20	100	12	100	20	100

elemento productivo: telares o tejidos– en los programas de intervención para reducir la morbilidad materna en el país, efectivamente tuvo un efecto notorio en los grupos de intervención, a diferencia de los grupos de control, al margen del contexto estudiado (rural o urbano).

- La diferencia más notoria de los resultados en el grupo de intervención rural confirma la mayor utilidad del modelo en ámbitos caracterizados por una menor demanda de servicios de salud, a diferencia del ámbito urbano, dadas las peores condiciones de accesibilidad existentes en el medio rural. Este factor hace que las inversiones sean más costoeficientes en ese ámbito.
- La vida en pareja en los grupos de intervención y control influyó en los resultados al margen del contexto urbano o rural. Por lo tanto, es muy probable que un modelo de intervención como éste obtenga mejores resultados en personas solteras (con menor experiencia sexual y familiar). Debido a ello, este modelo podría ser incluso más efectivo para capacitar a personas en aspectos diferentes a la SSR, ya que es fac-

CUADRO 5
¿CUÁL MÉTODO?

	Grupo de control				Grupo de intervención			
	Tipo de test				Tipo de test			
	Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
	Sí		Sí		Sí		Sí	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Grupo urbano								
T de cobre	3	50	6	50	9	45	8	47.1
Pastillas/píldora	2	33.3	3	25	3	15	3	17.6
Condón	0	0	1	8.3	6	30	5	29.4
Inyección	0	0	1	8.3	1	5	1	5.9
Ritmo	0	0	0	0	0	0	0	0
No hay relaciones sexuales	0	0	0	0	0	0	0	0
Espiral	0	0	0	0	1	5	0	0
No sabe	1	16.7	1	8.3	0	0	0	0
Total	6	100	12	100	20	100	17	100
Grupo rural								
T de cobre	0	0	5	25	0	0	2	10
Pastillas/píldora	2	40	8	40	2	22.2	12	60
Condón	2	40	7	35	1	11.1	6	30
Inyección	0	0	0	0	0	0	0	0
Ritmo	0	0	0	0	1	11.1	0	0
No hay relaciones sexuales	1	20	0	0	1	11.1	0	0
Espiral	0	0	0	0	0	0	0	0
No sabe	0	0	0	0	4	44.4	0	0
Total	5	100	20	100	9	100	20	100

tible que ejerza un efecto aún mayor que el obtenido en el campo de la SSR, si se asume que existe en general un menor conocimiento derivado de la experiencia en otro tipo de en-

CUADRO 6
¿CONOCE ALGÚN MÉTODO PARA NO EMBARAZARSE?

Edad (años)	Grupo de control				Grupo de intervención			
	Tipo de test				Tipo de test			
	Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test	
	Sí		Sí		Sí		Sí	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Grupo urbano								
Menor de 20	1	16.7	1	8.3	4	20	3	17.6
21 a 30	1	16.7	4	33.3	9	45	6	35.3
31 a 40	3	50	6	50	6	30	5	29.4
41 a 50	1	16.7	1	8.3	1	5	1	5.9
Mayor de 50	0	0	0	0	0	0	2	11.8
Total	6	100	12	100	20	100	17	100
Grupo rural								
Menor de 20	1	20	5	25	0	0	6	30
21 a 30	1	20	4	20	4	33.3	2	10
31 a 40	0	0	8	40	5	41.7	5	25
41 a 50	3	60	2	10	3	25	6	30
Mayor de 50	0	0	1	5	0	0	1	5
Total	5	100	20	100	12	100	20	100

fermedades (tuberculosis, enfermedad de Chagas, malaria, entre otras).

- El método de grupos focales aplicado en la capacitación y en la evaluación final del estudio confirmó la notoria diferencia en la actitud y motivación a favor de los grupos de intervención, al margen del contexto urbano o rural.
- Los dos grupos rurales seleccionados para el estudio son representativos del contexto general de las poblaciones rurales altiplánicas que circundan el Lago Titicaca, y los dos grupos urbanos lo son con relación a las poblaciones urbanas más vulnerables de la urbe alteña próxima a la ciudad de La Paz. Sin embargo, es muy recomendable aplicar las conclusiones

del estudio únicamente a esos contextos, toda vez que es posible que existan variables locales no consideradas en este estudio, que podrían afectar los resultados de forma significativa si se aplicaran en contextos diferentes.

- La aplicación de este modelo debe considerar siempre la posibilidad de generar fuentes de ingresos adicionales, que sean culturalmente compatibles y potencialmente sostenibles (existencia de mercados, competitividad, etcétera).
- Se sugiere que la Unidad de Reforma de Salud del Ministerio de Salud de Bolivia considere aplicar este modelo de intervención en un ámbito institucional formal y validar su utilidad en contextos diferentes y poblaciones de mayores dimensiones.
- Como parte de la estrategia de implantación del modelo de intervención propuesto, se recomienda que el gobierno establezca niveles de coordinación intersectoriales entre el ámbito de salud y las instancias generadoras de empleo (microempresas, etcétera).

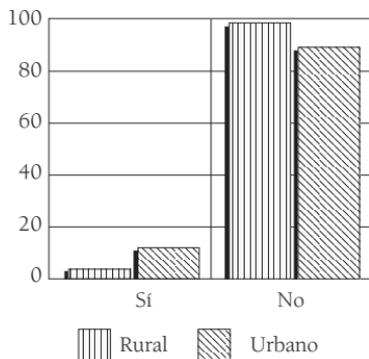
BIBLIOGRAFÍA

- CIDES/UMSA-PNUD (2002) "La estrategia boliviana de reducción de la pobreza (EBRP) y la problemática de la exclusión social". Documento preliminar. La Paz, Posgrado en Ciencias del Desarrollo/Universidad Mayor de San Andrés-Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Diálogo Nacional hacia el Siglo XXI (2000) Informe de Conclusiones. La Paz.
- Gobierno de Bolivia (1994) Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Endsa) 1994. La Paz, Instituto Nacional de Estadística.
- Gobierno de Bolivia (1997) Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) 1997. La Paz, Secretaría Nacional de Salud.
- Gobierno de Bolivia (1998) Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Endsa) 1998. La Paz, Instituto Nacional de Estadística.
- Gobierno de Bolivia (1999) *Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999-2002*. Bolivia, Ministerio de Salud y Previsión Social, Unidad de Atención a las Personas.
- Gobierno de Bolivia (2001) Censo de Población y Vivienda 2001. La Paz, Instituto Nacional de Estadística.

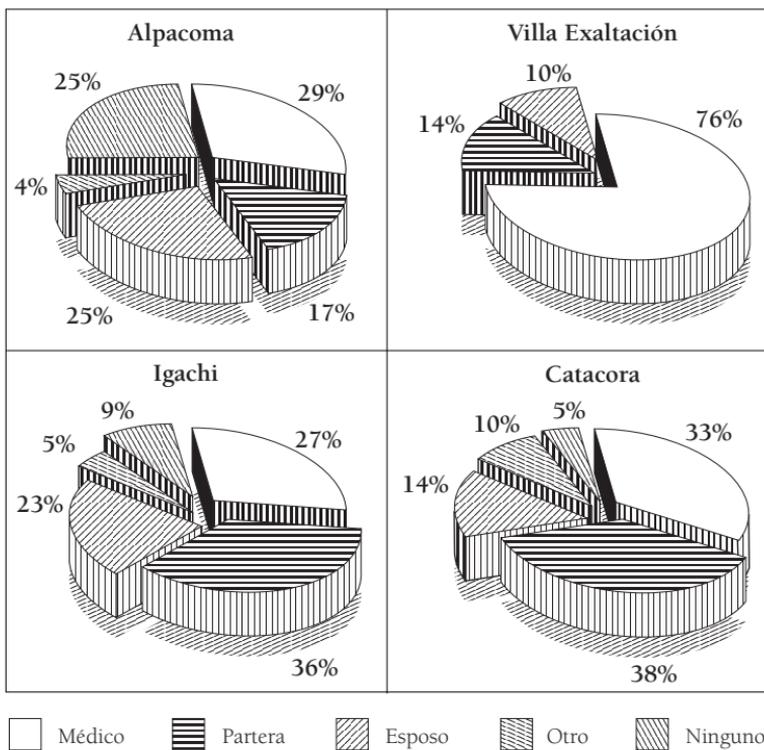
- Gobierno de Bolivia (2002) Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS). Ministerio de Salud y Deportes.
- INE-MDSP-Cosude (1999) *Bolivia, un mundo de potencialidades: atlas estadístico de municipios*. La Paz, Bolivia, Instituto Nacional de Estadística-Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación-Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación.
- Lavadenz F (2001) Presentación "Maestría en Salud Pública", Universidad Nur, La Paz, junio.
- Ugarteche J (1997) *Bioestadística aplicada*. Organización Iberoamericana de Seguridad Social.
- Ugarteche J (1998). *Epidemiología práctica*. Organización Iberoamericana de Seguridad Social.
- Ugarteche J (2001) *Gerencia de la calidad en salud y evaluación de servicios*. Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

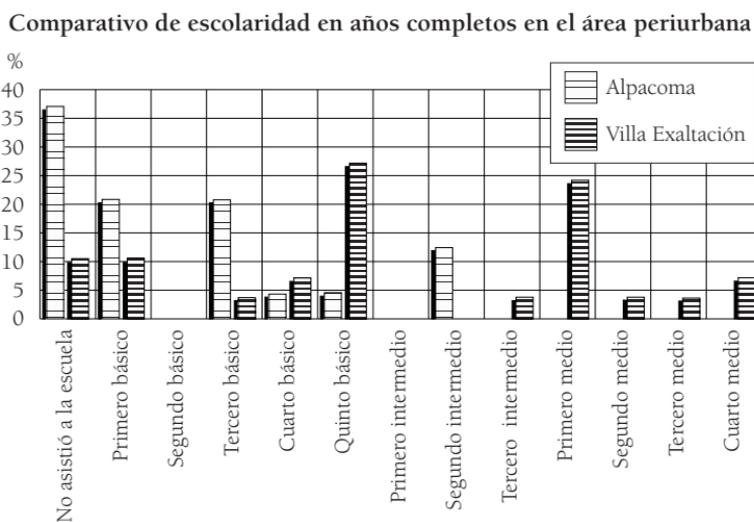
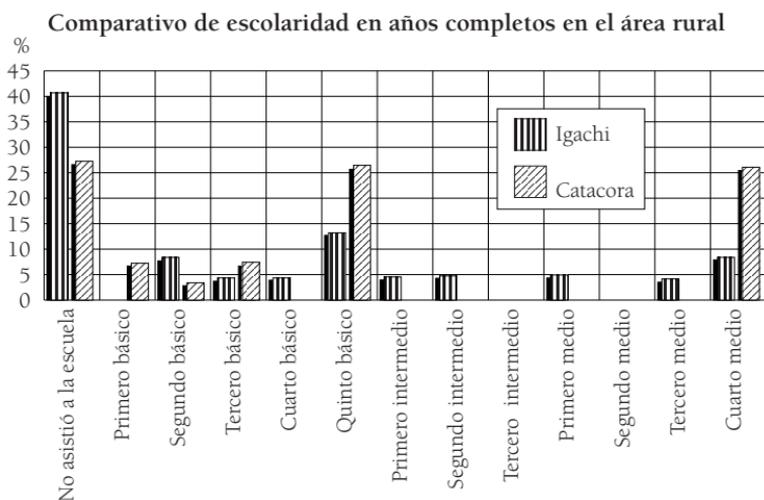
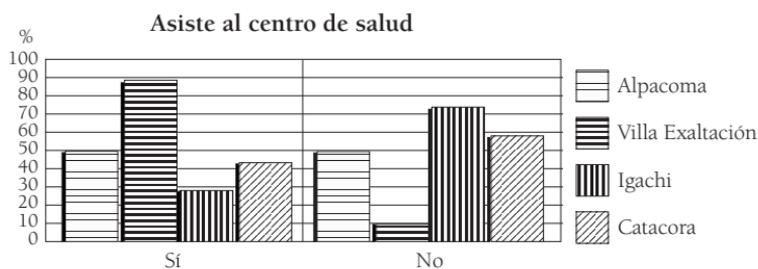
ANEXO 1

Desea tener más hijos



Cuando nació su hijo(a) fue atendida por:





ANEXO 2

PREGUNTA 1

¿SABE CUÁLES SON LOS ÓRGANOS SEXUALES
QUE TIENE DENTRO SU CUERPO?

URBANA	Grupo de control						Grupo de intervención					
	Pre-test		Post-test 1		Post-test 2		Pre-test		Post-test 1		Post-test 2	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Sabe	5	22.7	19	86.4	11	73.3	11	37.9	26	100	17	89.5
No sabe	17	77.3	3	13.6	4	26.7	18	62.1	0	.0	2	10.5
Total	22	100	22	100	15	100	29	100	26	100	19	100

Comparación del pre-test con el post-test 2

Prueba T	T	Grados de libertad	Significación estadística (2-colas)	Diferencia de medias	Error estándar	95% inferior	95% superior
Grupo de control urbano	3.430	35	.002	.51	.15	.21	.81
Grupo de intervención urbano	6.512	50	.000	.68	.10	.47	.89

PREGUNTA 2

¿SABE DE COMPLICACIONES EN EL PARTO?

URBANA	Grupo de control						Grupo de intervención					
	Pre-test		Post-test 1		Post-test 2		Pre-test		Post-test 1		Post-test 2	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Sabe	3	13.6	21	95.5	13	86.7	15	51.7	25	96.2	17	89.5
No sabe	19	86.4	1	4.5	2	13.3	14	48.3	1	3.8	2	10.5
Total	22	100	22	100	15	100	29	100	26	100	19	100

Comparación del pre-test con el post-test 2

Prueba T	T	Grados de libertad	Significación estadística (2-colas)	Diferencia de medias	Error estándar	95% inferior	95% superior
Grupo de control urbano	6.205	35	.000	.73	.12	.49	.97
Grupo de intervención urbano	6.059	50	.000	.65	.11	.43	.86

ANEXO 3

PREGUNTA 1

¿SABE CUÁLES SON LOS ÓRGANOS SEXUALES
QUE TIENE DENTRO SU CUERPO?

RURAL	Grupo de control						Grupo de intervención					
	Pre-test		Post-test 1		Post-test 2		Pre-test		Post-test 1		Post-test 2	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Sabe	10	32.3	23	88.5	21	100	8	26.7	25	83.3	21	100
No sabe	21	67.7	3	11.5	0	0	22	73.3	5	16.7	0	0
Total	31	100	26	100	21	100	30	100	30	100	21	100

Comparación del pre-test con el post-test 2

Prueba T	T	Grados de libertad	Significación estadística (2-colas)	Diferencia de medias	Error estándar	95% inferior	95% superior
Grupo de control rural	4.035	46	.000	.52	.13	.26	.77
Grupo de intervención rural	7.449	49	.000	.73	9.84E-02	.54	.93

PREGUNTA 2

¿SABE DE COMPLICACIONES EN EL PARTO?

RURAL	Grupo de control						Grupo de intervención					
	Pre-test		Post-test 1		Post-test 2		Pre-test		Post-test 1		Post-test 2	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Sabe	11	35.5	24	92.3	21	100	8	26.7	28	93.3	21	100
No sabe	20	64.5	2	7.7	0	0	22	73.3	2	6.7	0	0
Total	31	100	26	100	21	100	30	100	30	100	21	100

Comparación del pre-test con el post-test 2

Prueba T	T	Grados de libertad	Significación estadística (2-colas)	Diferencia de medias	Error estándar	95% inferior	95% superior
Grupo de control rural	2.887	46	.006	.38	.13	.11	.64
Grupo de intervención rural	7.449	49	.000	.73	9.84E-02	.54	.93

BARRERAS DE ACCESO A LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA LAS MUJERES AFILIADAS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO DE CALI-VALLE, COLOMBIA

Mary Julieth Moreno Zapata

INTRODUCCIÓN

Con la implantación de la Ley 100 de Seguridad Social en Colombia empezó a operar en 1994 un nuevo régimen de aseguramiento para familias pobres, conocido como régimen subsidiado. A través de este régimen las familias aseguradas reciben un subsidio de 100% del costo de la prima. Dentro del paquete de prestaciones al que tienen derecho se incluye una serie de servicios de salud sexual y reproductiva, y de atención a los infantes.

La salud materna tiene efectos sobre el resultado de cualquier gestación y una sucesión frecuente de embarazos puede producir efectos nocivos sobre la salud de la mujer. Por esto, la planificación familiar es un instrumento que aporta beneficios no sólo a la salud de la madre y de los hijos, sino también al desarrollo y el bienestar de la familia (Gómez, 1997).

La planificación familiar, considerada como un derecho ciudadano de las mujeres, permite establecer intervalos adecuados entre nacimientos, da a la mujer la oportunidad de tener hijos a la edad en la que el embarazo es menos riesgoso y evita nacimientos indeseados (Gómez, 1997). Significa, entre otras cosas, que la mujer puede decidir sobre el número de hijos que desea tener, cuándo y con quién quiere hacerlo, y espaciar o limitar los nacimientos, si así lo prefiere. Para ejercer esta facultad, la

mujer requiere contar con información sobre métodos de anti-concepción eficaces y seguros, tener acceso a servicios de salud de calidad y que se respete su derecho a conocer su cuerpo y a ejercer su sexualidad sin riesgo (Granada y Vásquez, 1991).

El empleo de métodos anticonceptivos requiere de la prescripción médica y de una evaluación inicial de las condiciones de salud de la mujer y de las razones que la llevan a planear los nacimientos –bien sea para espaciarlos o limitarlos–, así como de un control periódico de acuerdo con el método que se elija. En Colombia, estas actividades son realizadas por las instituciones de salud según las normas existentes (República de Colombia, Ministerio de Salud, 1999) dentro de los programas de demanda inducida, protección específica y detección temprana. Los programas de planificación familiar deben ser adecuados dentro de las instituciones que dan servicios de salud, de manera que las mujeres puedan acceder a ellos en forma oportuna y encuentren servicios de calidad y respuesta apropiada a sus necesidades. Para lograr la adecuación de los programas es necesario identificar las principales razones por las cuales las mujeres no asisten a las instituciones para recibir atención.

Con ese propósito se desarrolló un estudio transversal destinado a identificar las barreras de acceso a los programas de planificación familiar que enfrentan las mujeres en edad fértil afiliadas al régimen subsidiado en las instituciones de salud de Santiago de Cali, departamento del Valle, Colombia. Los objetivos específicos del estudio estuvieron orientados a determinar las barreras demográficas, geográficas y económicas que afectan el uso de los servicios de planificación familiar de acuerdo con la opinión de las mujeres del régimen subsidiado en Cali, así como a identificar las barreras institucionales que perciben para el acceso a dichos programas.

ANTECEDENTES

El elevado ritmo de crecimiento de población causado por diversos factores, entre los que se encuentra el desplazamiento hacia las grandes ciudades, es un obstáculo para el mejoramiento

de las condiciones de vida, en especial entre familias pobres, las que al llegar a las metrópolis se ubican en las zonas más deprimidas para buscar oportunidades de subsistencia. Esto se agrava debido a que la mayoría de la población inmigrante está formada por mujeres y niños, situación que trae consigo un sinnúmero de condiciones sociales inadecuadas, como desempleo, pobreza, hacinamiento, mayor demanda de servicios de salud y otras condiciones de índole familiar que se traducen en dificultades de acceso a los servicios de salud, aumento de la morbilidad, embarazos no deseados y falta de conocimiento en temas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Uno de los indicadores de este problema de salud de la población es que únicamente 49% de las mujeres casadas utiliza algún método de anticoncepción moderno. Esto, sin tener en cuenta situaciones sociales que se presentan al interior de las familias, razón por la que existen millones de embarazos de alto riesgo que ponen en peligro a la madre y al niño (Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, s.f.), y que en muchas ocasiones no fueron deseados. Esta situación es menos conocida en el grupo de mujeres que no tienen un compañero estable.

El Banco Mundial (1993) afirma que los gobiernos deberían invertir mucho menos dinero en atención y duplicar o triplicar sus gastos en programas básicos de salud pública dirigidos a la población infantil –como los de inmunizaciones– y a la mujer –en servicios como planificación familiar, atención prenatal y atención posparto, entre otros–. Por esto, recomiendan intensificar los esfuerzos para avanzar en el diseño de iniciativas prometedoras en servicios de salud sexual y reproductiva, pues cada año podrían evitarse hasta 850 mil muertes de niños y hasta 100 mil muertes maternas. En una gran mayoría (99%), estas mujeres viven y mueren en los países en vía de desarrollo.

Se calcula que en Colombia la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar alcanza a 6% de las mujeres que tienen un compañero (Profamilia, 2000). Un estudio realizado por Profamilia en el año 2000 entre población desplazada residente en zonas marginadas, mostró que la región de

la costa Pacífico ha recibido el mayor número de mujeres desplazadas por la violencia en los últimos años (44.4%); además, existen diferencias en cuanto a la salud sexual y reproductiva de esta población, comparada con la información consignada en los registros nacionales sobre población femenina. Mientras la información disponible indica el deseo generalizado de las colombianas de limitar el crecimiento de la familia, el estudio realizado entre las mujeres víctimas de desplazamiento que residen en zonas marginales mostró que éstas planifican menos y tienen embarazos con mayor frecuencia, así como familias numerosas. Las mujeres desplazadas cuya edad oscila entre 40 y 49 años tuvieron un promedio de 5.3 hijos vivos. Esta cifra es la más alta de todo el país, e indica que las mujeres de comunidades marginales, aunque habiten en zonas urbanas, han mantenido un comportamiento reproductivo equiparable al de las mujeres de la zona rural. Este estudio mostró además que 8% de las mujeres de entre 15 y 49 años de edad se encontraba embarazada al momento de la encuesta. Esta cifra casi duplica el porcentaje de las mujeres del país que estaba embarazada en el año 2000 (4.7%). Por cada dos mujeres en unión que se encontraban embarazadas al momento de la encuesta, una soltera también estaba en gestación, pero dos de cada cinco mujeres no deseaban ese embarazo.

El inicio de la actividad sexual de esta población ocurre en promedio a los 16 años. Las adolescentes tienen el índice más alto de embarazos del país y serios problemas para enfrentar su vida sexual y reproductiva: 30% ya son madres o están embarazadas de su primer hijo. Además, entre estas jóvenes no es frecuente el uso de anticonceptivos para espaciar los nacimientos de sus hijos. Las mujeres desplazadas son las que planifican en menor proporción antes de tener hijos y las que en mayor proporción iniciaron el uso de métodos después del cuarto nacimiento, razón por la cual la asistencia a los servicios de salud para buscar atención se hace tardíamente (Profamilia, 2001).

El acceso a los servicios de salud resulta bastante limitado para amplios grupos de la población (Plaza y Barona, 1999), situación que se ha pretendido mejorar a partir de la reforma del sistema de salud ocurrida en 1993, cuyo principal objeti-

vo es la ampliación de coberturas para los regímenes contributivo y subsidiado.

Esta reforma tiene como principio la administración del riesgo mediante un esquema de aseguramiento con financiación mixta y manejo de recursos delegados a terceros que busca garantizar el acceso de la población al servicio público de seguridad social en salud en condiciones de equidad, eficiencia y calidad. Para ello, el actual sistema asigna un papel importante a la promoción de la salud, la detección temprana de alteraciones de la salud y la protección específica frente a la enfermedad (aplicación de acciones y tecnología apropiada que permitan evitar la aparición de la enfermedad mediante protección frente al riesgo) (República de Colombia, Ministerio de Protección Social, 2000). Además, incrementa los aportes financieros del Estado a la salud, busca una mayor eficiencia en el gasto mediante el esquema de competencia y pretende progresos importantes sobre la solidaridad mediante la contribución de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El aseguramiento en Cali ha aumentado entre 1998 y 2001 de 64% a 67%, que corresponde a un cambio de 10.2% a 11.5% de la población en el régimen subsidiado y de 54% a 56.2% en el contributivo; sin embargo, no se han observado mejoras en los indicadores de salud. Se pretende que estos servicios –entre los que se encuentran todos los componentes de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres en edad fértil– lleguen a la población más pobre y hagan énfasis en la promoción de la salud, la protección específica y la detección temprana de alteraciones de la salud.

La evaluación del régimen subsidiado de los años 1998 y 1999, realizada por Fescol-Corona, mostró que existen deficiencias en la demanda y el acceso a los servicios de salud de las personas de régimen subsidiado debido a que éstas todavía no tienen una conciencia clara sobre sus derechos (31%), desconocen la ruta de acceso a los servicios (20%) y deben realizar copagos aun cuando muchos de los servicios son gratuitos (17%); además, persisten factores culturales (6%) (Jaramillo, 1999) y otra serie de limitaciones que se presentan desde las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

En Colombia los usuarios del régimen subsidiado constituyen la población más pobre del país; son el grupo con mayor número de necesidades básicas insatisfechas (NBI), situación que lleva aparejado un sinnúmero de alteraciones en la calidad de vida de estas comunidades. Las mujeres representan 53% de la población total del municipio; aquellas que se encuentran en edad fértil ascienden a 27%.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A la ciudad de Cali llega un gran número de familias provenientes de las diferentes zonas del país. La mayoría de esas familias, compuestas principalmente por mujeres y niños pobres, se ubican en las zonas más deprimidas de la ciudad, donde se deben enfrentar con diversas situaciones de índole social y familiar que las ponen en desventaja en varios campos, como el de la salud.

El Estado ha generado mecanismos para mejorar las condiciones de vida de la población, entre los que se cuenta aumentar su acceso a los servicios de salud a través de afiliarla al régimen subsidiado. Con ese fin ha entregado los recursos para su administración a una serie de empresas denominadas Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS), las que establecen contratos con las IPS de la ciudad para la atención de esta población.

Las IPS cuentan con una matriz de programación, elaborada por el Ministerio de Salud (Resoluciones 412 y 3384 de 2000), que tiene el propósito de ayudarles a calcular las acciones que deben realizar de acuerdo con el grupo de población y la periodicidad de las actividades. La matriz que corresponde a las acciones de planificación familiar permite calcular el número esperado de mujeres afiliadas al régimen subsidiado que deben ser atendidas por el programa cada año. De acuerdo con estas pautas, en 1998 se esperaba atender a 24 066 mujeres; sin embargo, las instituciones reportaron que habían prestado el servicio sólo a 9 582 (Secretaría de Salud Pública Municipal, 2000), lo que representa un cumplimiento de 40% e indica que las mujeres no están llegando al servicio de planificación familiar.

En el rubro político-administrativo, la ciudad de Cali está sectorizada en 21 comunas en el área urbana y 15 corregimientos en el área rural, de acuerdo con sus condiciones económicas y geográficas. Esto le permite a la administración municipal otorgar atención por sectores. Las zonas consideradas con mayores condiciones de pobreza y vulnerabilidad se ubican en el distrito de Agua Blanca (conformado por tres comunas) y en la ladera (seis comunas en el área urbana y 15 corregimientos).

Es importante tener en cuenta que los afiliados al régimen subsidiado corresponden a 12% del total de la población del municipio (Secretaría de Salud Pública Municipal, 2000); en gran medida residen en el distrito de Agua Blanca y en la zona de ladera (63%) –consideradas áreas con alta marginalidad– y tienen un sinnúmero de necesidades básicas insatisfechas. Por ejemplo, 12% de las familias habitan viviendas que carecen de las condiciones adecuadas y 28.5% viven en hacinamiento. Además, 94% de esa población no cuenta con recursos suficientes para cubrir los gastos familiares; 68% señala que obtiene sus ingresos familiares –que están por debajo de medio salario mínimo mensual– a través de la economía informal representada principalmente por oficios varios que se realizan por jornales (Rendón *et al.*, 2001).

La encuesta de demografía y salud realizada por Profamilia mostró que 98% de las mujeres de la región conoce la existencia de los métodos de planificación familiar (Secretaría de Salud Pública Municipal, 1998); sin embargo, esta información no está desglosada de acuerdo con las condiciones de aseguramiento de la población, lo que impide identificar la situación real de las mujeres afiliadas a régimen subsidiado; además, no presenta información relacionada con el acceso de éstas a los programas de salud sexual y reproductiva.

JUSTIFICACIÓN

A través de esta investigación se busca identificar factores que constituyen barreras para el acceso a los servicios de salud de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa afiliadas al ré-

gimen subsidiado en la ciudad de Cali. Además, se pretende reconocer algunas características de este grupo de población, de manera que estos elementos aporten herramientas a los tomadores de decisiones en el área de la salud (entes territoriales, gerentes de ARS e IPS) con la finalidad de fortalecer y mejorar las estrategias de captación de usuarias para los programas de planificación familiar. De igual manera, permitir al personal profesional y técnico prestador de servicios buscar, apropiar e implementar estrategias de captación, atención y seguimiento de potenciales usuarias del programa.

MARCO CONCEPTUAL

Planificación familiar en Colombia

El Ministerio de Salud definió en 1999 el acceso a los programas de planificación familiar como la capacidad de las personas para obtener por parte de un sistema de prestación de servicios los medios que le permitan la planificación de su familia.

Al ingresar al programa de planificación familiar en una institución de salud del sector público y/o privado que tenga contrato para la prestación del servicio con las ARS, las mujeres no deben hacer pago alguno para obtener atención médica. Una vez que han sido evaluadas y se decida que deben ingresar al programa, serán inscritas y deberán continuar en control periódico con personal profesional en el área de enfermería o medicina.

El programa de planificación familiar es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se cuenta la información, educación, consejería y anticoncepción, incluida la entrega de suministros para que las personas y/o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente si quieren o no tener hijos, así como el número de éstos y el espaciamiento entre ellos. El objetivo del programa es brindar a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos

reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas (República de Colombia, Ministerio de Salud, 1999).

Sistema General de Seguridad Social en Salud

Es un conjunto de normas que rigen el ingreso de las personas al sistema de salud. Funciona a partir de dos ejes fundamentales: el aseguramiento y la descentralización; ambos pretenden alcanzar un efecto positivo sobre la calidad, la oportunidad y la cobertura de los servicios de salud y afectar en el mismo sentido la calidad de vida de la población. Este sistema, que considera a la salud como un derecho fundamental e irrenunciable de la población, tiene como objetivos la regulación del servicio público de salud a través de garantizar una distribución equitativa de los recursos y crear condiciones para el acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención, ofrecido en condiciones de calidad y eficiencia. Hace énfasis en el otorgamiento de servicios básicos, como los de promoción de la salud, detección temprana de alteraciones de la salud y protección específica frente al riesgo de enfermar y morir. Estas acciones se realizan en el primer nivel de atención o atención básica.

El sistema prevé dos regímenes de aseguramiento. El primero, conformado por las personas que tienen la capacidad de pago para cubrir los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se denomina *régimen contributivo*; forman parte de él los individuos vinculados través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados, y los trabajadores independientes. El segundo es el *régimen subsidiado*, del cual forman parte las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total o parcial de la cotización al sistema de salud, las que reciben del Estado un subsidio para la salud denominado Unidad de Pago por Capitación Subsidiada, que permite cubrir el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado que se ha estipulado para este grupo de población. Entre los beneficiarios del régimen subsidiado se cuentan las mujeres

durante el embarazo, parto y posparto; las madres que son cabeza de familia; las madres comunitarias; los niños y las personas discapacitadas (Ley 100 de 1993) que no cuentan con los recursos económicos suficientes para el pago del servicio, así como aquellas personas consideradas dentro de los grupos de población prioritarios. Estas personas han sido clasificadas por el Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (Sisben, que permite identificar los grupos familiares con mayores NBI, para los cuales el gobierno ha designado subsidio) en los niveles I y II.

En adición a lo anterior, existe un grupo de personas que a pesar de haber sido clasificadas en el Sisben en los niveles I y II y sin capacidad de pago para cubrir el monto parcial o total del servicio deben esperar a ser incluidas dentro del régimen subsidiado, dentro de lo que se denomina *población vinculada* (población pobre no asegurada). Mientras logran acceder al subsidio o incorporarse al régimen contributivo, estas personas tienen derecho a una serie de servicios de salud que prestan las instituciones públicas y privadas que contratan con el Estado para ese efecto, de acuerdo con la capacidad de oferta de estas instituciones (Vanegas, 1997).

Para garantizar las condiciones de prestación de servicios se crearon las Empresas Promotoras de Salud y las ARS, que pueden administrar recursos del régimen contributivo y subsidiado, considerando el perfil epidemiológico de los grupos poblacionales y orientando acciones encaminadas a mejorar sus condiciones de salud.

Dentro de las responsabilidades de las ARS para la atención de la población subsidiada se encuentra la de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado a los afiliados. Las funciones están orientadas a definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenio en su área de influencia (Ley 100 de 1993).

El plan de beneficios para las personas afiliadas al régimen subsidiado está definido mediante los acuerdos 072 y 074 de 1997, que contienen acciones de promoción y educación en

derechos y deberes en salud, y acciones de promoción de la salud dirigidos al individuo y la familia según el perfil epidemiológico de los afiliados. Las acciones de promoción y educación están orientadas a promover la salud integral de niños, niñas y adolescentes, la salud sexual y reproductiva, la salud de la población de tercera edad y la convivencia pacífica con énfasis en el ámbito intrafamiliar, entre otros. Dentro del plan de beneficios que contempla el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado se encuentra la atención en salud sexual y reproductiva como uno de los componentes básicos del sistema de prestación a este grupo de población.

Acceso a los servicios de salud

Para la presente investigación se consideró que una *barrera* es un obstáculo –fijo o móvil– que impide obtener un bien o servicio. El *acceso* fue definido como la entrada o paso que da la posibilidad de llegar a algo o a alguien. Se tomaron en cuenta algunos de los modelos de evaluación de acceso de la población a los servicios de salud, al igual que bibliografía relacionada con el tema. Para el componente de planificación familiar, además se tuvieron en cuenta los elementos más relevantes de la política de salud del Ministerio de Protección Social de Colombia (anterior Ministerio de Salud) entre los años 1993 y 2001.

Julio Frenk (1985) señala que el concepto de accesibilidad debe considerar límites de espacio y tiempo, que está restringido a cierta manera de concebir y llevar a cabo las funciones de aliviar el dolor, afrontar el dolor y promover el bienestar; es decir, estos elementos se encuentran fuera del individuo, el cual debe desearlos, buscarlos, para finalmente alcanzarlos. El autor considera que la accesibilidad es tan sólo uno de los componentes determinantes de la utilización, junto con otros, como los culturales, de actitud, cognoscitivos y conductuales inherentes al deseo de atención médica.

Frenk propone la existencia de dos componentes en el proceso de búsqueda y obtención de servicios. Por un lado está la disponibilidad de recursos, entendida como la capacidad de

producir servicios (teniendo en cuenta factores como la productividad); por el otro, se encuentra la atención propiamente dicha. Entre los componentes mencionados hay un conjunto de fenómenos intermedios (resistencia) que se definen como obstáculos en la búsqueda y obtención de la atención que se originan desde las instituciones de salud, tales como el costo del servicio, su ubicación y otros aspectos de la organización del mismo. Adicionalmente, Frenk define al *acceso* como la capacidad de un cliente o grupo de personas para buscar y obtener atención y se refiere a las características de la población usuaria potencial y real de los servicios, que están dados por elementos como la capacidad del individuo para comprar un servicio, sus ingresos, los recursos de transporte existentes para la población y el tiempo disponible, entre otros.

Por su parte, Aday y Andersen (1992) consideran los factores relacionados con el uso de los servicios de salud abordados desde la generación de los lineamientos de la organización hasta el destino final, diferenciando entre acceso potencial y realizado. El acceso realizado refleja la utilización y satisfacción de los servicios por parte de las personas, mientras el acceso potencial es influido por la predisposición, la necesidad (estructura social y convicción del estado de salud) y la capacidad (recurso y organización del servicio de salud).

En estudios relacionados con el acceso en diferentes grupos de población se muestran barreras de diverso tipo referidas a la utilización del servicio en todos los niveles. Están, por un lado, las barreras inherentes a la población, como la ubicación de la institución de salud respecto de la residencia, el lenguaje de las personas que solicitan servicio, el suministro de información incompleta por parte del consultante, los aspectos culturales, la edad, el sexo, la religión, el desconocimiento de las normas de atención, el bajo grado de escolaridad, la satisfacción frente al servicio y/o ante los prestadores, el desconocimiento de los derechos en salud, los trámites, las creencias, las actitudes y prácticas frente a la salud, y las condiciones sociales (Despard, 1998; Jang *et al.*, 1998). Entre las barreras inherentes a los servicios están: el valor del servicio, los tiempos para la obtención de la cita y para la atención, la reducida dis-

ponibilidad de los servicios, las largas filas, la complejidad de los trámites que deben realizar las personas para lograr la atención, los pocos recursos humanos disponibles para la atención, la escasa o incompleta información que se otorga a los usuarios sobre las características del servicio, la ausencia en la institución de salud del servicio requerido, la tramitación inadecuada de los carnés de identificación, las limitaciones de tiempo de los profesionales para la atención al público y la precaria seguridad para los trabajadores de la salud (Pabón-Lasso, 1985; Frenk, 1985).

Los modelos anteriormente expuestos tienen elementos comunes desde las características de la población que permiten o no superar los obstáculos que se le presentan antes de lograr la atención. Las características de la población que pueden ayudar a superar los obstáculos están relacionadas con variables como la edad, el sexo, la escolaridad, la ocupación, el estado civil, los antecedentes en planificación familiar, el número de gestaciones, el ingreso individual y familiar, la información recibida sobre la existencia del programa, el tiempo de uso del método, el lugar y los trámites para conseguir los métodos de planificación familiar.

METODOLOGÍA

El eje de esta investigación fue un estudio transversal que se realizó en el periodo de julio de 2001 a octubre de 2002 y comprendió tres etapas. La primera fue una encuesta a la población de 15 a 49 años afiliada a régimen subsidiado en el municipio de Santiago de Cali y que cumplió los criterios de inclusión. Esta encuesta recogió información sobre variables geográficas, demográficas y económicas, y acerca del uso o no de los servicios de planificación familiar. La segunda etapa consistió en organizar grupos focales entre mujeres usuarias y no usuarias del programa de planificación familiar para identificar las principales razones por las cuales las mujeres no asisten al programa en las instituciones de salud de la ciudad. La tercera etapa estuvo destinada a realizar una reunión con

algunas aseguradoras de régimen subsidiado y prestadoras de servicios a la población subsidiada para determinar posibles razones por las cuales las mujeres no acuden al servicio.

Se establecieron los siguientes criterios para la selección de la muestra:

La base de datos del régimen subsidiado reportó un total de 53 807 mujeres, que representan 8.27% del total de la población femenina de la ciudad (Rendón *et al.*, 2001) y 28% de la población de régimen subsidiado.

Se utilizó un diseño de muestreo por conglomerados monoetápico, considerando como unidad de muestreo a las manzanas de la zona urbana de Cali. La unidad de observación dentro de los conglomerados estuvo constituida por las mujeres de entre 15 y 49 años que cumplieron los criterios de inclusión.

Para la construcción del marco muestral de manzanas (conglomerados) se enlistó el número total de esas unidades en cada una de las comunas de Cali. Esto se hizo con información suministrada por el Departamento de Planeación Municipal, dependencia que también aportó mapas que facilitaron el proceso de selección de la muestra y el trabajo de campo.

El marco muestral de la población objeto del estudio se construyó a partir de las bases de datos de la población subsidiada elaboradas por la Secretaría de Salud Municipal de Cali.

Para determinar el tamaño de la muestra de manzanas (conglomerados) se utilizaron los resultados de la prueba piloto con el fin de conocer la varianza anticipada de la proporción de uso de servicios de planificación familiar mediante un muestreo por conglomerados. Con base en la información anterior se procedió al cálculo de las m manzanas. En cada una de las $m = 400$ manzanas seleccionadas se identificó a las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y que determinaron el número total de mujeres a encuestar ($n = 529$).

Los cálculos se realizaron teniendo en cuenta un nivel de confianza de 95%, un poder estadístico de 80% y un error de estimación de 8%.

Se aplicó la estrategia de grupos focales, para lo cual se conformaron dos grupos por comuna: usuarias y no usuarias de los programas de planificación familiar. Se partió de las co-

munas en las que había una mayor proporción de población subsidiada. El número de integrantes del grupo fue de cinco a nueve personas. El tema que se discutió en ellos se refirió a las razones por las cuales asisten o no a los servicios de planificación familiar.

La reunión con los administradores del régimen subsidiado y las prestadoras se realizó con el fin de conocer las condiciones del servicio que se ofrece a la población y su opinión sobre las razones de las mujeres para hacer uso o no del programa. La reunión se desarrolló en algunas de las instituciones de salud seleccionadas por la facilidad de ubicación y la atención por parte del personal.

RESULTADOS

La mayor proporción de mujeres entrevistadas procedía del departamento del Valle (73% de la población), seguida de departamentos aledaños, como el Cauca (10%) y Nariño (5%). Un porcentaje menor había llegado desde áreas distantes, como los departamentos de Meta y Norte de Santander.

El periodo mínimo de residencia en el municipio fue de dos años (criterio de inclusión) y el máximo de 49; la media y la mediana correspondieron a 23 años.

Se encontró que sólo 22% de las mujeres afiliadas al régimen subsidiado eran usuarias del programa de planificación familiar en una de las instituciones de salud de la ciudad con que las ARS han realizado contrato de atención, mientras 78% manifestó que no asistía al programa. Para el análisis se conformaron dos grupos: el primero con las mujeres usuarias del servicio durante por lo menos el último año; el segundo, con las mujeres no usuarias del programa durante el mismo periodo.

Edad

La distribución de edad de las mujeres de la muestra reveló una población joven, con media y mediana de 30 años; la mí-

nima correspondió a 15 años y la máxima a 49. Al observar los dos grupos por separado se determinó que entre las usuarias del programa de planificación familiar el 20.5% tenía entre 20 y 24 años. Los grupos de edad de los extremos (15 a 19 y 40 a 44 años) se encontraron en menor proporción; el primero, con 9.4% y el segundo, con 7.7%. Mientras tanto, entre quienes no asisten al programa la mayor proporción tenía de 20 a 24 años y de 25 a 29 (18.7% y 18.9%, respectivamente) y era menor en la población de 45 a 49 años (8.7%).

Se calcularon las razones de prevalencia para el no uso del servicio sobre la base de los grupos de edad. El parámetro fue el grupo de 20 a 24 años. En relación con las mujeres de ese grupo, se encontró que la prevalencia de uso fue 2 y 4% mayor en las mujeres de 30 a 34 años y de 45 a 49, respectivamente; sin embargo, estas relaciones no mostraron ser estadísticamente significativas (RP: 0.98; IC: 0.83-1.14; P: 0.84 y RP: 0.96; IC: 0.79-1.18; P: 0.71). Para los otros grupos de edad se encontraron prevalencias de uso iguales o menores que las observadas para el grupo de 20 a 24 años. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas (cuadro 1).

Escolaridad

El grado de escolaridad que ha alcanzado esta población es alto. El promedio de años cursados es de 7.7; la mediana se encontró en el grado 10. Cabe anotar que 98.5% de las mujeres ha tenido contacto con algún nivel educativo y sólo 1.5% no cursó ningún grado de estudios en una institución académica.

La prevalencia de no asistencia al servicio de planificación familiar entre las mujeres con escolaridad igual o inferior a la primaria (expuestas) es de 79%, mientras que en las mujeres con escolaridad igual o superior a secundaria (no expuestas) es de 76%.

También se calcularon las razones de prevalencia para el uso del servicio considerando el grado de escolaridad de las mujeres. Para ello, se tomó como parámetro a quienes tenían escolaridad igual o superior a secundaria. Se observó que la no

CUADRO 1
ENTRE LAS MUJERES DE 45 A 49 AÑOS ES MAYOR LA ASISTENCIA
AL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Edad años	Núm. de mujeres	Porcentaje de no usuarias	Razón de prevalencia a 95%	Intervalo de confianza
20-24	101	76.2	1.0	
15-19	62	82.2	1.07	(0.92-1.26)
25-29	100	78	1.01	(0.87-1.17)
30-34	92	75	0.98	(0.83-1.14)
35-39	73	79.4	1.04	(0.88-1.22)
40-44	52	82.6	1.08	(1.06-1.09)
45-49	49	73.4	0.96	(0.79-1.18)

Santiago de Cali, 2001.

asistencia al servicio es 3% mayor en el grupo con escolaridad baja que en el de las mujeres con más escolaridad. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas entre los dos grupos (RP: 1.03; IC: 0.93-1.13; P: 0.44) (cuadro 2).

Ocupación

Las mujeres se desempeñan sobre todo en el área doméstica, bien sea como amas de casa (57%) o como trabajadoras en casas de familia, es decir, empleadas domésticas (7%). Un porcentaje menor (12%) labora en empresas, principalmente del área manufacturera y de servicios; un porcentaje igual corresponde a las trabajadoras independientes. En el momento de

CUADRO 2
LA ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN ES MÁS
ESCASA ENTRE LAS MUJERES CON MENOR ESCOLARIDAD

Escolaridad	Núm. de mujeres	Porcentaje de no usuarias	Razón de prevalencia a 95%	Intervalo de confianza
Secundaria y más	295	76.6	1	
Primaria y menos	234	79.3	1.03	(0.93-1.13)

Santiago de Cali, 2001.

realizar el estudio, 7% de las mujeres buscaba empleo activamente y 4% estudiaba. Este comportamiento es similar entre usuarias y no usuarias.

La distribución de la población según los conceptos de la fuerza laboral muestra que 62% era población económicamente inactiva en el momento de la encuesta, dado que se dedicaba a estudiar o a las labores del hogar o no tenía actividad alguna. Dentro de la población económicamente activa (38%) desarrollaban trabajo de tiempo completo 12%, eran subempleadas 19% y desocupadas aspirantes 7% (Rico, 1993). La tasa de desempleo considerada como la relación porcentual entre las personas desocupadas y el número de mujeres que ingresan a la población económicamente activa correspondió a 21%. El hecho de que las mujeres deban estar en casa y cuidar a los hijos se ha catalogado como una barrera para el acceso de éstas a los servicios de salud en otros estudios (Healey *et al.*, 2001), sin embargo, en esta investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las usuarias y no usuarias del servicio. Esto puede deberse a la homogeneidad de los dos grupos comparados en cuanto a las variables demográficas y sociales (cuadro 3).

Se conformaron dos grupos para evaluar la relación entre la actividad de las mujeres y su asistencia al programa de planificación familiar, dado que los servicios de éste se prestan en horario laboral. El grupo parámetro estuvo formado por las mujeres que tenían alguna actividad y se comparó con el grupo formado por aquellas que manifestaron que no estaban trabajando. Se encontró que las mujeres que no trabajan visitan 7% más el servicio que quienes trabajan; sin embargo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la actividad y el uso de los servicios de planificación familiar (RP: 0.93; IC: 0.33-3.66).

Relación de pareja

Se observó que la proporción de mujeres con compañero estable equivale a 71% (54% en unión libre y 17% casadas), 23% son solteras, 5% se han separado y menos de 1% han en-

CUADRO 3**LA ACTIVIDAD LABORAL NO SE ASOCIA CON LA ASISTENCIA DE LAS MUJERES AL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Actividad	Usuarías		No usuarias		Total	
	n: 117	%	n: 412	%	n: 529	%
Empleada	13	11	49	12	62	12
Independiente	16	14	47	11	63	12
Estudiante	5	4	14	3	19	4
Empleada doméstica	11	9	23	6	34	7
Ama de casa	64	55	243	59	307	57
Busca empleo	7	6	32	8	39	7
Sin actividad	1	1	3	1	4	1
Otro	0	0	1	0	1	0

Santiago de Cali, 2001.

viudado. Las edades del compañero sexual van de los 17 a los 87 años, con un promedio de 30 años.

Al comparar los dos grupos de estudio no se encontraron diferencias relevantes. En el grupo de mujeres que usa el programa de planificación familiar, 73% tienen una unión estable y 27% son solteras. De las mujeres que no asisten al programa, 69% tienen compañero estable, mientras 31% son solteras. Estas cifras son similares a las reportadas para todo el país, donde casi la tercera parte (29%) de las mujeres se encuentran solteras y 71% tienen un compañero estable (18% están casadas y 53% viven en unión libre) (Profamilia, 2000).

Se formaron dos grupos para evaluar el uso de los servicios de planificación familiar de acuerdo con la condición de pareja. El grupo que se tomó como parámetro fue el constituido por las mujeres que tenían un compañero estable; el grupo de comparación estuvo conformado por quienes estaban solteras. En este caso, sí se hallaron diferencias estadísticamente significativas: es 3% mayor la no asistencia de las mujeres sin compañero estable a los servicios de planificación familiar (cuadro 4).

CUADRO 4

LAS MUJERES QUE NO TIENEN UN COMPAÑERO ESTABLE ASISTEN
CON MENOR FRECUENCIA AL PROGRAMA

Situación de pareja	Núm. de mujeres	Porcentaje de no usuarias	Razón de prevalencia a 95%	Intervalo de confianza
Unidas	374	77	1	
No unidas	155	80	1.03	(1.01-1.20)

Santiago de Cali, 2001.

Tamaño de la familia

El número de integrantes por familia es alto; en algunos grupos poblacionales se encontraron familias conformadas hasta de 18 personas, aunque el promedio de integrantes es de 5.4. Este dato es similar al promedio nacional, que está en cinco miembros por familia. A fin de comparar el comportamiento con respecto al uso del servicio de planificación familiar según la composición familiar, se establecieron dos grupos: el parámetro estuvo conformado por las mujeres cuyas familias tenían cinco o menos integrantes; el grupo de comparación fueron las mujeres con familias de más de cinco personas. Se encontró que es 8% mayor la no asistencia de las mujeres con familias mayores a cinco personas que la de aquellas que forman parte de familias con menos miembros (P: 0.14) (cuadro 5).

CUADRO 5

ES MAYOR LA INASISTENCIA A LOS SERVICIOS ENTRE LAS MUJERES
QUE PERTENECEN A FAMILIAS DE MÁS DE CINCO INTEGRANTES

Composición familiar	Núm. de mujeres	Porcentaje de no usuarias	Razón de prevalencia a 95%	Intervalo de confianza
Cinco integrantes o menos	331	75.8	1	
Más de cinco integrantes	198	81.3	1.08	(0.99-1.15)

Santiago de Cali, 2001.

Ingreso familiar

Dado que el ingreso familiar se deriva de la actividad laboral de los diversos miembros de la familia, se consideró conveniente analizar este parámetro. En la población estudiada, el promedio de trabajadores por cada familia fue de 1.4 personas; en 63% de los hogares una sola persona se ocupaba de la manutención familiar. En el momento de la encuesta, 46% de los grupos familiares recibía un ingreso quincenal por debajo del salario mínimo legal vigente para este periodo; 33% de los hogares subsistía con entre uno y dos salarios mínimos; en 8% de los casos ingresaban más de dos salarios mínimos y en más de 12% las mujeres desconocían cuál era el ingreso familiar (cuadro 6).

Para calcular razones de prevalencia se dividió a las mujeres en dos grupos, de acuerdo con el ingreso familiar: el primero estuvo conformado por aquellas mujeres pertenecientes a familias cuyo ingreso estaba por debajo de un salario mínimo legal, mientras el grupo de comparación estuvo compuesto por las mujeres de familias con un ingreso superior o igual a un salario mínimo. Las cifras revelaron que las mujeres de familias con un ingreso igual o mayor de un salario mínimo tienen una asistencia 5% menor al servicio de planificación familiar que las mujeres de menores ingresos (RP: 1.05; IC: 0.80-1.24).

CUADRO 6

EL NIVEL DE INGRESO NO SE ASOCIA CON LA ASISTENCIA DE LAS MUJERES AL SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Ingreso familiar	Uso del servicio		
	Si n: 117 %	No n: 412 %	Total n: 529 %
Mayor de dos salarios mínimos	9	8	8
Entre uno y dos salarios mínimos	37	33	34
Menor a un salario mínimo	42	47	46
Desconoce la información	12	12	12

Santiago de Cali, 2001.

Pearson chi2 (3 = 1.6999; Pr = 0.637)

Inicio de la vida sexual

En el campo de la salud sexual y reproductiva se encontró que las mujeres inician de manera temprana su actividad sexual: la edad promedio es de 17 años, con una desviación estándar de 2.9. La edad mínima del comienzo de la vida sexual es de 12 años y la máxima, de 32. Para la mitad de las encuestadas, la primera relación sexual ocurrió entre los 14 y los 18 años. A fin de evaluar si existe relación entre la edad de inicio de la actividad sexual y el uso del programa de planificación familiar, se agrupó por un lado a las mujeres que empezaron a ejercer su sexualidad a los 17 años o antes (edad promedio), y por otro, a quienes lo hicieron después de esa edad. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre uno y otro grupo.

Número de hijos

Otra de las variables investigadas fue el número de hijos por mujer. La mediana de embarazos fue de dos. El número máximo de hijos en el grupo de usuarias fue de siete, mientras en el grupo de no usuarias correspondió a nueve; la desviación estándar fue de 1.5. Se encontró que sí hay relación entre el número de embarazos y el uso del servicio de planificación familiar: es 21% mayor la no asistencia de las mujeres nulíparas al servicio en comparación con las mujeres que han tenido hijos (Pearson $\chi^2(2) = 7.4226$; Pr = 0.024) (RP: 1.21; IC: 1.12-1.29). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. La tasa de fecundidad para las mujeres fue de 2.5, que es muy similar a las reportadas para la ciudad (2.2) y para el país (2.6) (Profamilia, 2000; Secretaría de Salud Pública Municipal, 1998).

Métodos anticonceptivos

En cuanto a los recursos para la planificación familiar, se observó que en el grupo de usuarias del programa 40% emplea como método anticonceptivo la ligadura de trompas o salpingoclasia (técnica de Pomeroy),¹ 35% el dispositivo intrauteri-

no, 11% los anovulatorios inyectables, un porcentaje igual los anovulatorios orales, 2% el método del calendario y 1% el preservativo. Entre el grupo de no usuarias del programa, 40% ha recurrido a la ligadura de trompas, 19% prefiere los anovulatorios orales, 10% el preservativo, 10% los anovulatorios inyectables, 7% el método de calendario, 5% el dispositivo intrauterino y 4% el coito interrumpido, mientras 4% aprovecha la amenorrea que se presenta durante la lactancia y 1% emplea óvulos (cuadro 7).

Para los fines del estudio se evaluó el uso de métodos temporales y definitivos en relación con la asistencia al programa. Las menores prevalencias de uso del programa se encontraron

CUADRO 7

LA LIGADURA DE TROPAS ES EL PRINCIPAL MÉTODO DE PLANIFICACIÓN TANTO PARA USUARIAS COMO PARA NO USUARIAS DEL SERVICIO

Método	Usuarias n: 117		No usuarias n: 412		Total n: 529	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Ligadura	47	40	166	40	213	40
DIU	41	35	21	5	62	12
Anticonceptivos orales	13	11	78	19	91	17
Anticonceptivos inyectables	13	11	41	10	54	10
Preservativos	1	1	41	10	42	8
Calendario	2	2	29	7	31	6
Lactancia	0	0	16	4	16	3
Óvulos	0	0	4	1	4	1
Implante hormonal (Norplant)	0	0	0	0	0	0
Coito interrumpido	0	0	16	4	16	3

Santiago de Cali, 2001.

1 En Colombia el método utilizado con mayor frecuencia para la ligadura de trompas es la técnica de Pomeroy, por lo que con frecuencia se denomina genéricamente *pomeroya* la ligadura de trompas.

para los métodos de ritmo, lactancia y barrera. Sólo 22% de las usuarias de los métodos hormonales y 36.2% de quienes emplean métodos de barrera acudió al servicio. La prevalencia total de uso se encontró en 22%.

Con el propósito de conocer la relación entre el uso del programa y cada uno de los métodos de planificación familiar se tomó como parámetro a las mujeres que han recurrido a la salpingoclasia. Se observó que en comparación con éstas, las usuarias de anovulatorios orales asisten 10% menos al servicio de planificación familiar (RP: 1.10; IC: 0.96-1.10). En las usuarias de anovulatorios inyectables es 2% mayor la asistencia al servicio (RP: 0.98; IC: 0.82-1.66). Los grupos con menor asistencia al servicio son los formados por las mujeres que basan su planificación familiar en el preservativo masculino (26%) y en el método de calendario (21%); en estos dos casos se encontraron diferencias estadísticamente significativas con las mujeres que se han sometido a la ligadura de trompas (RP: 1.26; IC: 1.13-1.40 y RP: 1.21; IC: 1.06-1.36, respectivamente). Las usuarias de dispositivo intrauterino, en cambio, tienen una asistencia 58% mayor al servicio de planificación familiar que quienes se han

CUADRO 8

LAS MUJERES QUE UTILIZAN MÉTODOS DE BARRERA ASISTEN MENOS A LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN COMPARACIÓN CON LAS QUE EMPLEAN OTROS MÉTODOS

Método	Núm. de mujeres	Porcentaje de no usuarias	Razón de prevalencia a 95%	Intervalo de confianza	Valor P
Ligadura	213	77	1.0		
Anticonceptivos orales	91	85	1.10	(0.96-1.10)	0.27
Anticonceptivos inyectables	54	75	0.98	(0.82-1.66)	0.29
DIU	62	33	0.42	(0.26-0.71)	0.37
Preservativo	42	85	1.26	(1.13-1.40)	0.00
Calendario	31	93	1.21	(1.06-1.36)	0.36

Santiago de Cali, 2001.

sometido a la ligadura de trompas, relación que es estadísticamente significativa (RP: 0.42; IC: 0.26-0.71) (cuadro 8).

El tiempo promedio de uso de métodos anticonceptivos fue de 57 meses (4.7 años). Entre las no usuarias del programa de planificación familiar se observó un tiempo promedio de 53 meses (4.4 años), mientras en el grupo de usuarias del programa el lapso de uso del método anticonceptivo fue de 68 meses (5.6 años).

Se encontró que quienes han sido usuarias durante más de cinco años, así como aquellas que lo han sido menos de un año, muestran una asistencia al servicio 10 y 11% mayor en comparación con las mujeres que han empleado el método entre uno y cinco años; las diferencias no son estadísticamente significativas.

Orientación para el uso de métodos anticonceptivos

También se indagó sobre la asesoría previa al inicio del uso de los métodos de planificación familiar: 36% de las mujeres manifestó no haber recibido orientación alguna, 23% dijo que había sido orientada por un agente de salud, 14% por su compañero sexual, 9% por su madre, 5% por una amiga cercana y menos de 1% obtuvo asesoría en la iglesia o la farmacia; el 12% restante recibió la información de personas diferentes. Para el análisis del uso del programa de acuerdo con la persona o institución que orientó el uso del método anticonceptivo, se tomó como parámetro al grupo de mujeres que fueron asesoradas por un agente de salud (42% de las usuarias y 18% de las no usuarias) y se encontró que en comparación con ellas las mujeres que fueron orientadas por su madre tienen una inasistencia 30% mayor al servicio de planificación familiar en las instituciones de salud (RP: 1.30; IC: 1.13-1.47), mientras que en el caso de quienes fueron orientadas por su compañero sexual la inasistencia es 35% mayor (RP: 1.35; IC: 0.80-1.46). Quienes manifestaron que habían tomado solas la determinación; es decir, que iniciaron la planificación familiar sin orientación, visitan 35% menos el servicio, mostrando diferencias estadísticamente significativas (RP: 1.35; IC: 1.22-1.49).

Sitio de obtención del método

¿Dónde consiguen las mujeres el método de planificación? Lo obtienen de tres fuentes principales, en proporción casi igual: 29% a través de instituciones que tienen contrato de atención con las ARS; 27% en droguerías y 27% en Profamilia. Además, 4% lo adquiere en instituciones del sector privado, mientras 11% lo hace a través de otros medios y 2% usa métodos naturales. Es de anotar que las mujeres que obtienen el método en una institución de carácter privado deben hacer un pago por él.

A fin de evaluar el comportamiento en el uso del programa según el sitio donde se obtiene el método anticonceptivo, se formaron dos grupos: el que se consideró como parámetro estuvo constituido por las mujeres que obtienen el método a través de las instituciones que tienen contrato con las ARS, mientras el grupo de comparación aglutinó a las mujeres que consiguen el método en instituciones diferentes a las contratadas. Se supo así que es 63% mayor la no asistencia al servicio en aquellas mujeres que consiguen el método en instituciones no contratadas, en comparación con quienes lo obtienen en instituciones autorizadas para prestarles atención (RP: 1.63; IC: 1.34-1.97).

Transporte, costo y conocimiento del servicio

El principal modo de desplazamiento utilizado para llegar a la IPS a recibir atención es caminando, 65% de las mujeres lo hace de esta forma, en bus llega 31%, 3% necesita tomar taxi y 1.6 desconoce cómo debe transportarse para llegar hasta allá.

Se consideró el costo de la planificación familiar (transporte y método) como un factor que podría influir en el uso del programa, razón por la cual esta variable se estratificó entre quienes pagan transporte hasta la institución o para obtener el método y quienes no lo hacen. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres a las que les cuesta el servicio y las que no pagan por él (RP: 1.0; IC: 0.90-1.1). La distancia desde el lugar de trabajo o residencia hasta

la institución de salud también fue evaluada, pero no mostró diferencias estadísticamente significativas entre usuarias y no usuarias del servicio (RP: 0.92; IC: 0.86-1.01).

En cuanto al conocimiento sobre el servicio, las mujeres que manifestaron haber sido informadas sobre la existencia del programa de planificación familiar constituyeron el grupo parámetro, mientras quienes no habían sido informadas formaron parte del otro. Se encontró, así, que es 52% mayor la no asistencia de las mujeres que no fueron informadas, en comparación con aquellas que sí recibieron información al respecto (RP: 1.52; IC: 1.33-1.70).

Para evaluar el conocimiento que tienen las mujeres sobre el programa de planificación familiar, se indagó el grado de información en torno a los siguientes elementos: el horario de atención en el programa, la ubicación del mismo en la institución de salud, los pasos para obtener atención y los tiempos de espera. Se encontró que sólo 6% del total de mujeres entrevistadas conoce el programa según las características evaluadas, mientras 94% desconoce el programa.

Grupos focales

Durante la fase II (grupos focales) se encontró una baja asistencia al programa de planificación familiar en las instituciones de salud de la ciudad. El promedio de edad del grupo de usuarias del programa fue de 34 años y la escolaridad, secundaria incompleta. En el grupo de no usuarias la edad promedio fue de 32 años y la escolaridad igual a la del otro grupo.

A fin de conocer el concepto que tienen las mujeres sobre la salud, se indagó acerca del autocuidado; es decir, las actividades orientadas al mantenimiento de la salud, como el ejercicio, la alimentación saludable y la visita a la institución de salud cuando se sienten enfermas. Acerca de la salud sexual, manifestaron que son acciones orientadas a evitar las relaciones sexuales con varios compañeros para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos. En relación con las prácticas de salud sexual, se considera que la planificación familiar es una de ellas, comprende una serie de actividades realizadas

para prevenir embarazos, para lo cual existen varios métodos, entre los que manifestaron conocer los más modernos, como la ligadura de trompas, el dispositivo intrauterino, los anovuladores orales y el preservativo, y otros alternativos, como las duchas vaginales. Todas las participantes de los grupos manifestaron que eran usuarias de métodos modernos de planificación familiar.

En cuanto al conocimiento de las mujeres de las consecuencias para la salud del uso de métodos anticonceptivos, las usuarias del programa expresaron temor por los efectos secundarios, sobre todo en el caso del dispositivo intrauterino y los anovuladores, y reconocieron que ésta es la razón que las lleva a consulta. Las no usuarias del programa consideraron que no es necesaria la asistencia a la institución de salud mientras el método no les represente problemas. Quienes utilizan algún método de barrera manifestaron que al no tener éste ningún efecto directo sobre las condiciones de salud, no necesitan de control. En este grupo también se encontró la relación entre la ausencia de un compañero sexual estable y la falta de interés por asistir al programa y el temor de ser vistas como mujeres sexualmente activas, en especial en la población adolescente.

En opinión de un buen número de mujeres, el programa de planificación familiar en las instituciones de salud es innecesario para ellas mientras estén utilizando un método de planificación familiar que les ofrezca seguridad y no presente signos de funcionamiento inadecuado, en cuyo caso deberán asistir a consulta médica general y no a un programa especial.

En la práctica es mayor el número de mujeres que no asiste al programa. Dentro de las razones para no hacerlo está el desconocimiento sobre él y acerca de la planificación familiar. Todos los grupos reportaron que la Administradora de Régimen Subsidiado o las IPS no les habían ofrecido información sobre la existencia del programa, la posibilidad de asistir y la gratuidad para las usuarias. Además, desconocían los mecanismos para solicitar información. Quienes admitieron que asisten al programa señalaron que entre las razones para hacerlo están las relacionadas con el temor de quedar embarazadas y la información que habían obtenido sobre la existencia del servicio

mediante la remisión del médico de la consulta general, a la cual llegaron por diversas razones. Algunas se enteraron de que en el centro de atención vendían o entregaban los métodos a usuarias del programa y llegaron a él. Dentro del grupo de no usuarias se encontró que casi una tercera parte (31%) está al tanto de la existencia del programa pero no asiste a él porque no considera necesario el control una vez que ha empezado a utilizar el método y le parece que éste está “funcionando bien”. Otro grupo manifestó que no le gustaba el programa porque deseaba embarazarse o porque no tenía un compañero sexual estable. Un grupo menor arguyó razones económicas. Las demás mujeres desconocen el servicio.

La distancia, el transporte y los tiempos de desplazamiento no son factores considerados limitantes para asistir al servicio. La principal razón por la que no acuden es el desconocimiento de la existencia del programa y de su derecho a él.

Instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud

Al averiguar, en la fase III, el funcionamiento de las ARS y su relación con el acceso de la población a la atención en planificación familiar se encontró que estos organismos han establecido contratos con 91 instituciones de primer nivel de carácter público y dos de carácter privado para realizar las acciones de detección temprana y protección específica (incluye planificación familiar). Dichos contratos equivalen a 7% del valor de la Unidad de Pago por Capitación y cubren las acciones de atención a los menores de 10 años y a los jóvenes, citología oncológica y tumoral, prevención oral, detección temprana de cáncer de seno, control prenatal, atención del adulto mayor, vacunación y planificación familiar. Dentro de esta última se contempla la orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos, el suministro e inserción del dispositivo intrauterino, la ligadura de trompas de Falopio y la entrega de anovulatorios orales.

De acuerdo con su propio dicho, las administradoras se ocupan de garantizar la atención de hombres y mujeres en edad

fértil en los servicios a través de contratos para atención en promoción de la salud, detección temprana y protección específica con las instituciones prestadoras del servicio en la ciudad, buscando principalmente el acceso geográfico de las personas. La difusión de los servicios se hace a través de la entrega de información relacionada con los deberes y derechos en salud y orientación en los centros de atención al usuario; algunas tienen equipos extramuros con población asignada para canalizarla hacia los servicios de detección temprana y protección específica, entre los que se encuentra la planificación familiar.

Las IPS, además, manifiestan que tienen la infraestructura, dotación y recursos para atender a la población dentro de lo establecido en cada uno de los contratos de prestación de servicios y para hacer promoción a través de la realización de actividades de detección temprana y protección específica a todas las personas que solicitan atención. La difusión del servicio se hace a través de medios escritos (volantes, carteleras), orientación en los programas de salud sexual y reproductiva, programación de jornadas sobre este tema y canalización desde los diferentes servicios. Señalan también que han encontrado dificultades en el suministro de métodos anticonceptivos para la población, pues éstos no se encuentran permanentemente disponibles debido a dificultades en los procesos administrativos de las instituciones.

Luego de averiguar sobre la disponibilidad del servicio se encontró que en las 93 instituciones contratadas el programa es atendido principalmente por personal de enfermería (auxiliar y/o profesional), el tiempo destinado para la atención es en promedio de dos horas por semana para las mujeres que pertenecen a los diferentes regímenes de aseguramiento con quienes tienen contrato y depende de la demanda de las usuarias (principalmente en instituciones del sector público). En cuanto a la disponibilidad física para la atención, se observó que en los consultorios se prestan diferentes servicios.

Cuando se preguntó sobre las variables que podrían considerarse barreras para el acceso de la población al servicio, manifestaron que la principal razón es que desconocen la existen-

cia y los beneficios que el servicio les puede aportar, el suministro del método no es constante, las mujeres adolescentes no consultan por temor a ser mal atendidas por el personal de salud o por ser identificadas como sexualmente activas. El horario de atención puede constituirse en barrera para las mujeres que trabajan, pues las horas de atención en el programa son similares a las laborales. Hay un grupo de mujeres que cree que debe pagar por el servicio y por esa razón no acude a consulta. La autoprescripción (automedicación) de métodos anticonceptivos es constante en este grupo de población. Existe una dificultad que consiste en que las mujeres no informan que cuentan con el subsidio ni muestran el carné de afiliación, lo que parece facilitar el subregistro en la atención. Otro aspecto relacionado con el subregistro hace referencia a dificultades en el proceso de consolidación de los registros individuales de atención en algunas instituciones.

Tanto las administradoras como las prestadoras de servicios consideran que la distancia geográfica no es una barrera, dado que la asignación de los sitios de atención se hace de acuerdo con el lugar de residencia de las mujeres y sus familias. No se tomaron en cuenta otras variables, como el grado de escolaridad.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El régimen subsidiado fue creado dentro del marco político de la Ley 100 (Sistema General de Seguridad Social en Salud) con el objeto de ampliar el acceso de la población más pobre del territorio nacional a los servicios de salud en forma oportuna y en condiciones de calidad y eficiencia, con especial interés en los sectores más vulnerables, entre los que se encuentran los niños y las mujeres en edad fértil. Corresponde a los administradores de servicios de salud la labor de garantizar el acceso de la población a las acciones, principalmente las de detección temprana y protección específica, entre las que la planificación familiar desempeña un papel preponderante para el bienestar de la mujer y su familia. A pesar de que la política de

salud es clara en los asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva, aún prevalecen vacíos en su operación. Estas deficiencias se reflejan en el acceso limitado de algunos grupos de población a estos servicios básicos, y se evidencian en las condiciones de salud de las mujeres, pues a pesar del aseguramiento no se han generado cambios significativos en rubros tan relevantes como el número de nacimientos, la mortalidad materna, las condiciones de vida y el perfil epidemiológico de la población.

Es importante tener presente que la responsabilidad de orientar a la población asegurada sobre sus deberes y derechos en el campo de la salud, inducir la demanda de éstos y garantizar la atención corresponde a las ARS. Si bien estos organismos pueden establecer convenios con terceros para la realización de dichas acciones, deben darles seguimiento y efectuar una evaluación a fin de cumplir con las políticas establecidas, dar a la población la oportunidad de acceder a los servicios, orientar el uso de los mismos –sobre todo los de protección específica y detección temprana– y contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de los usuarios, dado que la afiliación al régimen subsidiado por sí misma no establece una garantía para el acceso a los servicios de salud en la población.

Para el análisis de los resultados del presente estudio se emplearon los modelos teóricos propuestos por Frenk (1985), Aday *et al.* (1980, citados en Plaza y Barona, 1999), que permiten guiar el análisis del acceso de la población a los servicios de salud y están diseñados para entender las relaciones entre los diferentes agentes involucrados en el sistema de salud y los factores que implican –y de alguna manera determinan– el acceso a los servicios de salud de la población (Jaramillo, 1999).

El modelo colombiano propuesto en el actual sistema de salud, que procura motivar la disposición, la capacidad y la necesidad de las personas hacia el uso de los servicios en este campo, habilita el acceso a través del respaldo de un seguro subsidiado y una red de servicios contratada e interviene en las necesidades de atención por medio de servicios de acuerdo con el nivel de complejidad. Lo anterior muestra que, en teoría, el Sistema General de Seguridad Social en Salud contri-

buye de manera positiva al fortalecimiento de aspectos relacionados con el acceso potencial de la población pobre a los servicios de salud. Sin embargo, al observar la puesta en marcha de la política se aprecian ciertas limitaciones, como la falta de información de la población sobre los servicios, lo que ha dificultado el cumplimiento del objetivo fundamental y se refleja en la falta de acceso a los servicios de salud.

La muestra seleccionada tuvo igual distribución y características que la población general afiliada al régimen subsidiado en el municipio de Santiago de Cali, teniendo en cuenta las variables de tiempo, lugar y personas estudiadas.

En esta investigación se encontró que la cobertura del programa de planificación familiar entre el grupo de mujeres afiliadas al régimen subsidiado en la ciudad es baja, pues hay una escasa asistencia al programa de planificación familiar para recibir atención, orientación y control periódico del método que utilizan para regular la natalidad.

Cuando se evaluaron las variables geográficas se pudo ver que la distancia, la ubicación de las IPS, el tiempo para llegar hasta ellas y el medio de desplazamiento no son reportados como factores que afecten el acceso al programa por parte de las mujeres, pues la mayoría de la población tiene cerca de su casa un sitio asignado para la atención en programas de detección temprana y protección específica (entre los que se encuentra la planificación familiar). Ésta es, precisamente, una de las estrategias adoptadas por las ARS para disminuir las barreras geográficas de la población. Sin embargo, estudios realizados en otros escenarios muestran que la distancia es un elemento determinante del acceso a los servicios de salud primaria y de su utilización por parte de la población, especialmente la rural; lo mismo sucede con el tiempo que se requiere para llegar a la institución donde se obtendrán los servicios (Lostao *et al.*, 2001).

Las variables económicas, como el costo del traslado hasta la institución para recibir atención y la compra de los métodos anticonceptivos, tampoco representaron barreras para el acceso al servicio, de acuerdo con lo reportado por las mujeres usuarias y no usuarias del programa.

En cuanto a las variables demográficas, diversos estudios han mostrado que el grupo de población que asiste menos a los servicios de planificación familiar es el conformado por las mujeres adolescentes (15 a 19 años) (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2001; Prendes *et al.*, 1999) y solteras, así como por aquellas que no han tenido hijos (Profamilia, 2000). El presente estudio confirmó esos hallazgos. En el otro extremo, estudios previos han documentado que la mayor probabilidad de asistir a los servicios de planificación familiar se da entre quienes tienen de 20 a 35 años (Prendes *et al.*, 1999); no obstante, en esta investigación se encontró que el grupo más proclive a asistir a los servicios de planificación familiar es el conformado por las mujeres que se ubican entre los 45 y los 49 años.

Los datos anteriores podrían explicarse en el caso de las adolescentes, las nulíparas y las solteras por causas asociadas con el temor a que se les reconozca como sexualmente activas, sobre todo entre las de menor edad, quienes no tienen un compañero estable o quienes creen que las relaciones sexuales esporádicas implican menores riesgos y desconocen la existencia del servicio. Con respecto a la poca asiduidad de las mujeres que no han tenido hijos, la razón podría ser que las usuarias acuden al servicio para evitar nuevos embarazos, no así para impedir el primero (Profamilia, 2001). Por otro lado, una buena proporción de las mujeres de entre 20 y 35 años ya ha tenido un número de hijos que las hace buscar ayuda para espaciar o limitar los nacimientos, a fin de ejercer una sexualidad con menores riesgos. En el caso de la mayor asistencia de las mujeres de 45 a 49 años, la explicación puede ser que en ese periodo ya se han iniciado los cambios relacionados con la menopausia y las consultas se deben a motivos vinculados a esta etapa del ciclo vital.

La escolaridad no mostró asociación con el acceso al programa, pese a que otros autores (Lostao *et al.*, 2001; Jang *et al.*, 1998) han encontrado que las personas con menor escolaridad acuden menos a consulta que quienes tienen mayores grados académicos. Otros estudios relacionados específicamente con población afiliada al régimen subsidiado no encuentran relación

entre el grado de escolaridad y el uso de programas de detección temprana y protección específica (Realpe *et al.*, 2002). A pesar de que los resultados del presente estudio no son estadísticamente significativos en este campo, se considera que un grado mayor de escolaridad podría conducir a la adopción de acciones que generen autocuidado de la mujer y su grupo familiar. Por lo tanto, es uno de los componentes esenciales en la predisposición para la búsqueda de atención en salud.

Existen características del sistema de prestación de los servicios que podrían influir en la falta de asistencia al programa. Es el caso de los horarios de atención, pues es mayor la asistencia de las mujeres que no están trabajando, en comparación con aquellas que trabajan, debido a que los horarios de atención en las instituciones de salud coinciden con el horario de trabajo de la población.

De acuerdo con los resultados de este estudio, el ingreso económico de las mujeres y de su grupo familiar no está relacionado con el acceso al programa, pese a que otros estudios en grupos de población similares han mostrado que aún persiste esta variable como un factor importante en la poca utilización de los servicios (Realpe *et al.*, 2002).

A pesar de que la ocupación de las mujeres tampoco mostró diferencias estadísticamente significativas en relación con el uso del programa, se observó que las trabajadoras son las que menos asisten a él. Además, se encontró un elemento importante, que si bien no es objeto de la presente investigación aporta información valiosa en términos del aseguramiento: 12% de las mujeres desempeñaban actividades en el área manufacturera y de servicios. En consecuencia, deberían estar vinculadas al régimen contributivo, afiliadas por parte de sus empleadores; sin embargo, contaban con subsidio del Estado.

Por lo que se refiere al método de planificación familiar utilizado por las mujeres, se observó que quienes utilizan el preservativo y métodos naturales visitan menos la institución de salud para el control de la natalidad. En tanto, quienes recurren al dispositivo intrauterino tienen una asistencia mayor. Esto puede deberse al interés de confirmar que el dispositivo no ha sido expulsado y está bien colocado. Además, el servicio ha fomen-

tado la costumbre de que se efectúe una evaluación periódica de las mujeres que utilizan este método para constatar la adecuada colocación del dispositivo y la respuesta apropiada del organismo. Es importante generar una estrategia de identificación y captación del grupo de mujeres que usan métodos de barrera, quienes son las que registran menos asistencia al servicio, pero que se encuentran con las mismas necesidades de atención y orientación que las usuarias de otros métodos.

La persona que proporciona orientación para el inicio de la planificación familiar fue una de las variables que tuvo mayor importancia en el momento de evaluar el acceso al programa. Cerca de la mitad de las mujeres que recurren a él han sido asesoradas por un agente de salud para iniciar el uso de métodos anticonceptivos, mientras en el grupo de no usuarias del servicio menos de 20% han comenzado a utilizar métodos de planificación con orientación de personal del área de la salud. Las personas diferentes al agente de salud que recomiendan o instruyen el inicio de la planificación familiar, como la madre o el compañero sexual, quizá no tengan una amplia información sobre la planificación familiar y acerca de la existencia del programa, lo que impediría dar una orientación completa y correcta del mismo. Probablemente ésta sea la razón por la cual la asistencia es menor cuando la orientación ha estado en manos de esas personas. Esta situación permite identificar la necesidad de que las mujeres reciban orientación en aspectos de la planificación familiar por parte de personal capacitado para ello, dado que eso aumentaría las posibilidades de utilizar los métodos correctamente y de recibir atención y orientación periódica. Las droguerías y farmacias, si bien están identificadas como distribuidoras de métodos, no aparecen cuando se hace referencia a la orientación para las mujeres.

Se encontró también que las instituciones de carácter privado desempeñan un papel importante en la oferta de métodos de planificación familiar, no así en la orientación a las mujeres para recurrir al control natal o asistir a instituciones para recibir atención. Cuando se observa la manera de conseguir los métodos entre las usuarias y no usuarias del programa de planificación familiar, se comprueba que gran número de ellas obtiene el

método a través de instituciones privadas –situación que implica un desembolso–, mientras una menor proporción lo hace por medio de una de las instituciones que han sido contratadas por las ARS, lo que muestra dificultades en el abastecimiento de los métodos de planificación familiar para las mujeres.

En cuanto a las no usuarias del programa, se constató que en su mayoría adquieren el método en el sector privado, lo que implica una carga económica, pero también se pudo observar que existe un porcentaje menor de mujeres que a pesar de adquirirlo en las instituciones de salud no son enlistadas en el programa. El estudio mostró, además, que quienes compran el método en una institución privada asisten menos al servicio que quienes lo obtienen a través de las instituciones contratadas por las ARS. En Cali, al igual que en todo el territorio nacional, el sector privado distribuye cerca de 70% de los métodos de planificación familiar (Profamilia, 2000). Al comparar la situación de las mujeres afiliadas al régimen subsidiado de la ciudad con la totalidad de las mujeres del país que usan métodos de planificación familiar, se advierte que no hay diferencia entre unas y otras, pues en ambos casos –local y nacional– las droguerías, farmacias y otras instituciones del sector privado aportan dos terceras partes de los métodos anticonceptivos, mientras los servicios de salud aportan el tercio restante.

Un aspecto que reviste gran importancia en este estudio –al igual que en otros realizados en el mismo sentido– es la información que tienen las mujeres sobre el programa, pues cerca de 94% desconoce las características de la prestación del servicio, y la información recibida desde las ARS es insuficiente (Ramírez *et al.*, 2001). Quienes no han sido informadas de la existencia del programa asisten 50% menos comparadas con quienes han sido informadas. El hecho de que una mujer haya podido escuchar sobre los servicios de planificación familiar debe mejorar sus posibilidades de usarlo (Beltrán, 1999; Lostao *et al.*, 2001); sin embargo, hay estudios que muestran que la población afiliada al régimen subsidiado recibe información sobre los deberes y derechos en salud en menos de 60% de los casos, un poco más de la tercera parte conoce los beneficios del sistema y hay un desconocimiento casi total so-

bre los programa de promoción y prevención. Con este panorama es difícil pretender el acceso de la población a los servicios de salud. En este estudio las mujeres consideraron que la falta de información es la principal causa de la inasistencia al servicio que otorgan las instituciones de salud.

Para dar solución a la falta de acceso de este grupo al servicio de salud, es necesario considerar tres problemas. En primer lugar hay un desabastecimiento de métodos anticonceptivos en las instituciones que atienden a las mujeres afiliadas al régimen subsidiado. En segundo término, existen deficiencias al interior del programa para captar a las mujeres y lograr que se adhieran a él, pues un grupo de población que tiene contacto con el programa no está siendo reclutado; si se tiene en cuenta que una de las motivaciones para asistir a cualquier institución o evento es la posibilidad de obtener un beneficio, en este caso el método de planificación familiar podría constituir un elemento atractivo para las mujeres, que las impulsará hacia la visita periódica a la institución. Finalmente, hay debilidades en los mecanismos utilizados por las ARS para divulgar información relacionada con deberes y derechos en salud de la población, para este caso particular, en planificación familiar.

A fin de contribuir a mejorar el acceso de la población al servicio, es importante la apropiación de estrategias, como el mercadeo social de servicios de salud, que podría ser una herramienta para mejorar los niveles de información que reciben las mujeres afiliadas a régimen subsidiado y sus grupos familiares. Esta herramienta combina diferentes técnicas de comunicación para motivar comportamientos saludables en la población; busca resultados costo-efectivos en salud y enfatiza en la ayuda a las personas de bajos ingresos, quienes podrían vivir en mejores condiciones si contaran con mayor acceso a la atención de la salud. Asimismo, combina la información, la educación y las comunicaciones en el fortalecimiento de aspectos relacionados con el autocuidado con mecanismos sistemáticos de seguimiento y evaluación de cada una de las estrategias en términos de acceso a servicios de salud y condiciones de salud de la población.

En todo el mundo se han observado experiencias realizadas por organizaciones con amplia trayectoria, especializadas en temas como la prevención del SIDA, la planificación familiar y la salud materno-infantil (Healey *et al.*, 2001). Un elemento clave para lograr un exitoso mercadeo social es contar con un sistema eficaz de comunicaciones para alentar la adopción de prácticas de salud apropiadas. Esto se realiza mediante la propaganda de servicios a bajos costos y de fácil acceso para la población, a través de una combinación de estrategias y canales que incluyen el empleo de medios de comunicación masiva e interpersonal (del cual podrían formar parte los grupos organizados de la comunidad) para llegar a la audiencia objetivo de acuerdo con sus condiciones particulares y previo estudio del mercado. En la ciudad esto se podría implementar a menor costo a través de la integración de las ARS, las IPS y la Secretaría de Salud Municipal en favor de la promoción de la salud de la población subsidiada y vinculada del municipio. Otro aspecto de vital importancia es mejorar el abastecimiento de métodos anticonceptivos para proporcionárselos a las mujeres. Éste es, tal vez, el complemento más relevante del conocimiento de la población sobre el servicio.

Además, existen mecanismos destinados a ofrecer a la población los servicios a los que tiene derecho, como la *demandada inducida* (República de Colombia, Ministerio de Salud, 1998), que es una estrategia al alcance de todos los administradores de servicios de salud y permite llevar a la comunidad la información necesaria (derechos, deberes y servicios, entre otros) para acercarla, según sus condiciones específicas, con las instituciones de salud y garantizar así su acceso a los servicios, sobre todo los relacionados con la detección temprana y la protección específica.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Acerca de las barreras que impiden el acceso a los programas de planificación familiar de las mujeres afiliadas al régimen subsidiado en el municipio de Cali, este estudio reveló que:

Existen barreras de acceso a los servicios de planificación familiar para las mujeres afiliadas al régimen subsidiado en la ciudad. Éstas afectan en su mayoría a las mujeres adolescentes, nulíparas y sin compañero sexual estable, dado que son quienes menos asisten al servicio.

Hay desconocimiento por parte de las mujeres sobre el servicio de planificación familiar y la posibilidad de acceder a él.

En cuanto a las percepciones referentes a las instituciones de salud, la de mayor relevancia refleja la falta de información suministrada por las ARS, lo que se traduce en desconocimiento y, por ende, en un limitado acceso a los servicios en las instituciones de salud.

A fin de proponer alternativas para solucionar esta situación se requiere encauzar a los encargados de los programas y los colaboradores potenciales hacia el mejoramiento y la responsabilidad de las acciones de cada uno frente a la salud sexual y reproductiva. Por un lado, están las ARS, que deben tener claridad sobre su obligación como administradoras de riesgos de salud para un grupo de población. Esto incluye medidas tales como brindar orientación acerca de los deberes y los derechos en el campo de la salud, inducir a las usuarias para que demanden los servicios preventivos y velar por el cumplimiento de las acciones de salud en la población. Asimismo, mejorar los mecanismos de comunicación y la difusión de la política de salud sexual y reproductiva para la población a través de estrategias que incorporen a todos los actores del sistema. Entre ellas están el mercadeo social, en el cual cada uno posee funciones específicas que debe llevar a la práctica y que tendrán que ser evaluadas y adecuadas constantemente a fin de mejorar el acceso de la población. Una estrategia en este sentido podría ser la articulación de las diferentes ARS de la ciudad para la generación de mecanismos de comunicación y difusión de deberes y derechos, y el mercadeo de servicios como el de salud sexual y reproductiva. Otra, la vinculación con el plan de atención básica del municipio para promover la demanda de los servicios de detección temprana y protección específica, acciones que actualmente se realizan para la población pobre no asegurada.

El conocimiento acerca de la población afiliada desempeña un papel importante en los mecanismos de captación que se aplican para los diferentes servicios. En esa medida es posible conocer las características de cada familia y sus necesidades en el campo de la salud por cada ciclo vital para así poder atenderla de acuerdo con su situación particular e incluso acudir en busca de dicha población en los casos en que ésta no llegue de manera espontánea a la institución.

Las IPS podrían coordinar todas las actividades de atención a la mujer en un servicio de atención integral y no limitarse a realizar actividades aisladas.

Debe existir una articulación real entre las administradoras y las prestadoras de servicios para dar seguimiento a la población afiliada, con vistas a que se generen acciones conjuntas a favor del bienestar de la comunidad, el seguimiento de los resultados del servicio, la reducción de costos en el segundo y tercer niveles de atención a expensas de la promoción de la salud, la detección temprana y la protección específica, de modo que se logre modificar el perfil epidemiológico de la población.

A partir de los hallazgos de esta investigación y considerando que la reforma en el sector salud está orientada a repercutir positivamente en las condiciones de salud de la población más pobre y vulnerable, y que la salud sexual y reproductiva genera un componente importante en este proceso, se hace necesario realizar nuevas investigaciones a fin de profundizar el conocimiento sobre la visión desde la oferta de servicios en aspectos como los conocimientos y actitudes de los prestadores del servicio hacia el programa, el impacto potencial y real del programa en los objetivos de la reforma, y las implicaciones de ésta en la formación de nuevos profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Aday L, Andersen R (1992) "Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica". En: White K, Frenk J, Ordóñez C, Paganini JM, Starfield B (eds.), *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Organización Panamericana de la Salud, pp. 604-613.

- Aday L, Andersen R, Gretchen VF (1980) "Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter". Citado en: Plaza B, Barona B (1999), *Afiliación de la población más pobre al sistema de salud: el caso colombiano*. Colombia, Fundación Corona.
- Andersen R (1995) "Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?". *J Health Soc Behav*, vol. 1, núm. 36, pp. 1-10, marzo.
- Arredondo A, Meléndez V (1992) "Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis". *Salud Publica Mex*, vol. 34, núm. 1, pp. 36-49.
- Artobelli L (1998) *Identificación de la demanda insatisfecha para servicios de salud reproductiva en Huancavelica, Perú. Resultados de una encuesta a mujeres rurales*. Population Council/INOPAL III, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.
- Banco Mundial (1993) *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud. Resumen*. Washington, EUA, Banco Mundial.
- Beltrán A (1999) *Utilización de los servicios de planificación familiar: el caso peruano*. Informe sobre Investigaciones Aplicadas Secundarias núm. 9. Bethesda, Maryland, Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.
- Botero J, Jubiz A, Henao G (1994) *Obstetricia y ginecología*. Medellín, Colombia, Susaeta Editores y Cía Ltda.
- Boulay M, Valente TW (1999) "The relationship of social affiliation and interpersonal discussion to family planning knowledge, attitudes and practice". *Int Fam Plan Perspect*, vol. 25, núm 3, septiembre.
- Castañeda A (1993) "Anticoncepción". En: Universidad de Antioquia, *Actualización en obstetricia y ginecología*, pp. 132 y 133.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2001) *Quinto informe sobre la situación de los derechos humanos en Guatemala, 2001*. En: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Guatemala01sp/indice.htm>
- Despard C (1998) "The poor are different from you and me". *CMAJ*, vol. 159, núm. 4, pp. 392-394.
- Eggleston E (1999) "Causas determinantes de embarazos no planeados en Ecuador". *Perspectivas internacionales en planificación familiar*, número especial. En: <http://www.agi-usa.org/pubs/journals/25spa00299.html>.
- Encuesta de Salud de Canarias (1997) Accesibilidad a los servicios sanitarios. En: <http://www.gobcan.es/sanidad/scs/1/plansalud/esc/cap61.html>
- Fernández SY, Pastor MP, *Proyecto Municipios Centinela: Evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia, 1995-1998*. En: <http://guajiros.udea.edu.co/rfsp/revista%202.doc>.
- Foreit J, Tomas F (1999) *Investigación operativa en planificación familiar*. EUA, Lecturas selectas.

- Frenk J (1985) "El concepto y la medición de accesibilidad". *Salud Publica Mex*, vol. 27, núm. 5, septiembre-octubre, pp. 438-453.
- Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (s.f.) "La necesidad de planeación familiar" En: http://www.mexfam.org.mx/esp_need_fam.htm.
- Gómez P (1997) *Historia de la planificación familiar: Planificación familiar, una visión integral*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- Granada M, Vásquez M (1991) "La salud y la planificación familiar". En: Universidad del Valle, *La mujer y el proceso reproductivo. Atención primaria en salud*; 2ª ed. Cali, Colombia, OPS-Universidad del Valle.
- Healey B, Akinci F, English RB, Veneziale A, Morton D (2001) "Access to health care services may not be the answer to good health". *Perspectives*, Electronic Journal of the American Association of Behavioral and Social Sciences, vol. 4, otoño.
- Illich I (1976) *Medical nemesis: The expropriation of health*. Nueva York, Pantheon Books, Random House, Inc.
- Jang M, Lee E, Woo K (1998) "Income, language, and citizenship status: Factors affecting the health care access and utilization of Chinese Americans". *Health Soc Work*, vol. 23, pp. 136-145.
- Janowitz B, Bratt JH (1999) *Métodos para calcular el costo de los servicios de planificación familiar*. Nueva York, Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Jaramillo I (1997) *El futuro de la salud en Colombia*. 3ª ed. Colombia, Fescol-Fundación Corona.
- Jaramillo I (1999) *Evaluación del Régimen Subsidiado en Salud. Coyuntura en 1998-1999*. Santa Fe de Bogotá, Fescol-Fundación Corona (mimeo).
- Lastao L, Regidor E, Calle ME, Navarro P, Domínguez V (2001) "Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97". *Rev Esp Salud Publica*, vol. 75, núm. 2, marzo-abril, pp. 115-128.
- Mendoza-Sassi R, Béria J, Sevilla J (2002) "Factors associated with health services utilization. A population-based study assessing the characteristics of people that visit doctors in southern Brazil". En: <http://www.hsph.harvard.edu/takemi/RP185.pdf>
- Morrison R (1998) "Barriers to completion of health care proxies. An examination of ethnic differences". *Arch Intern Med*, vol. 158, diciembre.
- Pabón-Lasso H (1985) *Evaluación de los servicios de salud*. Cali, Colombia, Editorial XYZ.
- Plaza B, Barona B (1999) *Afiliación de la población más pobre al sistema de salud: El caso colombiano*. Santa Fe de Bogotá, Fundación Corona.
- Pontificia Universidad Javeriana (1997) *Factores determinantes y condicionantes de la accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población afiliada*

- da al régimen subsidiado y participantes vinculados del nivel tres del Sisben de las localidades de Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Usaqué, Suba, Usme y Rafael Uribe Uribe de Santa Fe de Bogotá, D.C.* Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Sector de consultorías universitarias.
- Prendes M, Guibert W, Lescay O, Toledo O (1999) "Influencia de aspectos bioéticos en la planificación familiar en Santos Suárez". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 15, núm. 4, julio-agosto, pp. 378-385.
- Profamilia (1995) *Encuesta Demografía y Salud*. Colombia.
- Profamilia (2000) *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Colombia
- Profamilia (2001) *Salud sexual y reproductiva en zonas marginales: situación de las mujeres desplazadas*. Colombia.
- Ramírez H, Vélez S, Vargas V, Sánchez C, Lopera J (2001) "Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín". En: *Colombia Médica*, vol. 32, núm. 1, pp. 10-13. Disponible en <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL32NO1/contenido.html>
- Realpe C, Escobar G, Largo B, Duque B (2002) "Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002". *Colombia Médica*, vol. 33, núm. 3, pp. 102-107.
- Rendón L, Torres M, Llanos G (2001) *Análisis de los servicios de salud dirigidos a los afiliados al régimen subsidiado en Cali. Convocatoria sobre aportes a la evaluación de seguridad social en salud en Colombia*. Manizales, Colombia, Centro Editorial de la Universidad de Caldas.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social (2000) "Resolución 412 por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública". Colombia.
- República de Colombia, Ministerio de Protección Social (2003) "Política nacional de salud sexual y reproductiva". Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- República de Colombia, Ministerio de Salud (1994) "Resolución 5261 por la cual se define el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud". Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- República de Colombia, Ministerio de Salud (1996) "Resolución 3997 por la cual se definen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud". Santa Fe de Bogotá, Colombia.

- República de Colombia, Ministerio de Salud (1997) "Acuerdo 072 por el cual se define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado". Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- República de Colombia, Ministerio de Salud (1998) "Acuerdo 117 por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades y procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública". Colombia.
- República de Colombia, Ministerio de Salud (1999) "Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar". Colombia, Dirección General de Promoción y Prevención.
- Rico J (1993) *Demografía social y salud pública*. Colombia, Universidad del Valle, Serie Investigación.
- Rosenstock I (1992) "Por qué la gente utiliza los servicios de salud". En: White K, Frenk J, Ordóñez C, Paganini JM, Starfield B (eds.), *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Organización Panamericana de la Salud, pp. 405-424.
- Samela G (2001) "Derechos bien femeninos: Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres". Portal de Ciudad Internet, mayo. En: <http://www.ciudad.com.ar/ar/portales/cotidiano/nota/0,3104,25092,00.asp>
- Secretaría de Salud Pública Municipal (1998) *Salud en cifras, 1996*. Cali, Colombia, Editorial Feriva, S.A.
- Secretaría de Salud Pública Municipal (1998a), *Salud en cifras, 1997*. Cali, Colombia, Unidad de Epidemiología y Proyectos de Inversión.
- Secretaría de Salud Pública Municipal (1999) *Salud en cifras, 1998*. Cali, Colombia, Unidad de Epidemiología y Proyectos de Inversión.
- Secretaría de Salud Pública Municipal (2000) *Diez años de la salud en Santiago de Cali, 1990-1999*. Cali, Colombia.
- Vanegas A (1997) *Teoría y práctica de la seguridad social en salud*. 3ª ed. Santa Fe de Bogotá, Colombia, Editorial Linotipia Bolívar.
- Wiemann CM, Berenson AB, Pino LG, McCombs SL (1997) "Factors associated with adolescents' risk for late entry into prenatal care". *Fam Plann Perspect*, vol. 29, núm. 6.

COGESTIÓN COMUNITARIA EN LA
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:
¿HACIA LA EQUIDAD DE GÉNERO Y LA
CIUDADANÍA EN SALUD?
ESTUDIO EN CUATRO CENTROS LOCALES DE ADMINISTRACIÓN
DE SALUD DE PERÚ

*Liliana del Carmen La Rosa Huertas*¹

INTRODUCCIÓN

Nuestra investigación se inscribe en el interés de ubicar a las políticas sanitarias en el marco del desarrollo humano, concebido como un proceso que se va generando en el conflicto social y es producto e insumo permanente para los miembros de una sociedad. Coincidimos con la definición de desarrollo que plantea Amyrta Sen: “es un proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutan los individuos. En este enfoque, se considera que la expansión de la libertad es: 1) el fin primordial y 2) el medio principal del desarrollo” (Sen, 2000). Garantizar las libertades fundamentales y su paulatina expansión es tarea del desarrollo. Esta premisa tiene expresiones específicas en materia de salud. Para los salubristas o quienes generan o aplican políticas sanitarias, asegurar el disfrute de las libertades fundamentales supone enfrentar los problemas de inequidad en salud, los cuales tienen causas económicas, sociales, culturales, de género y generacionales.

¹ Equipo de trabajo de campo: Mery Carrasco Turín y Zoila Minaya Ruiz. Este documento constituye la primera etapa de un estudio que incluye metodología etnográfica cuyos resultados serán reportados a finales de 2004.

Hoy día es difícil que algún especialista en salud pública llegue a afirmar que la participación comunitaria no es sustantiva. Sin embargo, existen pocos instrumentos de análisis y evaluación que permitan hacer evidentes las distorsiones, limitaciones, retos y potencialidades de la “generación de ciudadanía en salud”.

Este estudio tiene como propósito explorar los procesos sociales que está impulsando la cogestión en el campo de los servicios. Para ello hemos avanzado con el fin de hacer operativo el marco conceptual de capital social, humano y cultural, que constituyen elementos clave que deben ser incorporados en un instrumento de evaluación de políticas sociales con participación comunitaria. Este marco tiene como supuesto que “las políticas están en capacidad de impactar en la acumulación o desacumulación de capitales (que son tan importantes o más aún que el capital monetario), e incluso, pueden llegar a establecer a través de incentivos, contrapesos o sanciones, mecanismos de *empoderamiento* e inclusión social de poblaciones históricamente excluidas de los bienes y servicios públicos” (La Rosa, 2002). En este marco incorporamos la perspectiva de género y la de interacciones intergeneracionales para analizar los mecanismos de reproducción de las relaciones de poder entre los diversos actores sociales que participan en estos espacios.

Exploramos con especial atención lo que sucede con las mujeres y los adolescentes en su condición de ciudadanos y en su carácter de clientes del servicio, tal y como diferencia Mintzberg (1999): “... la cuestión para nosotros como clientes que recibimos servicios profesionales tiene que ver con el qué nos proporciona el Estado² [...] pero hay algo más importante aún: soy un ciudadano con derechos³ que van mucho más allá de los de los consumidores e incluso de los de los clientes [...] tengo derechos como ciudadano y también tengo obligaciones...”.

2 Qué servicio esperamos, con qué características, cómo nos gustaría que fuera la provisión, etcétera.

3 Para Mintzberg el ejercicio ciudadano se da cuando los derechos y obligaciones jurídicas están en juego.

Esta doble función nos permite diferenciar el impacto de los Centros Locales de Administración de Salud (CLAS) en la vida de la población peruana, y en especial de las mujeres y adolescentes para avanzar a una reflexión sobre el papel del Estado frente a los clientes y ciudadanos, y acerca del tipo de correctivos que requieren los centros para optimizar su funcionamiento.

En 1993 se diseñó el modelo de CLAS, en plena crisis de la salud pública peruana, vinculada, por un lado, a la expansión del terrorismo que hizo colapsar muchos servicios de salud rurales y urbano-marginales –ante lo que se evidenció la ausencia de políticas sanitarias específicas para enfrentar esta situación–, y por otro, con la difícil situación económica y social en que estaba sumido el país luego de la hiperinflación y el programa de ajuste económico.

Los Centros Locales de Administración de Salud

El Ministerio de Salud (Minsa) concibió este modelo como un programa piloto que buscaba “probar una forma de gestión de los servicios de primer nivel de atención, orientado a lograr la ampliación de cobertura del sistema de salud a las zonas más pobres y en extrema pobreza, incluyendo el elemento de co-gestión y participación ciudadana como instrumento para mejorar la eficiencia y eficacia de las prestaciones” (Ministerio de Salud, s.f.).

La instalación del modelo de asociación CLAS tiene como objetivo “que la sociedad civil participe en la administración de los servicios públicos de salud”; el proceso para su constitución es el siguiente: la comunidad organizada o el médico jefe del servicio de salud solicita a la autoridad regional de salud la conformación de un CLAS. Si la evaluación técnica de la región es positiva, se inicia la constitución de la asociación CLAS, que tiene como punto de partida la elección de seis miembros de la comunidad que posean trayectoria de trabajo en los campos de la salud o la nutrición. Esta elección puede ser por designación directa del médico jefe o en asamblea general de organizaciones de la población. Por lo general, tres de

los miembros son elegidos por el médico jefe o la región de salud, y tres por la comunidad. En algunos servicios, por decisión del médico jefe la comunidad elige a los seis miembros. El médico jefe es el séptimo miembro del CLAS.

Con la junta directiva electa, se procede a la inscripción de la asociación CLAS bajo el modelo de organización no gubernamental (ONG) o sociedad civil sin fines de lucro, lo cual le permite contar con personalidad jurídica, que la autoriza para el manejo de recursos públicos y privados.⁴ Los CLAS cuentan con tres ámbitos de participación: asamblea, Consejo Directivo y Gerencia.

Estos actores cogestionan el servicio sobre la base de un contrato de administración compartida, expresado en un plan local de salud,⁵ que debe ser puesto en marcha, supervisado y evaluado en forma conjunta, e incluye la provisión de atención y las acciones de promoción de la salud. Todo ello financiado con recursos del Estado, algunos recursos propios generados con la provisión del servicio, y posibles recursos provenientes de la cooperación técnica y financiera internacional o de ONG interesadas.⁶ Cada CLAS cuenta con supervisión y asesoría de la Direc-

-
- 4 Los CLAS están registrados en el sistema nacional de tributación, usan el sistema bancario nacional y tienen normas específicas de funcionamiento. Están encargados de la selección, contratación y evaluación del personal de salud que labora en los establecimientos que administran; asimismo, son responsables de la adquisición de bienes y servicios necesarios para el cumplimiento del plan local de salud.
 - 5 El plan local de salud debería basarse en un censo comunitario que le permita determinar actividades y objetivos para un año, pero esto difícilmente se realiza y por lo general se utiliza la información epidemiológica que tiene el Minsa sobre la zona y las directivas de los programas nacionales del sector.
 - 6 La mayor parte de los CLAS cuentan solamente con el financiamiento del Tesoro Público, pues las capacidades y oportunidades de gestión de proyectos de apoyo son mínimas. Existen dos modelos CLAS: a) El *clas individual* es el esquema más simple en el que una asociación administra un servicio; b) el *clas agregado* es una red administrada por un único CLAS, integrada por más de una dependencia de salud (en el caso ideal, cinco o seis, aunque este número puede variar considerablemente). Cada dependencia tiene un plan local de salud, y los diferentes planes locales se reúnen en un plan de salud global, que es la base del contrato con la región/subregión de salud. La integración puede tener diferentes versiones:
 1. Varias dependencias originalmente establecidas como CLAS individuales se juntan en un solo CLAS agregado, con lo que pierden su perfil de CLAS individual.
 2. Una o dos dependencias que son CLAS individuales se juntan con otras dependencias "nuevas" (que no tienen la estructura de CLAS) para formar un CLAS conjun-

CUADRO 1
EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DEL PROGRAMA DE
ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Núm. de centros/ puestos de salud en CLAS	133	435	611	611	637	985	1242
Núm. de habitantes en la jurisdicción de CLAS	958 473	3 012 403	3 200 000	3 200 000	4 000 000	5 000 000	6 000 000

Fuente: Minsa. CLAS 2000, citado en Díaz, 2001b.

ción Regional de Salud correspondiente a cada ámbito geográfico; a su vez, las diferentes direcciones se relacionan con el nivel central del sector salud.⁷

Este programa formalizó su aplicación en 1994, año en el que nacieron las primeras 13 asociaciones CLAS en Perú. En el año 2002 –cuando se realizó esta investigación–, se proyectaba poner en marcha 787 asociaciones CLAS que cubrieran un total de 2 095 establecimientos de salud de primer y segundo niveles de atención bajo esta modalidad. Esto constituiría, según

to. En este caso, las dependencias que eran CLAS individual pierden esa condición. 3. Varias dependencias de salud asociadas en red por accesibilidad geográfica y capacidad resolutoria para la referencia y contrarreferencia se juntan para formar un CLAS por primera vez. El servicio más complejo se constituye en la sede del CLAS y su médico se convierte en director del CLAS agregado. Entre las comunidades de la jurisdicción se elige a seis personas para la asamblea general del CLAS. Si la red comprende más de seis dependencias, algunas de ellas no tendrán representación en la asamblea general, pero pueden alternarse como miembros en la renovación del Consejo Directivo del CLAS.

- 7 Cada mes, los CLAS presentan a la Dirección Regional de Salud una declaración jurada, no documentada, sobre la ejecución del gasto realizado, así como un informe del avance del cumplimiento del plan local de salud. De esta forma, la Dirección autoriza al nivel central la transferencia de recursos para el siguiente mes. En forma trimestral, la Dirección de Salud hace una supervisión a cada CLAS para verificar el avance del plan y la situación del gasto, además de brindar asesoría en aspectos sanitarios, legales, tributarios, contables y de participación comunitaria, o lo que se requiera, a los miembros del CLAS. Por último, anualmente cada CLAS elabora un balance contable y estados financieros auditados, y presenta una memoria institucional de lo realizado a partir del plan local de salud acordado y contratado con el Estado.

el Censo de Infraestructura Sanitaria de 1996, 31% del total de establecimientos de este tipo existentes en Perú (cuadro 1).

Los demás servicios de atención de la salud (centros y puestos de salud) que no operan bajo el modelo CLAS, continúan funcionando en forma tradicional desde el Minsa, están a cargo de un médico jefe y no tienen participación alguna de la comunidad en su gestión.

El CLAS forma parte de un proceso desigual y diverso de iniciativas que fueron puestas en funcionamiento en el sector salud peruano, al que se denominó Reforma Sanitaria. Para nuestra investigación asumimos la definición marco de reforma planteada por la Organización Panamericana de la Salud (1997): “es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un periodo determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan”. Como todo proceso social, la reforma sanitaria peruana no es lineal. Se trata de un gran cúmulo de innovaciones de diferentes dimensiones y calidades, vinculadas en la mayoría de los casos a distintas fuentes de cooperación instaladas en el Minsa y en otros casos a iniciativa del propio sector con recursos públicos.

La llamada Reforma Sanitaria en Perú tuvo procesos crecientes, dispersos y, en algunos casos, disímiles. Por ejemplo, de manera simultánea a la instalación de los CLAS, el Estado peruano aumentó la inversión en el programa de planificación familiar, el cual posteriormente fue cuestionado por el movimiento de mujeres, quienes presentaron denuncias en su contra ante las distintas instancias de poder en el Perú y frente a la comunidad internacional, dadas sus distorsiones de diseño y aplicación, y sus efectos perjudiciales para la vida de por lo menos un centenar de mujeres pobres. Tal situación obligó a corregir el programa y a generar una nueva normatividad que reconociera la condición de cliente y ciudadana de las muje-

res. Esto no es un dato menor, en la medida que ilustra la forma en que, por un lado, se impulsó una forma de participación comunitaria en la gestión para “garantizar el derecho a la salud”, y por otro se implementó una política en la que el problema central fue la violación del consentimiento informado, vale decir, uno de los derechos básicos en el campo de la salud. Existió por lo menos un centenar de casos de mujeres que fueron sometidas a esterilización quirúrgica en forma coaccionada y sin cumplir los requerimientos básicos de este tipo de intervenciones (Zauzich, 2000).

De acuerdo con Martinic (1999), “la formulación de reformas y su puesta en práctica constituye un amplio proceso social y comunitario [...] *las reformas que nos preocupan tienen por objeto producir cambios culturales* que afectan los contenidos, las prácticas y las interacciones de los beneficiarios con los sistemas de atención. Este proceso de cambios se realiza en un complejo sistema de relaciones en el cual los actores intervienen con sus propios marcos de referencia desde los cuales precisan y definen sus intereses y las estrategias colectivas de acción”.⁸ Por ello, la disparidad e inconsistencia de las políticas de salud y sus vaivenes no son inesperados.

El actual gobierno de Perú no cuenta con un programa consistente en este renglón, por ello las prioridades de política varían en función de la persona que ocupe el cargo como autoridad ministerial de Salud. Durante el mismo gobierno, dos gestiones ministeriales se han caracterizado por su postura conservadora y confesional ante la perspectiva de la equidad de género, y han mostrado gran desconfianza frente a la sociedad civil organizada y la cooperación internacional relacionada con programas de salud sexual y reproductiva, lo que ha generado enfrentamientos y relaciones conflictivas. Otras dos gestiones ministeriales han tenido posturas distintas a la citada. En especial la administración actual, liderada por la doctora Pilar Mazzetti, viene desarrollando un proceso de diálogo con la sociedad civil y de instalación de la agenda de derechos sexuales y reproductivos en los servicios de salud del sistema nacional.

8 Cursivas de la autora de este capítulo.

Durante este gobierno los CLAS se han seguido extendiendo, y el sector salud ha expresado que entre sus estrategias está el fomento de la participación social. Sin embargo, en la mayoría de los casos estas organizaciones administran eficientemente sus servicios y promueven la participación local para mejorarlos, pero aún no se perciben a sí mismas como entes con derecho a ser reconocidos como interlocutores válidos y sustantivos del Minsa para el diseño y cambio de políticas de salud. Debido a ello, por ejemplo, no tienen representación directa en el Consejo Nacional de Salud, instancia que reúne a la sociedad civil peruana como contraparte del Minsa.

A pesar de la evidente fragmentación general y sectorial, pareciera que una perspectiva central atravesó la labor del sector y le dio consistencia a las intervenciones desde la década pasada. Nos referimos al paradigma de la eficiencia, en el que la población se vuelve un instrumento sustantivo para las políticas y la consecución de metas, con lo cual se desdibuja su papel como interlocutor válido, cuya protección, promoción y atención debieran ser el eje de la acción pública. Esta investigación muestra elementos claros de la persistencia y hegemonía de esta perspectiva en la gestión sanitaria. Los estudios existentes sobre el CLAS demuestran la relevancia de esta política en el país y ofrecen elementos que justifican su investigación a fondo.

Según Altobelli (2000), "... el CLAS fortalece a las organizaciones que se involucran en su cogestión y tiene aceptación y apoyo de la comunidad porque mejora el servicio de salud. Los indicadores de organización clínica, calidad de asistencia y equidad, mejoran en las dependencias CLAS frente a las no CLAS". Los clientes CLAS tienen menos tiempo de espera; en las áreas rurales más pobres, con una clasificación de pobreza C o D, el CLAS presta servicios gratuitos a una proporción más elevada de clientes exonerados que las dependencias no CLAS. Lo contrario se da en las áreas rurales no pobres, clasificadas como A o B, donde las dependencias no CLAS son las que exoneran a un mayor porcentaje de clientes.

Por su parte, Valle *et al.* (s.f.) opinan que gracias a los CLAS se ha incrementado la cobertura y calidad de los servicios y se

ha abierto un espacio de democracia, descentralización, concertación y consensos, “incorporando en la planificación y gestión, aspectos de la problemática local y generando la participación de la comunidad en sus soluciones”.

Precisamente, acerca de la participación activa de la sociedad civil en la administración de los servicios, Salazar *et al.* (1999) consideran que las acciones se concentran en el apoyo administrativo, la toma de decisiones acerca del manejo del presupuesto para los gastos del establecimiento y la intervención en las decisiones sobre el personal que trabaja en el servicio. Sin embargo, juzgan que la participación en el monitoreo y la evaluación del plan local de salud es relativa, “pues depende fuertemente de las capacidades de los profesionales para establecer relaciones paritarias que empoderen la demanda”.

En torno al mismo tema, Ricardo Díaz (2002), luego de opinar que “la participación ciudadana en los servicios de salud en Perú tiene en los CLAS, su referente mayor”, ofrece algunas cifras para sustentar su dicho: “más de tres mil ciudadanos asumen actualmente la responsabilidad de administrar cerca de 1 500 centros y puestos de salud a lo largo y ancho del país a través de estas asociaciones civiles y se estima que más de siete mil peruanos han participado de los CLAS en sus ocho años de desarrollo”.

La reflexión teórica sobre capital cultural, social y humano⁹ vistos como parte de la reflexión sobre la “riqueza” y la “po-

9 El concepto de capital alude a los activos (con peso, estructura y uso) que expresan las diferencias sociales y el conflicto que éstas suponen. La existencia de capitales, acumulación o desacumulación facilita o impide la sustentabilidad de los intentos de desarrollo. El capital humano es el concepto más utilizado tradicionalmente en la evaluación de políticas. Alude a las habilidades y capacidades que posee o no y usa o no el individuo en relación con el espacio social en el que vive. Éste reside en el propio sujeto, está vinculado a lo que tiene el individuo como activo no transferible plenamente: su instrucción, su salud, sus conocimientos, sus condiciones de integración social. Asumiendo a Bourdieu, definimos capital social y cultural como “el conjunto de los recursos movilizados a través de una red de relaciones más o menos extensa y más o menos movilizable que procura una ventaja competitiva al asegurar rendimientos más elevados de las inversiones [...] a través del capital social los actores pueden obtener acceso directo a recursos económicos (préstamos subsidiados, información sobre inversiones, mercados protegidos); pueden incrementar su capital cultural gracias a los contac-

breza” de las naciones en el marco del paradigma de desarrollo sostenible, permite acercarse a la filosofía y las prácticas que enuncian las políticas de salud para buscar en ellas indicadores de los activos sociales, económicos, humanos y culturales que son tomados en cuenta en el diseño, y los que se revelan en su aplicación.

La relevancia de este estudio se basa en que el modelo CLAS es uno de los pocos modelos nacionales que sustenta la cogestión de los servicios públicos con la comunidad. Este modelo es relevante para la región y el mundo, pues ha sido instalado en un ministerio de salud, tiene carácter participativo y de control social, y cuenta con instrumentos legales, administrativos y presupuestarios específicos. Esta política, si bien se inició como programa piloto, ahora está en pleno proceso de expansión y consolidación nacional.

Los resultados de esta investigación reportan las amplias áreas ciegas que el paradigma de la eficiencia trae consigo cuando se trata de hacer gestión de políticas y programas sociales, en los que si bien se logra colocar la perspectiva del cliente (la cual siempre es tamizada por el esquema cultural del técnico que diseña, pues en nuestro país todavía no hay la cultura de preguntar al cliente lo que quiere o espera), se deja de lado la del ciudadano, en especial cuando se excluye a sectores importantes de la población del proceso de participación. Esto se hace más evidente cuando nos referimos al amplio sector de personas que viven en exclusión social –sin posibilidad de conocer y ejercer sus derechos sociales y cívicos–, vale decir, en expulsión de la ciudadanía. Estas personas no pueden siquiera tener servicios adecuados a su condición de clientes.

Consideramos que el presente estudio contribuye a la reflexión sobre la participación comunitaria en el campo de la salud, a valorar las posibilidades de construcción de ciudadanía en salud que ésta nos abre, y a develar algunos elementos que se deben tener en cuenta para institucionalizar sectorial-

tos con expertos o individuos refinados (esto es, capital cultural encarnado) o, de manera alternativa, asociarse a instituciones que otorgan credenciales valoradas (esto es, capital cultural institucionalizado)” (Bourdieu, 2001).

mente estos procesos y a la vez evitar la exclusión y la concentración de poder en pequeños sectores organizados importantes pero no representativos de la diversidad. Además, permite documentar procesos relevantes generados con la política de cogestión, así como los conflictos y posibilidades que ésta suscita en los ámbitos tanto de recursos humanos y legales, *empoderamiento* y exclusión social, como de renovación de la agenda sanitaria y su profundo carácter intersectorial, a más de la descentralización efectiva del poder. Finalmente, este trabajo permite hacer hablar a la población organizada y a los profesionales involucrados en los servicios, y desde ellos avanzar para proponer recomendaciones a la gestión en salud en el marco de un acercamiento más global a la reforma sanitaria en general, y a la salud sexual y reproductiva en particular.

METODOLOGÍA

El propósito de este estudio es indagar sobre procesos poco conocidos, dado que los propios conceptos que se están poniendo en juego (capital social, humano y cultural) están en plena construcción y prueba. A pesar de que aparentemente existe una larga trayectoria en materia de participación social en el campo de la salud, ésta todavía es discursiva y dista mucho de tener un cuerpo de conceptos al que se pueda aludir en forma más o menos consensuada.

Este estudio es del tipo que indica una exploración cualitativa desde el punto de vista metodológico. Como bien señala Catherine Campbell (2000), “estamos en la infancia del tema, la idea es ir dando pasos para que podamos acumular conocimientos”. Hemos optado por la metodología de estudio de casos, una de las más recomendables para el análisis de políticas. De acuerdo con Borges (1996), sus características centrales son:

- No busca eliminar “impurezas” experimentales que presuntamente viciarían la recolección de datos y los datos mismos.
- No rehuye la existencia y el estudio de “excepciones a la regla” o “comparaciones difíciles” que perturben el proceso analítico. Por el contrario, encuentra importantes tales ex-

cepciones y en ocasiones se centra en ellas como una forma de entender si su peculiaridad puede ser la fuente de interrogantes ignoradas por el lente hipotético de una investigación.

- Acepta y hasta cierto punto también convierte en su objeto de estudio el posicionamiento político de la investigación y de los investigadores, lo que abre un espacio para que los resultados de una investigación estén sujetos a importantes decisiones sobre cómo se decide enfocar o encuadrar un problema en materia de políticas públicas.
- Asume el contexto en donde ocurren los acontecimientos como un elemento que condiciona fuertemente los fenómenos mismos y el proceso de investigación.
- Enfatiza que la investigación social (y científica) trae consigo formas de percibir la realidad y conduce a formas sobre cómo intervenir en ella (racionalidad instrumental), que no están exentas de juicios morales y que tienen fuertes implicaciones para la organización de la actividad humana y de las instituciones.

Selección de los casos

El objetivo macro de esta investigación fue analizar el impacto de una política sanitaria implementada en el proceso conocido como Reforma Sanitaria en la salud de adolescentes y mujeres en Perú. Por ello se seleccionó la política más relevante de la última década, que no sólo mantiene su vigencia, sino que está en pleno proceso de crecimiento: el modelo de gestión compartida, denominado CLAS.

Este modelo tiene diferentes versiones y experiencias, casi tantas como servicios existentes en esa lógica. Sin embargo, hay elementos de análisis que permiten tipificar servicios exitosos, menos exitosos y con problemas.

Los criterios utilizados para la tipificación de servicios en este estudio fueron:

- *Exitosos*. Logran amplias coberturas. Existe una estrecha relación con el gerente. El comité de gestión y la comunidad consiguen márgenes de ganancia para el servicio vía copa-

go. Los servicios muestran un crecimiento en equidad (gratuidad para personas indigentes).

- *Menos exitosos.* Mantienen coberturas tradicionales. Existe una relación conflictiva entre el gerente y el comité de gestión o entre éstos y la comunidad. Logran escasos márgenes de ganancia. No se incrementa el número de personas indigentes atendidas gratuitamente.
- *Con problemas.* Tienen coberturas reducidas. Existe una relación conflictiva entre el gerente y el comité de gestión, que conduce incluso a demandas judiciales y cambio de gerentes y de personal. No logran márgenes de ganancia. Atienden escasamente a las personas indigentes.

Con estos criterios y en coordinación con los funcionarios del CLAS del nivel central del Minsa, se eligieron cuatro servicios:

1. Centro de Salud CLAS Laura Caller, ubicado en el distrito de Los Olivos, en Lima. Servicio tipificado como de larga trayectoria de éxito.
2. Puesto de Salud CLAS de Cerro El Pino, situado en el distrito de La Victoria, en Lima. Servicio ubicado en una zona de extrema pobreza y que muestra importantes indicadores de éxito.
3. Centro de Salud CLAS Pueblo Nuevo, localizado en una zona rural de Chíncha, al sur de Lima. Servicio con una trayectoria problemática y dificultades en la relación entre el sector salud y la comunidad.
4. Centro de Salud CLAS Julio C. Tello, enclavado en una zona urbano-marginal del distrito de Lurín. Servicio con una trayectoria buena, sin mayores dificultades y sin logros importantes.

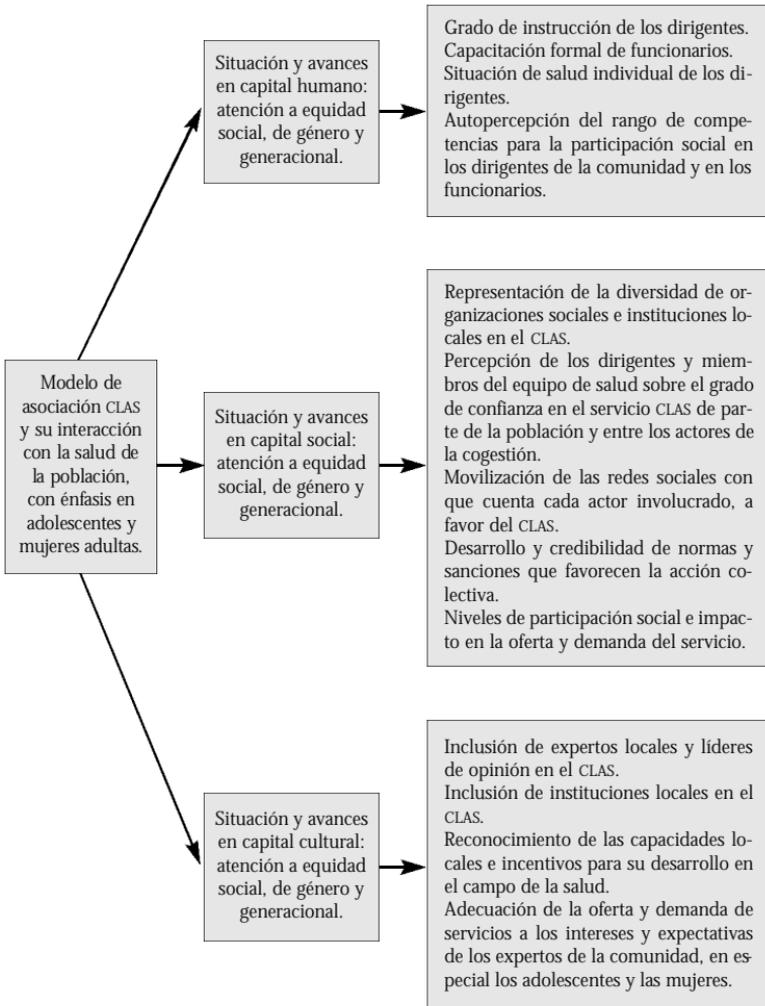
El objeto de estudio se esquematiza en la figura 1.

Recolección de la información

Los instrumentos para recabar la información fueron:

- Guía de entrevistas en profundidad, aplicada a funcionarios de los niveles central y subregional, y a algunos profesionales del servicio.

FIGURA 1
OBJETO DE ESTUDIO



- Guía de grupo focal, aplicada a los cuatro gerentes de los CLAS seleccionados.
- Encuesta autoaplicada para profesionales de la salud, miembros de los consejos directivos y gerentes.
- Información recolectada de forma indirecta, como reportes del servicio y planes locales de salud.

Se aplicaron 30 entrevistas en profundidad a funcionarios de los niveles central y regional, y a directores del servicio. Asimismo, se obtuvo información de los cuatro gerentes de los CLAS y 57 miembros de los equipos de salud de los CLAS que llenaron las encuestas de autoaplicación. Todas ellas provienen de tres de los CLAS, pues a pesar de reiteradas solicitudes, no se logró recabar información del equipo de salud del CLAS Pueblo Nuevo. Veinte miembros de los consejos directivos llenaron las encuestas de autoaplicación.

Se organizó un grupo focal con tres gerentes de CLAS; sin embargo, en esa oportunidad tampoco pudo participar el gerente del CLAS Pueblo Nuevo.

Procesamiento de la información

Se transcribieron las entrevistas en profundidad y las realizadas a los grupos focales, y se llevó a cabo un análisis en profundidad, ordenando las recurrencias expresadas por los informantes en función de las variables e indicadores propuestos por la investigación. En algunos casos fue necesario crear nuevos indicadores, que se diseñaron a partir del análisis. Asimismo, se puso especial atención en la detección de novedades discursivas y propositivas, las que se ordenaron de acuerdo con las variables que afectaban y se informó sobre las mismas en la discusión y en las recomendaciones. Las encuestas fueron procesadas con estadística descriptiva y a partir de ellas se construyeron cuadros de reporte.

Los elementos orientadores del análisis del discurso fueron el capital humano, social y cultural, así como los procesos de *empoderamiento*, grados de participación social y tipología de políticas públicas, de acuerdo con niveles de inclusión/exclusión (Borges, 1996).

RESULTADOS

Tipo de política aplicada según el modelo de gestión y el marco institucional

El CLAS corresponde al tipo de política tradicional¹⁰ con capacidad de transitar hacia el tipo de política focalizada. Esto se debe a cuatro características:

1. La institucionalidad de la política es sectorial (no multisectorial), aunque incluye la corresponsabilidad con la comunidad a través de la asociación CLAS, pero su accionar está restringido al trabajo del servicio de salud. Sin embargo, es importante anotar que en el CLAS Laura Caller, tipificado como exitoso, hay una experiencia de labor multisectorial liderada por el sector, pero que aparentemente podría modelarse hacia la construcción de un esquema intersectorial desde el momento del diseño del plan local de salud. En general, la labor multisectorial es progresiva y se ve limitada o potenciada en primer lugar por el propio equipo de salud existente en el servicio y, en segundo término, por el sector, dado que no hay incentivos, instrumentos, ni disposiciones expresas del Minsa en esa dirección. Estudios sobre el imaginario de salud en las comunidades muestran que hay un concepto holístico que se limita a lo físico-biológico cuando aquéllas interactúan con el sector, en una suerte de sabiduría popular que parece determinar qué se puede pedir a cada cual; en este caso, a los servicios de salud. Debido a que las comunidades que trabajan con los CLAS tienen facultades para administrar y decidir sobre la aplicación de los recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud en el ámbito local, y la posibilidad de ejercer control social sobre el desempeño de los servicios, la potencialidad de la labor multisectorial es enorme.
2. El diseño de las prestaciones se realiza desde la oferta. Aunque la comunidad es la que desarrolla el plan local de

10 Utilizamos la tipificación desarrollada por el Mideplan (1999).

salud y lo aprueba en primera instancia, éste se restringe a la oferta ya existente en el Minsa. Es decir, la comunidad elige dentro de un menú establecido; no genera el menú, ni se le permite rehacerlo. Si aplicamos el concepto de cliente postulado por Mintzberg, podríamos decir que el Minsa no está respetando el papel de cliente de la población, pues no pone a consideración su oferta, sino que la impone.

3. La implementación de la política está sostenida en una oferta regular, no discriminante. No existe una oferta específica de acuerdo con el perfil epidemiológico y social de las zonas; si esto fuera así, el plan local de salud de Cerro El Pino, por ejemplo, debería considerar atención específica a adolescentes organizados en pandillas, personas que ejercen la prostitución, etcétera. Pero el sector salud no ha mostrado capacidad de respuesta ni siquiera a la condición de clientes de estos ciudadanos.
4. La ejecución se efectúa en el ámbito local, pero el central conserva para sí la capacidad de supervisar los planes y autorizar los presupuestos. Cabe decir que aun cuando el Consejo Directivo con la gerencia del CLAS, la comunidad organizada e incluso la Dirección de Salud (Disa) aprueben un plan local de salud, el nivel central del Minsa puede solicitar que se hagan modificaciones al plan y efectuar los ajustes en las áreas que crea conveniente. La mayor parte de las veces esto viene aparejado con la restricción presupuestaria. Al respecto, todos los informantes emitieron opiniones similares a la del gerente del CLAS Cerro El Pino:

Todo es negociable con las autoridades, pero el nivel de influencia está básicamente relacionado con la empatía, la relación de amistad o el clientelismo político, más que con criterios estrictamente técnicos.

La centralización de esta política atenta contra el núcleo de la cogestión, que apuesta por una acción descentralizadora.

Caracterización de la política desde el punto de vista de la intervención

El CLAS corresponde a una política normalizadora, que podría llegar a convertirse en política habilitadora, por que:

- Sus objetivos de intervención general son básicamente paliativos (están centrados en la provisión de atención básica correspondiente al primer nivel de atención); sin embargo, los objetivos del modelo de gestión buscan generar corresponsabilidad social en el campo de la salud. En este sentido, también tiene objetivos promocionales, pero restringidos por la propia oferta, vale decir, por el sector salud.
- La estrategia es discriminatoria en la medida que busca promover el acceso pleno a la atención de la salud de los sectores más deprimidos y excluidos, y se concentra en el primer y el segundo niveles de atención, que son justamente los más demandados por este tipo de población.
- El punto de partida para definir el grupo objetivo es la carencia, la enfermedad y el riesgo, y no el capital social o el cultural (capacidades, redes, relaciones de confianza). Probablemente éste es el nudo central que le impide transformarse en una política habilitadora.
- El satisfactor que el CLAS tiene como horizonte se reduce a las necesidades de salud, y en ese marco busca cubrir múltiples necesidades tradicionalmente tipificadas en salud, como la información durante las visitas domiciliarias, la atención directa, la provisión de medicamentos y la educación sanitaria.

Es posible afirmar que el CLAS *empodera* a los dirigentes en la gestión administrativa de los servicios, pero limita su accionar ciudadano, dado que impide que las decisiones incidan sobre la oferta de servicios. Por otro lado, el CLAS tiene escaso efecto en la generación de ciudadanía en los pobladores excluidos y no habilitados.

Visión de futuro: ¿cambio institucional y cultural?

Los resultados de las entrevistas reportan las siguientes líneas que colorean la visión de futuro de los CLAS. Hemos ordenado la información por áreas temáticas y presentamos las recurrencias del discurso en una suerte de “escuchar a los actores”:

Misión del CLAS

Por parte de los involucrados en los CLAS, los procesos local y nacional han derivado en una percepción de la urgencia de descentralizar plenamente el programa e institucionalizarlo en el Minsa:

Es necesario articular los CLAS a los procesos de desarrollo local y de descentralización política. [VICEMINISTRO DE SALUD].

Los CLAS tienen que ser parte de las políticas para el desarrollo local. [GERENTE DEL CENTRO DE PUESTO DE SALUD CERRO EL PINO].

Somos lo único que tiene el gobierno para establecer la descentralización de políticas sociales. [DIRIGENTE DEL CENTRO DE SALUD LAURA CALLER].

El CLAS es nuestra oportunidad para coordinar con todos los que trabajan por la salud de nuestra gente en la comunidad. [GERENTE DEL CENTRO DE SALUD JULIO C. TELLO].

... El sector tiene que descentralizar el poder de verdad. Esto debe suceder [...] es central integrar los CLAS al sistema único de monitoreo y evaluación de servicios de primer nivel de atención, y hay que darle flexibilidad y adecuación del SIS [Seguro Integral de Salud] al plan local de salud y a las situaciones emergentes del nivel local, focalizando la inversión en la población en situación de pobreza y exclusión social. [MÉDICOSALUBRISTA, EX COORDINADOR DEL PROGRAMA NACIONAL CLAS].

Los gerentes y los dirigentes del CLAS se enfrentan a diario con situaciones sociales para las que no tienen respuesta, pues no existe un sistema de referencia y contrarreferencia local en políticas sociales. Un sistema articulado de políticas sociales locales para mejorar la capacidad de respuesta de los sectores, evitar la duplicidad y aumentar la eficiencia del gasto público constituye la demanda central de los gerentes de los servicios CLAS.

La débil articulación de las políticas sociales y de las propias políticas de salud es una situación que los funcionarios y la comunidad pretenden resolver con mucha voluntad, pero se topan cotidianamente con la frustrante ausencia del sistema y, en algunos casos, incluso con la ausencia del tipo de servicio público que sería necesario y urgente instalar. Por ejemplo, servicios de recreación, salud mental, rehabilitación de abusados y abusadores, protección de la infancia en la calle y de los ancianos en abandono o abuso, entre otros.

No hay donde derivar a las personas, pues nosotros como servicio tenemos limitaciones. ¿Qué hacemos para proteger a un chico abusado si no hay un hogar refugio? ¿Hacia dónde referimos a un anciano abandonado si no hay espacio en los asilos del Estado? ¿Quién rehabilita a los adolescentes con adicciones o a las madres golpeadoras? [GERENTE DEL CLAS CERRO EL PINO].

Muchas veces nos juntamos y hacemos cosas, pero cuesta, hay desconfianza, no hay mandatos claros, todos quieren liderar solitos y que los demás los sigan. Es necesario reordenar el espacio local, crear servicios de acuerdo a las necesidades de la gente, consultarle a la gente, involucrarla. En eso Salud tiene experiencia. [GERENTE DEL CLAS LAURA CALLER].

Capacitación para la labor de cogestión

Según Martinic (1999), "la trayectoria histórica del Estado y las representaciones que la población tiene de su rol, forman parte de una cultura que favorece más la 'delegación' que la 'responsabilidad compartida' frente a problemas tales como

los de educación y salud. Por otra parte, la cultura de la escuela y de los centros de salud, las formas de pensar de muchos profesores y personal de salud, y la falta de métodos flexibles y participativos para trabajar con familias y la comunidad afectan la generación de espacios activos de cooperación y de toma de decisiones". En este marco, la capacitación para el cambio cultural, administrativo y de gestión que se propone instalar el CLAS, debe ser tomada como una actividad sustantiva. Las experiencias de los gerentes de los CLAS donde se realizó la investigación son ilustrativas de este proceso:

Al principio yo quería mandar como en cualquier centro de salud. Total, yo era el médico y debía tener la última palabra. Pero la comunidad me enseñó a oír, a ser más democrático, a estar a su servicio. Eso no se aprende en la Universidad, ni en el sector. [GERENTE DEL CLAS CERRO EL PINO].

Para mí fue muy difícil, la gente se me rebelaba, yo no sabía como reaccionar, no me gustaba compartir con ellos ni ir a sus polladas o actividades, pues ellos siempre querían que yo fuese. Ahora he cambiado, no soy tan democrática como ellos quisieran, pero he cambiado, ya trabajo mejor y me siento mejor, fue muy duro... [GERENTE DEL CLAS JULIO C. TELLO].

Como yo fui dirigente en la universidad, yo tenía vocación para este trabajo, aunque nadie me capacitó, yo siempre me puse al servicio de la gente y caí bien. Soy uno más, me dicen *doc* y todo marcha bien, incluso me cuentan cosas internas que son centrales para que el servicio mejore y que a veces evitan conflictos enormes. [GERENTE DEL CLAS LAURA CALLER].

Para trabajar en comunidad y así, como iguales con la gente, se necesita capacitación. Mucha gente se va porque no soporta que la comunidad sea igual que un profesional, no quieren que la comunidad los supervise, los corrija, intervenga. Tienen la idea de que ellos son superiores porque han ido a la Universidad... [GERENTE DEL CLAS PUEBLO NUEVO].

Los gerentes también destacaron la necesidad de promover la capacitación:

Es necesario capacitar en el modelo al conjunto del sector, porque la gran traba que enfrentamos es interna. Los CLAS no podemos variar el plan local de salud porque los funcionarios de nivel regional y nacional de salud no terminan de comprender que la cogestión implica no sólo administración, sino cogobierno. [GERENTE DEL CLAS LAURA CALLER].

Las Disa deben hacer un esfuerzo por capacitar a los equipos de salud del primer nivel de atención (CLAS o no CLAS) en la perspectiva de participación comunitaria, y apoyar el desarrollo de habilidades y competencias para la promoción de la salud [...] también deben nombrar gente con experiencia en CLAS para supervisar los CLAS, pues muchas veces nombran gente que no tiene ni idea, y la tenemos que capacitar para que nos supervise. Parece broma, pero esto pasa, es el país de las maravillas. [GERENTE DEL CLAS CERRO EL PINO].

La población no tiene poder para discutir políticas de salud con los responsables de la Disa y del Minsa, es necesario capacitarla y es necesario capacitar a estos responsables en una visión más integral de la dinámica comunitaria y de los problemas de salud pública, así como en las potencialidades de la cogestión. [GERENTE DEL CLAS PUEBLO NUEVO].

La relevancia de obtener una capacitación adecuada, pero también de fomentar el respeto por las opiniones de los representantes de la comunidad son premisas clave para el buen funcionamiento de los CLAS, en opinión de los miembros de la comunidad que son dirigentes de estos organismos:

Nosotros damos nuestra opinión, a veces no sabemos mucho, pero sabemos de la vida y de la salud de nuestra gente, pero como no lo podemos expresar muy bien, a veces no somos tomados en cuenta... [MUJER DIRIGENTE DEL CLAS LAURA CALLER].

... depende mucho del doctor jefe. Si es abierto, bien; pero si es autoritario, todo se complica [...] no todos son capaces de trabajar con la comunidad, saben sus enfermedades y sobre medicamentos, pero no saben tratar, no saben llegar a nosotros... [HOMBRE DIRIGENTE DEL CLAS PUEBLO NUEVO].

... algunos hablan en difícil para que no los entendamos y sentirse superiores, pero nosotros los bajamos, los educamos y si no, se van [...] queremos profesionales buenos, que sepan estar con nosotros, que se igualen a nosotros. No quiere decir que no les reconocamos que se han quemado las pestañas, pero tienen que igualarse para trabajar juntos. [MUJER DIRIGENTE DEL CLAS LAURA CALLER].

Todos tenemos que capacitarnos. Yo he aprendido mucho en el CLAS, ahora soy distinta, hablo en público con soltura, visito a mi pueblo, veo a los enfermos, la gente me respeta. Por eso me han puesto de directiva en el CLAS, yo agradezco esta oportunidad [...] nos deben capacitar, unos cuantos del Ministerio no pueden saber todo lo que nosotros necesitamos, tienen que oírnos y capacitarnos, para poder conversar bien, para entendernos... [MUJER DIRIGENTE DEL CLAS LAURA CALLER].

Yo siempre quise ayudar a mi pueblo y ahora lo hago, no será perfecto lo que hacemos, pero por lo menos estamos haciendo algo por los que más sufren, los niños, las embarazadas, los que andan enfermos todo el tiempo, hacemos cosas importantes [...] lo importante es que el CLAS es nuestro, por eso lo cuidamos, yo nunca pensé que podía administrar un servicio de salud, pero sí puedo, yo soy una persona que me autoestimo ahora, no me dejo faltar, soy una dirigente, sólo necesito un poquito más de capacitación para ser mejor... [MUJER DIRIGENTE DEL CLAS CERRO EL PINO].

Las entrevistas y los datos de las encuestas autoaplicadas muestran que todos los actores sociales involucrados reclaman capacitación y mayor retroalimentación. Existe consenso sobre la necesidad de difundir las lecciones aprendidas a partir de la puesta en marcha de los CLAS para que los próximos encargados de esa labor no tengan que hacer todo el camino de

nuevo y, sobre todo, para evitar que se repitan los errores propios de una experiencia inédita.

El sector salud

Los gerentes de los CLAS experimentan una suerte de discriminación negativa de la corporación médica dado que establecen relaciones democráticas con la comunidad y se colocan como servidores públicos luego de años de tradición de comportamiento jerárquico de los médicos con respecto a la comunidad.

Los CLAS están generando cambios culturales sustantivos en la interacción entre los profesionales de la salud y la población organizada. El poder del médico es cuestionado y redefinido por la comunidad y por el mismo profesional, quien tiene que establecer una relación de cogestión. Ya no se trata de la relación entre el médico y el promotor de salud, o entre el médico jefe y el dirigente vecinal, como ocurre en los esquemas más tradicionales de participación comunitaria. En este caso, el modelo exige que la relación se democratice. El poder compartido en la administración del servicio de salud define nuevos términos para la interacción entre el sector salud y la población, lo que llega a ser objetado por los propios miembros del sector que laboran en el ámbito central y no están en contacto con la problemática cotidiana del trabajo comunitario. Al respecto, los gerentes señalan:

El nivel central debe superar su fragmentación gerencial y programática. Ellos discriminan a los CLAS, pues como nosotros estamos autorizados a generar recursos propios, el nivel central nos restringe los recursos que provienen de los programas nacionales. En realidad, el nivel central y las Disa subvaloran el trabajo de cogestión porque la comunidad está incluida. [GERENTE DEL CLAS LAURA CALLER].

Muchos médicos de los CLAS no somos invitados por nuestros colegas a las reuniones del cuerpo médico, pues nos acusan de ceder poder a la comunidad y perder nuestro profesionalismo.

Existe la idea que somos médicos de pueblo, que no le estamos siendo fieles a la profesión porque [nos] coordinamos con la comunidad [...] Algunos señalan que esta política afecta la profesión porque estamos entregando el poder a gente que no tiene idea de la salud, cuando los expertos somos nosotros, los médicos [...] A los médicos les molesta que la comunidad pueda sancionar a un médico y sacarlo del trabajo, creen que es inaceptable que gente no profesional se ponga a nuestro nivel. [GERENTE DEL CLAS CERRO EL PINO].

Felizmente, ahora parece que el sector va a cambiar, pues a todos los servicios les van a pedir que hagan acuerdo de gestión con sus comunidades. Si esto sucede, los de los CLAS vamos a convertirnos en los expertos en participación y nos tendrán que llamar para asesorarlos... [GERENTE DEL CLAS JULIO C. TELLO].

Con respecto al nombramiento de los dirigentes, cabe destacar que de acuerdo con la tradición de organización comunitaria no existe intromisión del Estado en la selección.

Las Disa y los médicos jefes no deben tener la función de selección de tres de los dirigentes del Consejo Directivo; toda la responsabilidad la debe tener la comunidad. [DIRIGENTE DEL CLAS PUEBLO NUEVO].

El acuerdo de gestión debe ser el instrumento de interlocución entre el sector y la ciudadanía, y se debe evitar toda intromisión externa en los procesos de selección de dirigentes que debe realizar la comunidad plena, en forma autónoma, para respetar sus propias reglas. [DIRIGENTE DEL CLAS JULIO C. TELLO].

En este sentido, es relevante la solicitud de la comunidad para que cambie la normatividad de los CLAS con el fin de respetar la autonomía de las organizaciones comunitarias. Simultáneamente, existe una percepción compartida por los profesionales y la comunidad sobre la necesidad de establecer formas creativas para sostener la participación de los dirigentes en la cogestión, y hacerlo en forma transparente. Es claro

que la participación tiene costos económicos y que la economía de los pobres difícilmente puede cubrirlos, de allí que se señale la necesidad de establecer formas de apoyo para hacerla viable. En este renglón, personal directivo y dirigentes hacen algunas reflexiones y propuestas:

La experiencia de los CLAS indica que es necesario crear mecanismos para reconocer financieramente el tiempo que los miembros del Consejo Directivo dedican al CLAS, en especial cuando estos miembros son pobres. [GERENTE DEL CLAS JULIO C. TELLO].

... muchas veces no tenemos para movilizarnos, somos gente muy pobre y nos vemos obligados a faltar, a no cumplir; si sale un trabajito a la misma hora de la reunión tenemos que dejar de ir a la reunión, tenemos que buscar cómo sobrevivir... [DIRIGENTE DEL CLAS CERRO EL PINO].

Tanto dirigentes como profesionales señalan que los programas del sector salud necesitan reformularse, ampliar su visión a los determinantes de salud, adecuarse a las urgencias de la comunidad:

En el nivel central es necesario generar programas innovadores para la promoción, atención y rehabilitación de problemas de salud condicionados por las extremas condiciones de exclusión social, como por ejemplo la violencia social, o sea, el pandillaje, el abuso o la explotación sexual que acá se ve tanto, la violencia familiar, en fin, la negligencia con que tratan a los ancianos, las adicciones, entre otros. [GERENTE DEL CLAS CERRO EL PINO].

El sector generó la Dirección de Promoción de la Salud, pero los CLAS aún no han sido afectados. Es necesario normar y señalar indicadores para implementar las acciones. Asimismo, el convenio salud-educación ya se ha firmado, pero todavía no se han diseñado directivas u orientaciones para incluir esta sinergia en los planes locales de salud del CLAS. [GERENTE DEL CLAS LAURA CALLER].

La existencia del SIS viene a apoyar las necesidades de recursos que tienen los CLAS, pues ahora sí podrán garantizar el acceso al servicio de los más pobres, los que piden exoneración. [MUJER DIRIGENTE DEL CLAS LAURA CALLER].

Es urgente la formación de redes en salud. Hay que articular la experiencia del primer nivel de atención de salud para repensar la salud pública y comunitaria con servicios CLAS y no CLAS, y con ONG y la cooperación internacional. También es importante participar en los diferentes espacios del nivel local para aportar a la construcción del sistema local de políticas sociales. [GERENTE DEL CLAS LAURA CALLER].

Plan local de salud

Tanto los oferentes del servicio como la comunidad señalaron que el propio sector salud sabotea la innovación en los planes locales, y que los avances que logran en sus servicios y en el bienestar de la comunidad se hacen no sólo sin el apoyo del sector, sino muchas veces a pesar de él.

Es necesario ampliar el marco con que se elaboran los planes locales de salud. Las necesidades de atención y promoción de la salud son muy amplias, y el Minsa a través de sus programas y registros no capta ni atiende algunos de los problemas centrales de la salud con los que el CLAS tiene que bregar [...] siempre encontramos problemas de violencia familiar, violencia sexual, pandillaje [...] mucha gente viene con consultas de salud sexual y no sabemos qué decir; se hace lo que se puede [...] lo peor es la salud mental, allí sí que todo está por hacerse, hay pocos psicólogos capacitados para trabajar en comunidad y no hay psiquiatras cercanos a nuestras poblaciones... [GERENTE DEL CLAS CERRO EL PINO].

... otro tema es la salud de los adultos mayores, los adictos a drogas y sobre todo al alcohol, no hay propuestas para rehabilitación comunitaria, ni hay personal entrenado [...] Los CLAS no tienen instrumentos técnicos para enfrentar los problemas mencionados y el Minsa permanece indiferente a éstos, no los priori-

za ni concentra recursos en su desarrollo, lo que supone que la respuesta a la comunidad en estos aspectos es mínima. [GERENTE DEL CLAS LAURA CALLER].

El rol normativo y rector del sector está atrasado con relación a los problemas de salud pública de la población en pobreza y exclusión. Seguimos atendiendo y previniendo el daño físico-biológico y aun eso se hace con limitaciones; pero las acciones de protección, promoción y atención de las urgencias sociales de salud, siguen quedando de lado. [GERENTE CLAS PUEBLO NUEVO].

Para el funcionamiento adecuado de los centros y la contratación del personal necesario, el presupuesto es, obviamente, un elemento sustancial. Sin embargo, los CLAS suelen enfrentarse a políticas impuestas desde el centro, que no siempre responden a los requerimientos locales:

Los presupuestos del CLAS no deben instalarse en la lógica del presupuesto tradicional, que justamente se busca superar con los acuerdos de gestión. Éstos deben ser adecuados a las necesidades de las zonas; por ejemplo, ampliar presupuesto para tener profesionales nutricionistas y psicólogas o para realizar acciones de promoción de la salud... [GERENTE DEL CLAS JULIO C. TELLO].

Muchas veces es necesario sacarle la vuelta a las reglas y contratar en negro a la gente para poder contar con trabajadores sociales o apoyo de psicólogos por horas, pero esto se debe a que el sector no nos permite abrir el rubro y las necesidades apremian. [DIRIGENTE DEL CLAS JULIO C. TELLO].

Nosotros hemos logrado que nos aprueben [contratar un] psicólogo, pero no está normado. Necesitamos psicólogos [...] la gente tiene muchos problemas psicológicos y hay poco personal. Lo peor es que ninguno sabe cómo manejar esos problemas, actuamos por sentido común [...] También son importantes las nutricionistas, acá hay muchos problemas de malnutrición, la gente es obesa, los niños están desnutridos, con avitaminosis o situacio-

nes graves; sería bueno tener nutricionistas para la labor comunitaria. [GERENTE DEL CLAS JULIO C. TELLO].

El modelo CLAS

El cambio que ha significado la puesta en marcha del modelo CLAS en el ámbito de la comunidad y en la forma de hacer salud pública ha motivado una serie de reflexiones y propuestas que van ensayando líneas para una hoja de ruta del sistema de salud. Los protagonistas de este proceso se han enfrentado a dificultades tales como la falta de claridad sobre las metas o acerca de la forma de evaluar tanto al personal como los avances de la gestión comunitaria; a eso se han sumado las malas condiciones laborales y la carencia de incentivos, las deficiencias del trabajo en equipo –lo que afecta la relación con la comunidad– y el escaso o nulo presupuesto para la investigación sobre la problemática local, entre otros factores, que exponen con sus propias palabras:

Hay poca claridad de la presente gestión del sector con relación al modelo CLAS. La planificación sectorial debe dar cuenta de las metas específicas para el modelo en el próximo quinquenio, no sabemos qué decisión tienen [...] Es necesario que el sector avance a elaborar una política de salud consistente, que de verdad oriente el accionar del primer y segundo niveles de atención y coloque metas progresivas para el avance de la gestión compartida, de modo tal de estar en condiciones de evaluar el proceso. Nosotros no sabemos ni cuántos CLAS quiere tener el sector. [GERENTE DEL CLAS CERRO EL PINO].

No tenemos estándares para evaluar el trabajo comunitario y de cogestión. Éste es un trabajo fino, de relaciones humanas, de consensos y acuerdos que se respetan, pero todo este trabajo no se toma en cuenta a la hora que evalúan el éxito del CLAS. [GERENTE DEL CLAS LAURA CALLER].

Existe alta rotación de personal en los CLAS, pues las condiciones de trabajo son malas: inestabilidad, falta de capacitación, meno-

res ingresos que en servicios no CLAS. Esto influye significativamente en la calidad del modelo. El personal necesita incentivos que potencien sus capacidades académicas, gerenciales, asistenciales. No se trata sólo de darles un sueldo y pretender que con eso estén contentos; hay que pensar en una política de recursos humanos para incentivar que la gente quiera trabajar en los CLAS. [GERENTE DEL CLAS JULIO C. TELLO].

Hay que tener cuidado con la comunidad, porque si no les gustas y quieren sacarte, pueden hacerlo y te puedes quedar en la calle. Por eso, la mayor parte de las veces cumplimos bien nuestro trabajo y evitamos contradecir a los dirigentes. [...] El problema es que no hay reglas claras, la evaluación de personal es bien subjetiva: me caes bien o mal, de eso depende tu trabajo, eso no es serio... [PROFESIONAL DE SALUD DEL CLAS JULIO C. TELLO].

En el caso de los comités de salud y los cogestores comunitarios no existen mecanismos claros que incentiven su permanencia y buen desempeño más allá de la conciencia individual o del nivel de fortaleza de la organización de procedencia. Muchos de los cogestores son personas en situación de pobreza con alto sentido de compromiso social y servicio a su comunidad, que podrían servir de gran ejemplo al escaso voluntariado social existente en nuestro país; a su vez, si estas personas recibieran capacitación permanente y existieran redes de intercambio, probablemente se avanzaría muchísimo en la calidad de la cogestión sanitaria. [GERENTE DEL CLAS JULIO C. TELLO].

El sector no invierte en estudiar a la población del ámbito geográfico de los CLAS con relación a su forma de tomar decisiones en salud y sus problemas y capacidades de autocuidado. Esto limita las capacidades del sector para planear adecuadamente sus intervenciones. No existe presupuesto para este tipo de acciones, aun cuando existe personal calificado para su realización; nosotros podríamos hacer buenas investigaciones pero nadie incentiva eso, son cosas que hacemos en nuestro tiempo libre, a nadie le interesa. [GERENTE DEL CLAS CERRO EL PINO].

Existe poco trabajo en equipo entre el gerente de los CLAS y los oferentes del servicio. Cada responsable de programa realiza su trabajo de manera independiente y aislada. No existe un trabajo articulado. Esto se debe a la gran demanda de atención que tienen en los servicios, la concentración de funciones en pocos recursos humanos y las limitaciones de tiempo para combinar el trabajo burocrático, el asistencial y el de cogestión, por lo que, en general, es sólo el jefe del servicio el que se relaciona con la comunidad organizada. [MUJER PROFESIONAL DEL CLAS CERRO EL PINO].

...Los profesionales de salud no nos sentimos parte de la cogestión; somos invitados a reuniones, en algunos casos tenemos voz, pero no voto, porque el poder se concentra en el gerente y la comunidad. No contamos con espacios de capacitación específica en la labor comunitaria y de cogestión. Además de ganar sueldos bajos y trabajar sin ningún incentivo, el sector no tiene interés en mejorar nuestra situación y casi no reconoce lo que hacemos. Nosotros no tomamos parte en la evaluación y balances del CLAS. [HOMBRE PROFESIONAL DEL CLAS LAURA CALLER].

Los CLAS y la situación de salud de los adolescentes

La exclusión de los adolescentes del conjunto del sector salud no es diferente en el caso de los CLAS; es decir, su situación no varía con el modelo de gestión. Esto podría tener dos explicaciones. Una se refiere a que el modelo de gestión está centrado en impulsar la participación de la población adulta, desconociendo el tejido social de los adolescentes y los jóvenes. En segundo lugar, la población adolescente y joven tiene prioridades específicas vinculadas a consejería, orientación, capacitación y acciones de promoción de la salud, que implican una labor multisectorial y servicios diferenciados; sin embargo, el sector no tiene una oferta específica. Por ello, muchas veces los adolescentes sólo asisten cuando ya tienen problemas de salud o cuando las jóvenes están embarazadas.

La experiencia de promotores y vigías juveniles de salud y de promotores educadores de pares (PEP), que se extendió en la década pasada, no está siendo recuperada por los CLAS. Los

aprendizajes sectoriales son tan fragmentados y ahistóricos como lo son las formas de intervenir. Así, tenemos que mientras existió el Programa de Salud Escolar y del Adolescente (PSEA, 1990-2001) se desarrolló a escala nacional una gran red de promotores y vigías juveniles de salud, y en el marco del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA se capacitó y dio seguimiento a un importante número de promotores.

Toda esta experiencia, que implicó costos al sector y grandes beneficios para los individuos que participaron y para sus colectividades, hoy está abandonada y no se le ha recogido en un esquema de gestión como el CLAS, que justamente busca la participación y el control social. Esto se relaciona con la falta de propuesta global de reforma sanitaria, donde las personas se hagan visibles con sus capacidades y potencialidades, no sólo con sus daños y enfermedades. De ahí que los participantes en los CLAS tengan opiniones como las que se reproducen enseguida:

En realidad, ahora que nos pregunta nos damos cuenta que no hacemos nada especial con los adolescentes. [DIRIGENTE DEL CLAS CERRO EL PINO].

Siempre he querido hacer cosas con los adolescentes. Es una necesidad, incluso tenemos un consultorio que nos implementó Pathfinder, pero no tenemos personal ni apoyo del nivel central. [DIRIGENTE DEL CLAS JULIO C. TELLO].

No existe participación de los adolescentes en los consejos de co-gestión de los servicios. En realidad nunca se les ha convocado porque se piensa que no están organizados o no tienen experiencia. Siempre hemos pensado en organizaciones de adultos [...] yo no tengo mapeadas las organizaciones de jóvenes, sé que hay algunos que hacen promoción de la salud con ONG, pero no tengo el dato concreto [...] muchos vienen a ayudarnos o sus padres los mandan para que apoyen en las actividades, pero nunca los hemos invitado a las asambleas ni a nada formal. [GERENTE DEL CLAS JULIO C. TELLO].

La oferta pública con relación a salud de los adolescentes se amplió con el Seguro Escolar, concentrándose en la patología recurrente y en accidentes; esto ahora se ve recortado con la creación del Seguro Integral de Salud, pues los adolescentes vienen menos. [PROFESIONAL DEL CLAS JULIO C. TELLO].

La salud reproductiva de los adolescentes se atiende como parte del conjunto de la población, a través de los programas de control prenatal, medicina general y ginecología. No existe ninguna oferta con relación a la salud sexual. [GERENTE DEL CLAS PUEBLO NUEVO].

Se les atiende cuando vienen a los servicios; se les da lo que tenemos: consultas generales, medicamentos, insumos de planificación familiar, exámenes, lo que tenemos, nada especial para ellos, porque así es el sector y el programa nacional está paralizado. [GERENTE DEL CLAS CERRO EL PINO].

El problema con ellos es el marco legal del sector, pues, por ejemplo, cuando vienen por anticonceptivos o por temas sexuales tenemos que pedir la presencia de los padres o tutores. Eso dice la norma, claro que a veces por responsabilidad profesional los atendemos; ellos lo necesitan, no se les puede negar. Pero cuando ya se necesitan exámenes de laboratorio, por ejemplo para enfermedades de transmisión sexual, tienen que venir sus padres. Muchos adolescentes vienen con sus amigos o solos, no quieren decirle nada a sus padres o están peleados con ellos, o a veces son abusados por ellos, pero las normas no dan salidas. Para los adolescentes más pobres, con problemas de drogas, abuso, aborto, prostitución, no hay salida. Hacemos más de lo que podemos, pero nunca es suficiente. [MUJER PROFESIONAL DEL CLAS LAURA CALLER].

Los CLAS y la salud de la mujer adulta

Las mujeres adultas constituyen la mayor parte de los dirigentes de los CLAS y de los promotores de salud del sector en los cuatro casos estudiados. Las promotoras realizan diversas campañas de salud, captan a la población excluida y en pobreza ex-

tema, con mayor daño y necesidad de atención. Son las promotoras quienes tramitan la atención de los más pobres en los servicios. Al entrevistarlas, se encontró que muchas de ellas, dada su labor operativa, tienen más claridad que los dirigentes del comité sobre las metas y objetivos del plan local de salud. Las siguientes dos opiniones de mujeres dirigentes de los centros dan una idea de la problemática que enfrentan día con día:

... el sector salud no nos propone nada nuevo para atender nuestras necesidades y problemas de salud. No sabemos qué hacer con la violencia familiar, hay mucho abuso, muchas violaciones, algunas tenemos problemas psicológicos por nuestra pareja o porque mucho hemos sufrido, pero el Minsa no hace servicios para eso [...] por eso hemos buscado contratar nosotros como comunidad un psicólogo, pero no es suficiente; a veces, ni el psicólogo sabe qué hacer [...] muchas mujeres son golpeadas y a veces no pueden dominar su rabia y golpean a sus hijos; en algunos casos incluso golpean a sus padres ancianos. Eso se da, es terrible, pero es nuestra realidad [...] muchas mujeres vienen por orientación, consejería, atención, quieren cambiar, rehabilitarse, pero no hay nada que ofrecerles. [MUJER DIRIGENTE DEL CLAS JULIO C. TELLO].

... yo busco ayuda en las ONG, busco orientación en la iglesia, hay mucho sufrimiento en mi pueblo, los maridos agarran a la fuerza a sus esposas, todos borrachos, les prohíben venir a planificación familiar y ahora agarran lo que han dicho que el condón es malo, que los espirales hacen daño [...] yo escuché a un vecino que decía que en el Centro operaban sin que la mujer se diera cuenta, así quedaba estéril, yo lo aclaré, le dije que eso no pasaba y me mandó a ver la televisión [...] necesitamos que inventen algo, así como una terapia, para que la gente hable, no se vaya de frente a los golpes, necesitamos salud mental... [MUJER DIRIGENTE DEL CLAS CERRO EL PINO].

La salud de la mujer se ve afectada por los problemas derivados de la inequidad de género. La falta de autoestima, la vejación y el maltrato, la acumulación de estrés, la sobrecarga de trabajo doméstico, la ausencia de espacios de recreación y de

porte, todo ello delinea una situación de especial fragilidad y riesgo, donde no basta “tener un buen nivel de resiliencia”, es necesario generar programas específicos para enfrentar estos altos grados de inequidad que vulneran la salud de más de la mitad de los habitantes del país.

El esquema del CLAS no ha aportado nada nuevo para la salud de las mujeres (especialmente de las que no son parte de la asamblea y del Consejo Directivo) en lo que se refiere a protección, promoción, atención y rehabilitación, pues provee los mismos programas establecidos tradicionalmente en el sector, sin mayor innovación.

El sector no se muestra permeable a las demandas de la comunidad para cambiar la oferta sanitaria. En este sentido, podemos afirmar que los CLAS siguen reconociendo a medias la condición de clientes de las mujeres pobres, pero aún no reconocen su condición de ciudadanas, pues con los recortes en las políticas de planificación familiar y el rechazo a pedir a las organizaciones de mujeres su opinión sobre estos temas, el sector no hace más que sabotear lo que se supone que él mismo debería estar fomentando: la ciudadanía.

Simultáneamente, llama la atención la escasa conciencia que tienen tanto las comunidades involucradas en los CLAS como los profesionales acerca de la posibilidad de participar en la definición de políticas y discutir con el sector lo que está sucediendo con las políticas sanitarias. El derrotismo en este campo es notable:

...no podemos hacer nada para cambiar las cosas en el Minsa; nos tienen agarrados con el presupuesto, porque ellos lo tienen y lo sueltan según lo que piensen. [MUJER DIRIGENTE DEL CLAS CERRO EL PINO].

No podemos hacer ningún conflicto, si no, no nos llega el presupuesto y el servicio se cierra. [HOMBRE DIRIGENTE DEL CLAS JULIO C. TELLO].

Con relación al tema de la salud sexual y reproductiva, donde ya ha habido problemas y el ministro no quiere saber nada con la

planificación familiar, ¿qué podemos decir nosotros? No tenemos poder. [MUJER DIRIGENTE DEL CLAS LAURA CALLER].

... Hay que estar en el nivel central para cambiar las cosas: desde acá no podemos hacer nada. [GERENTE DEL CLAS CERRO EL PINO].

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A través de este programa, el sector salud ha avanzado en la labor de generar espacios de fortalecimiento del tejido social local de salud en algunas zonas, con el consecuente cambio progresivo hacia la democratización de la interacción entre proveedores y población. Este fenómeno toma diferentes formas de acuerdo con los grados de desarrollo de la cultura ciudadana en la población y el funcionariado. Sin embargo, incluso con el avance logrado por estas asociaciones, el sector mantiene relaciones asimétricas con los CLAS y los circunscribe a la administración de servicios, lo que atenta contra el concepto mismo de cogestión de la salud. Ésta es, precisamente una de las fuentes centrales de tensión del modelo.

La oferta sanitaria no muestra cambios sustantivos con la inclusión de los CLAS en las políticas del sector. La oferta sigue centrada en el capital humano (la atención a la salud, la protección del riesgo físico y biológico, la prevención del daño) y elude la perspectiva de las potencialidades de la población para el autocuidado individual y colectivo de la salud, así como la importancia de la inversión sanitaria en el fortalecimiento y democratización de las redes sociales como base de los entornos saludables.

Esto podría tener las siguientes explicaciones: el plan local de salud está diseñado bajo una perspectiva de atención a la enfermedad; por tanto, la cogestión se limita a administrar la oferta existente y no ha abierto espacios para que se operen cambios y se incluyan las percepciones e imaginarios sobre salud que superen la mirada de la atención de la enfermedad. Al afirmar esto no se pretende soslayar que sí se experimentan cambios en el mejoramiento de la calidad y en la eficacia de la

atención individual a la enfermedad. Otra posible explicación es que la comunidad no participa activamente en la elaboración del plan y por lo tanto el funcionariado que media y aprueba dicho plan sigue operando bajo patrones biomédicos, dado que la perspectiva integral de salud aún no permea la oferta del propio sector.

El capital social de la población se ha visto fortalecido con la estrategia de gestión compartida, pero de forma fragmentada, dado que ha *empoderado* a tres actores clave: mujeres organizadas, juntas vecinales y promotores adultos de salud. Simultáneamente, el modelo CLAS ha excluido a los adolescentes y los jóvenes, y a las organizaciones diversas (las vinculadas a iglesias, partidos políticos, arte y deporte), así como a instituciones sustantivas del ámbito de la salud, como son los colegios, comisarías y ONG. Estas instituciones son convocadas para impulsar acciones en cuya planificación no tomaron parte. Vale decir que en lugar de extender el "ámbito salud", el CLAS lo recorta en una perspectiva sectorial.

La confianza se revela como una variable fundamental para el éxito de los CLAS, que crece cuando hay información clara, oportuna y asequible a la población sobre el modelo, sus productos, problemas y potencialidades. La rendición periódica de cuentas, en forma abierta al conjunto de la población, constituye una práctica central para el fortalecimiento de la confianza. Sucede que en los CLAS menos exitosos no existe la experiencia de rendición pública de cuentas; sólo se entregan reportes al Consejo Directivo y a quienes decidan sus miembros.

Si la confianza en el sistema de salud o en el servicio se ha roto en algún momento del proceso, resolver la situación no es un asunto simple; se requiere una larga inversión de tiempo, recursos y afectos para recuperarla. Estos elementos deben ser incluidos en los planes locales de salud; no pueden ser puntos ciegos, pues de ellos depende la viabilidad del modelo. La ausencia de confianza trae consigo fragmentación, confrontación, intrigas y problemas de viabilidad para la institución. La forma de superar ese escollo es proporcionar información transparente y abierta, y fomentar el diálogo y la generación de es-

pacios de encuentro e intercambio para dar lugar a la normatividad que fomente la confianza.

Hay dimensiones de la confianza que en apariencia no son medibles; sin embargo, son sustantivas, como lo son las percepciones que se revelan tras las siguientes afirmaciones de dirigentes comunales:

Este doctorcito me da confianza porque me acepta como soy y me respeta; en cambio, el otro no me da confianza porque se nota que finge aceptar a la población. [DIRIGENTE DEL CLAS LAURA CALLER].

Ella me da confianza porque no tiene asco de los pobres, no le molesta nuestra forma de vida, es sencilla, hasta ha bailado con nosotros, va a las polladas, es una más... [DIRIGENTE DEL CLAS JULIO C. TELLO].

Estas dimensiones rara vez son motivo de reflexión por parte del equipo de salud. No obstante, constituyen ejes básicos de la interacción con la población. En tal sentido, es necesario promover espacios de debate y reflexión sobre estos elementos, que se colocan en la base de cualquier experiencia humana. La provisión y aceptación del bien salud implica una relación de confianza; la persona elige ir al servicio y deposita su vida con confianza en los profesionales que allí laboran.

Un tema clave para el capital social es la presencia de normas, reglas y sanciones claras. Al respecto, es posible concluir que los CLAS más exitosos son aquéllos en los que el conjunto del Consejo Directivo y de los miembros activos de la comunidad y el equipo de salud conocen las normas y reglas de juego e, incluso, han tenido incidencia en su elaboración. Sobre este tema, un dirigente comunal señaló:

Una forma permanente de solucionar conflictos es releer los estatutos del CLAS y proponer juntos las sanciones que consideren adecuadas cuando suceden casos no resueltos en las normas. [DIRIGENTE DEL CLAS JULIO C. TELLO].

La presencia de otros rangos de la jerarquía, como la Disa o el municipio, ayudan al cumplimiento de las normas y sanciones. En los CLAS menos exitosos, la población maneja menos información sobre el CLAS y tiene menor injerencia en sus decisiones. Asimismo, la Disa cumple escasamente su labor de supervisión y apoyo a los CLAS.

En relación con los recursos humanos, cabe anotar que la experiencia de miedo a la sanción de la comunidad sobre un miembro del equipo de salud establece relaciones de desconfianza, que se expresan en actitudes de sumisión (no hay relación de pares), rebeldía e incluso manipulación de parte de los trabajadores de la salud. Es necesario establecer reglas del juego claras y mecanismos de generación de competencias para el trabajo y la valoración del desempeño, que hagan que las evaluaciones de personal tengan una clara racionalidad y no obedezcan a subjetividades o animadversiones personales.

El capital social expresado en redes de apoyo ha sido también una variable sustantiva para estimar el éxito del CLAS. Cuando los gerentes y el equipo de salud han tenido experiencia previa de "compromiso social", el CLAS es más exitoso. No fue posible comparar este dato con los miembros del Consejo Directivo, porque en los cuatro CLAS todos los dirigentes tienen experiencia de liderazgo anterior. Los actores sociales de los CLAS con experiencia previa de trabajo social han movilizado sus diversas redes para mejorar su gestión; ellos mismos confirman que sus redes sociales son extensas y diversas debido a sus historias personales de participación social (dirigentes estudiantiles y municipales, además de los espacios de capacitación profesional). Sin embargo, esta experiencia no basta para neutralizar los conflictos que se heredan de gestión en gestión. Esto sucede en Pueblo Nuevo, donde a pesar de la experiencia del gerente subsisten los problemas entre parte del personal y la comunidad.

El capital humano sigue siendo la variable más afectada en extensión por los servicios de salud. Su papel curativo y de educación sanitaria se mantiene y aporta lo suyo a la vida comunitaria, incluyendo a los más pobres, pero sin contar con una oferta dedicada. Este papel no se extiende a procesos sos-

tenidos de protección, habilitación y capacitación. En esta área, el CLAS ha avanzado poco, como ocurre en el conjunto del sector.

El capital cultural es el gran ausente del modelo CLAS. No existen normas, protocolos, procesos que evidencien la inclusión activa de los “expertos comunitarios en salud”, el denominado *capital cultural encarnado*. El sector forma sus propios expertos, los promotores de salud, quienes pueden ser o no reconocidos por la comunidad. Sin embargo, al lado del CLAS y de los promotores es posible encontrar a los “consultados por salud”, los hueseros, los yerberos, las parteras, los curanderos, los que “pasan el huevo y curan el susto” entre otros. Ellos no tienen un espacio en la salud comunitaria y la gestión compartida del servicio.

Pasa lo mismo en el caso de los adolescentes y jóvenes, cuyos líderes o figuras paradigmáticas, que constituyen la primera referencia de comportamiento e identificación –como los raperos, jefes de pandillas, futbolistas, artistas– no son incluidos en los servicios ni en los procesos de formación de promotores. Normalmente el sector elige como promotores educadores de pares a adolescentes que no viven situaciones de riesgo o que tienen poco liderazgo social. Esto limita su actividad a espacios de iguales. Estas personas, el capital cultural encarnado, deberían ser piezas clave para el CLAS, pues son los pares que informan y moldean la demanda y las interacciones con el sector, especialmente las de los más pobres.

Algo similar sucede con el *capital cultural institucionalizado*, que está en los colegios, las universidades, los institutos superiores, los comedores populares, el Vaso de Leche, entre otros sitios. Ellos son agentes clave de salud en la medida que brindan información, generan conocimiento, forman “expertos”. Pese a todo, no están presentes en los criterios de inclusión y conformación del Consejo Directivo. Aparentemente la salud sigue siendo vista desde una mirada sectorial centrada en las carencias y no en las capacidades de la población.

El capital cultural interno del sector salud no está siendo fortalecido, pues no existen políticas que evalúen el desempe-

ño, incentiven las buenas prácticas y mejoren las competencias de los trabajadores del sector.

El sector salud está avanzando muy lentamente hacia un proceso de descentralización y de generalización de los acuerdos de gestión a través de los planes de salud local, que ahora deben hacer tanto los establecimientos CLAS como los no CLAS. El problema es que esto no va acompañado de un replanteamiento de la oferta; peor aún, el Seguro Integral de Salud es sólo asistencial y los indicadores de evaluación de los planes y programas son básicamente asistenciales, por lo cual las posibilidades de realizar una labor de salud comunitaria y de promoción de la salud son mínimas.

La oferta sanitaria es ciega ante los problemas y necesidades sociales: la violencia de todo tipo (familiar, sexual, social), la sexualidad de hombres y mujeres y su derecho al placer, la reproducción planeada y deseada, la salud mental, son áreas en las que no se encuentra respuesta alguna.

Existen políticas de salud sexual y reproductiva que implican una marcha regresiva frente a los derechos sexuales de hombres y mujeres. El sector no ha avanzado ni un paso en términos técnicos y normativos sobre salud sexual. Asimismo, hasta la fecha no se provee anticoncepción oral de emergencia, medida que fue aprobada durante el gobierno de transición. El marco restrictivo es claro, en especial en lo relacionado a la sexualidad y la salud reproductiva de las y los adolescentes, quienes no pueden recibir atención sobre salud sexual y reproductiva sin permiso de sus padres o tutores y sólo pueden acudir a los servicios de planificación familiar después de los 16 años, justamente cuando el embarazo de alto riesgo se da en menores de 15. Existe una campaña desde el propio sector salud que genera desconfianza y miedo entre la población y los profesionales de la salud frente a las acciones de planificación familiar y los métodos anticonceptivos modernos.

Las ONG constituidas a través de los CLAS son parte de la sociedad civil organizada o expresión de la misma; sin embargo no vienen liderando ninguno de los espacios de representación de la sociedad civil que tiene el propio sector, como por ejemplo el Consejo Nacional de Salud.

Las mujeres organizadas en los CLAS y los propios CLAS carecen de una respuesta organizada frente a las políticas regresivas que en materia de salud sexual y reproductiva viene implementando el sector, dada la perspectiva conservadora y confesional que lo ha caracterizado. En este sentido, es posible afirmar que los CLAS no han mostrado ningún efecto en el *empoderamiento* ciudadano en salud, es decir, en la forma como se hacen las cosas y como se diseñan las políticas. Empero, hay un claro avance en la dimensión de cliente, dado que la población, y en este caso algunos CLAS, han logrado crear plazas que consideraban importantes para la atención de su realidad sanitaria.

RECOMENDACIONES

El CLAS como modelo instalado desde el nivel central al local ha dado ya suficientes muestras de mayor eficiencia, eficacia y equidad frente al modelo tradicional de servicios de primer y segundo niveles de atención de salud. En este sentido, el sector debe ser capaz de valorar el aporte de este modelo para incluirlo como una política sustantiva para la descentralización efectiva de los servicios públicos con control ciudadano. El modelo del CLAS muestra la relevancia de la participación comunitaria en la administración de los servicios para el mejoramiento de la eficiencia, eficacia y equidad de los servicios públicos, y a su vez revela las insuficiencias técnicas, normativas y de gobierno del sector salud.

Una de las principales ventajas de este modelo es que puede constituirse en uno de los ejes locales de articulación de políticas sociales en el ámbito de salud¹¹ a escala municipal y regional, en la medida que existe ya una experiencia acumulada en el sector, se ha avanzado en normatividad (siempre perfectible) y hay equipos de gestores públicos y líderes comunitarios involucrados.

11 El concepto *ámbito de salud* nos remite a pensar que “el cuidado integral de la salud no se basa, exclusiva y excluyentemente, en un sistema institucional buro-

En la perspectiva de optimizar el modelo CLAS, consideramos necesario que el sector salud lo coloque en una fase intensiva de ajuste que considere los siguientes puntos:

1. *Fomento de las capacidades organizativas.* Los CLAS deben representar el tejido social preexistente en la comunidad y a su vez deben ser instrumento para fortalecer las capacidades organizativas de la propia comunidad. En esta tarea se debe poner especial interés en convocar a los expertos en salud (capital cultural: hueseros, parteras, farmacéuticos, profesores, entre otros) y a los líderes que con sus prácticas sociales moldean la forma en que la comunidad y los individuos cuidan su salud. Para ello, la convocatoria a las elecciones de dirigentes de los CLAS deben ser abiertas a todas las organizaciones de la comunidad, e incluir además de las organizaciones de mujeres y vecinales, a los jóvenes, adolescentes y adultos mayores en la búsqueda de la mayor representatividad posible. Además de las organizaciones mencionadas, se debe convocar a todas las instituciones públicas y privadas para que participen en la elaboración del plan local de salud. Éste no debe restringir sus objetivos a lo que podría ofrecer el servicio bajo el modelo CLAS, sino abarcar lo que cada institución puede comprometerse a hacer para lograr una comunidad saludable.

Un plan local de salud debe ser capaz de recoger actividades e iniciativas que todas las instituciones (colegios, universidades, municipio, iglesias, ONG, comisarías) se comprometan a realizar por la salud de la población en función de los objetivos generales establecidos por el conjunto de la comunidad. En este marco, la función del CLAS es doble: por un lado, debe cumplir con las actividades asistenciales, recuperativas y preventivo-promocionales que le competen directamente; por otro, deberá regular, promover, monitorear, incentivar, informar a la comunidad y premiar la acción de las instituciones, organizaciones e individuos que

crático de oferta de servicios sino en la responsabilidad y acción de todos los ámbitos, sectores, instituciones, y, sobre todo, de las personas, familias, comunidades y la sociedad civil en general" (Tejada de Rivero, 2002).

contribuyen a la construcción de entornos saludables. Esta propuesta se resume en la figura 2.

Seis dirigentes deben ser electos por la comunidad organizada y contar con capacitación para la cogestión en salud y apoyo económico para los gastos relacionados con la función de cogestión.

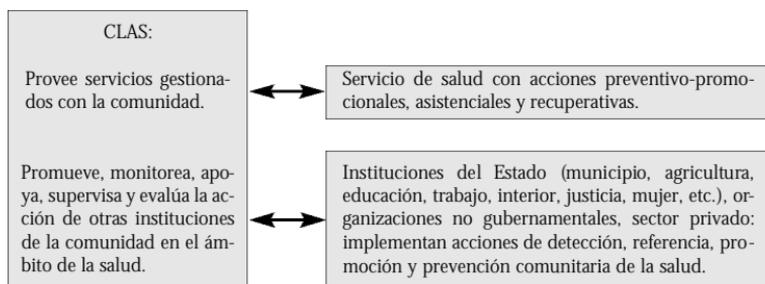
El diagnóstico de la situación de salud de la comunidad debe ser participativo, incluidas las diversas instituciones de la comunidad.

El plan local de salud debe ser elaborado con participación de la comunidad organizada y de representantes de las instituciones existentes en la comunidad. Las autoridades de la región, el equipo de salud en pleno y el gerente deben acompañar el proceso participativo de elaboración del plan, pues todo plan aprobado por la comunidad deberá ser respetado por la región de salud.

Se debe reglamentar la rendición de cuentas en forma semestral en plenaria pública con la comunidad e instituciones, incluyendo la toma de decisiones para mejorar colectivamente los logros y enfrentar las dificultades.

2. *Actitud receptiva a las propuestas.* El sector necesita abrir sus puertas para recoger ampliamente las propuestas que provengan de este espacio de diseño, hacer un esfuerzo sustantivo por avanzar en la generación de respuestas técnicamente sostenibles e invertir en investigación y elaboración

FIGURA 2
PAPEL DEL CLAS EN LA IMPLEMENTACIÓN
DE UN PLAN LOCAL DE SALUD



de metodologías en forma intensiva. Asimismo, será necesario diseñar mecanismos de seguimiento al plan local de salud que ayuden a monitorear la acción de los diferentes agentes del *ámbito de salud* junto con los del servicio CLAS. Es urgente que el sector retome su función de gobierno. Para ello debe repensar su oferta sectorial, facilitando la inclusión de áreas hasta hoy ignoradas por el sector, como violencia sexual, familiar y social; salud mental y sexual; consejería psicológica; habilidades básicas para el autocuidado y participación ciudadana, entre otras. En estas áreas existen pocas respuestas técnicas. Es muy escasa la información con que se cuenta y muy limitado lo que se ha realizado en materia de prevención y rehabilitación de violentos y víctimas de violencia, o en salud sexual de los varones y mujeres, o en protección y rehabilitación de niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso sexual. Por ello, urge que el sector desarrolle estas áreas, que son las que demanda la población, y las incluya en el Plan de Beneficios del Seguro Integral de Salud, especialmente para el primer y el segundo niveles de atención de salud.

Las políticas de promoción de la salud no pueden esperar más y convendría que fueran construidas con las comunidades organizadas en los CLAS. Ya hay una experiencia acumulada en el desarrollo de municipios saludables, comunidades saludables y escuelas saludables. Es urgente integrarlas, aprender de ellas e implementar políticas consistentes.

3. *Combate a la inestabilidad laboral.* El sector debe reconsiderar los mecanismos de captación, capacitación y evaluación del desempeño de sus equipos de salud, así como su promoción e incentivos. No es posible continuar con esquemas de inestabilidad laboral en forma permanente y escasa habilitación y capacitación para la labor de salud comunitaria, más aún si se pretende profundizar en esta línea de trabajo.

Las Disa deben ser fortalecidas a través del nombramiento de gerentes con trayectoria de éxito en CLAS, de modo tal que se establezca un proceso acumulativo del conocimien-

to y de mejoramiento del modelo. Se debe evitar nombrar como gerentes de Disa-CLAS a profesionales sin experiencia exitosa y carentes de formación en el área.

4. *Seguimiento a los programas exitosos de atención a adolescentes.* Existen experiencias de cogestión de servicios en salud de adolescentes que vienen siendo aplicadas con éxito por el propio sector con apoyo de la agencia alemana de cooperación para el desarrollo, conocida como GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit). Es necesario realizar seguimiento a las mismas en la perspectiva de integrarlas como parte de la red de CLAS. Su aporte puede ser sustantivo para reconsiderar el plan local de salud dirigido a esta población.
5. *Inversión en el capital social.* Es necesario invertir en el desarrollo, uso y ampliación del capital social en salud desde el nivel macro al local y viceversa. Esto implica apoyar y reconocer el desarrollo de redes de CLAS a través de garantizar su participación paritaria en el Consejo Nacional de Salud y en las áreas de competencia de los CLAS, tales como promoción de la salud, servicios de primer y segundo niveles de atención, entre otras. Asimismo, el sector debe generar una estrategia para recoger las necesidades, expectativas y propuestas de las comunidades en su carácter de clientes en relación con la oferta y como ciudadanos en relación con sus derechos sociales.
6. *Fomento de la cogestión.* El sector debe invertir en el fortalecimiento de las capacidades de cogestión de la comunidad y de los profesionales para garantizar una participación representativa de la diversidad social, la definición del plan local de salud, la rendición de cuentas y la puesta en marcha de programas y políticas locales.
7. *Respeto a los derechos sexuales y reproductivos.* Éstos forman parte de los derechos humanos y están contemplados dentro del compromiso asumido por nuestros Estados a escala internacional, por lo cual no pueden soslayarse o “reinterpretarse” en función de la perspectiva confesional de una gestión. En este sentido, los CLAS deben tener la capacidad de evaluar lo que está sucediendo en el país en esta

área y hacer visibles los intereses de la población a través de sus planes locales de salud.

8. *Respeto a la condición de ciudadano.* Las ONG y los activistas de los derechos sexuales y reproductivos tienen puesta su atención en la dimensión de clientes (conceptualmente hablando) que poseen las mujeres, por lo que en general se observa una gran presión para asegurar la atención y los insumos de planificación familiar. Esto es muy importante porque si ni siquiera se respeta la condición de cliente, menos aún se respetará la de ciudadano en un país donde la ciudadanía de las grandes mayorías se viene logrando apenas desde “ayer por la tarde”. Sin embargo, es fundamental que el tema se sume al debate sobre la política, vale decir, sobre el derecho a la participación ciudadana en los esquemas de cogestión de servicios y del sistema de salud.

Aparentemente este debate se realiza en otro espacio público, pero todavía se limita a las ONG y al campo de los académicos importantes, mientras la población organizada en salud sigue de lado. En este sentido, es importante generar un debate sobre el impacto de la negación de los derechos ciudadanos a las mujeres y adolescentes desde el sector, y a las ONG denominadas CLAS, legalmente constituidas y especializadas en salud. Los CLAS no tienen presencia en las instancias de consulta que el sector ha abierto para la sociedad civil, como el Consejo Nacional de Salud. De hecho, no tienen presencia como tales en las instancias que ha establecido la sociedad civil, como por ejemplo el Foro Salud, dado que la línea que garantiza la autonomía de los CLAS frente al sector salud es endeble y todos temen cruzarla en la medida en que el presupuesto para el servicio podría estar en riesgo.

Gran parte de la madurez de la sociedad civil y del sector deberá pasar por hacer respetar y lograr respetar la autonomía, según corresponde, para poder generar consensos en medio del debate y el respeto a las instituciones e individualidades. En un país tan autoritario como Perú, éste es un proceso a largo plazo.

COMENTARIOS FINALES

El factor de éxito de un CLAS son los actores, las personas. ¿Quiénes son y cómo actúan los representantes de la comunidad?, ¿quiénes son y cómo actúan los trabajadores del centro?, ¿quiénes son y cómo actúan los miembros del CLAS, de la Disa y del nivel central? A pesar de esta confirmación, no existen políticas específicas que contemplen a las personas. Políticas que tengan como punto de partida la necesaria evaluación del personal, del tejido social, de las historias comunitarias. Políticas que ubiquen la centralidad del *empoderamiento* progresivo de los excluidos y el pleno ejercicio para la participación ciudadana solidaria de los “integrados socialmente”.

Hemos realizado la primera parte de un estudio –que se pretende que sea largo–, que nos permitió confirmar una mirada general del proceso de la política e incluso considerar las posibles interacciones entre políticas y acumulación de capital social, humano y cultural. Sin embargo, es necesario un trabajo más antropológico, en términos etnográficos, que incluya una gran inversión de tiempo en observación participante del servicio y del ámbito geográfico en que se encuentra, así como participación en las principales reuniones y espacios de encuentro (reunión de comité local, interacción entre el comité y la Disa, reuniones autónomas de las organizaciones de base involucradas y de las no involucradas en el CLAS, pero que hacen labor por el bien público y la salud en la zona). Esperamos aportar esto en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- Altobelli L (1998) “Comparative analysis of primary health care facilities with participation of civil society in Venezuela and Peru”. Seminario Social Programs, Poverty and Citizen Participation. Cartagena, Colombia, marzo 12 y 13.
- Altobelli L (1998a) “Health Reform, community participation, and social inclusion: The shared administration program”. Perú, UNICEF.

- Altobelli L (2000) "El desafío de la reforma en salud: alcanzando a los pobres". Foro de Europa y las Américas sobre Reforma del Sector Salud, Lima, 24-26 de mayo. San José de Costa Rica, Banco Mundial.
- Anderson J (1994) "Ni bienestar, ni equidad: los fundamentos de la política social peruana". En: *Pobreza y políticas sociales en el Perú*. Lima, Universidad del Pacífico.
- Anderson J (2000) "Participación y reforma de la salud: nuevas expectativas, viejas formas". En: Costa AM, Merchán-Hamann E, Tajer D, *Saúde equidade e gênero. Um desafio para as políticas públicas*. Brasil, Editora Universidade de Brasília.
- Arroyo J (2001) "La función de gobierno, la intersectorialidad y la sociedad civil en salud". En: *Políticas de salud 2001-2006*. Lima, CIES.
- Arroyo J (2002) *Salud: La reforma silenciosa. Políticas sociales y de salud en el Perú de los 90*. Perú, Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Banco Interamericano de Desarrollo (1998) *América Latina frente a la desigualdad. Proceso económico y social en América Latina. Informe 1998-1999*. Washington, DC, BID.
- Barker G, Fontes M (1996) *Revisión y análisis de la experiencia internacional con programas dirigidos a los jóvenes en riesgo*. Grupo de Desarrollo Humano. Región de América Latina y El Caribe, Informe núm. 5.
- Becker G (1994) "El capital humano y la reducción de la pobreza". Conferencia presentada en el Banco Mundial, 16 de diciembre.
- Becker G (1997) "El capital humano es mucho más importante". *Business Week*, 22 de abril.
- Borges R (1996) *El estudio de caso como instrumento pedagógico y de investigación en políticas públicas*. Magister en Gestión y Políticas Públicas/Universidad de Chile.
- Bourdieu P (1985) "The forms of capital". En: Richardson JG (comp.), *Handbook of theory and research for the Sociology of Education*. Nueva York, 1985.
- Bourdieu P (1989) "Espacio social y campo de poder". Conferencia pronunciada en la Universidad de Wiconsin. Madison, EUA, abril.
- Bourdieu P (1997) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona, Editorial Anagrama.
- Bourdieu P (1999) *La miseria del mundo*. Buenos Aires, FCE.
- Bourdieu P (2001) *Las estructuras sociales de la economía*. Buenos Aires, Ediciones Manantial.
- Bourdieu P, Passeron JC (1995) *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona, Editorial Laia.
- Butler J (2001) *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. México, Editorial Paidós Mexicana.

- Campbell C (2000) "Social capital and health: Contextualizing health promotion within local community networks". En: Baron S, Field J, Schuller T (eds.), *Social capital. Critical perspectives*. Oxford, Oxford University Press.
- Cardarelli G, Rosenfeld M (1998) *Las participaciones de la pobreza. Programas y proyectos sociales*. Buenos Aires, Paidós.
- Celedon C, Noé M (2000) "Reformas del sector de la salud y participación social". *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 8, julio-agosto.
- Coleman J (1988) "Social capital in the creation of human capital". *American Journal of Sociology*, núm. 94.
- Consortio de Investigación Económica y Social (2001) *Política de Salud 2001-2006*. Lima.
- Díaz R (2001) "CLAS: enfrenta el riesgo de la desfiguración del modelo". *Semanario de Gestión Médica*, núm. 249, año 6, 3-9 de diciembre.
- Díaz R (2001a) "CLAS: una experiencia para descentralizar servicios de salud". *Semanario de Gestión Médica*, núm. 226, año 6, 25 de junio-1 de julio.
- Díaz R (2001b) *CLAS: una experiencia peruana de empoderamiento en salud*. Lima, Banco Mundial.
- Díaz R (2002) "Descentralización y participación ciudadana en salud". *El Comercio*, año 163, núm. 84 253, Lima, 25 de junio.
- Díaz-Albertini J (2001) "Capital social, organizaciones de base y el Estado: recuperando los eslabones perdidos de sociabilidad". Ponencia presentada en la conferencia regional Capital Social y Reducción de la Pobreza en América Latina y el Caribe, organizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y la Michigan State University, Santiago de Chile, 24-26 de septiembre.
- Ford Foundation (s.f.) *Globalization, health sector reform, gender and reproductive health*. Globalization Committee Reproductive Health Affinity Group.
- Kliksberg B, Tomasini L (2000) *Capital social y cultura: claves estratégicas para el desarrollo*. Buenos Aires, FCE.
- La Rosa L (1998) "Desarrollo, políticas públicas y salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú". Taller nacional: construcción de políticas públicas. ¿Cómo abogar por la salud de los adolescentes? Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud, 2-4 de diciembre.
- La Rosa L (2001) *Modelos de servicios de atención de salud del adolescente. Estudio de 10 casos en el Perú*. Lima, GTZ-Ministerio de Salud-Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud.
- La Rosa L (2001a) *Reforma sanitaria, promoción de la salud y programas de salud de los adolescentes en la región. Casos de Brasil, Costa Rica y República Dominicana. Estado de la situación y lineamientos estratégicos para la acción*.

- Washington, Organización Panamericana de la Salud-Fundación Kellogg-Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional.
- La Rosa L (2001b) *Servicio diferenciado, servicio diferente. Gestión de la atención de salud de l@s adolescentes y jóvenes en Chile y Perú*. Lima, Ministerio de Salud-Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud-Fundación Ford-Instituto Internacional de Educación.
- La Rosa L (2002) "El capital social, humano y cultural y la promoción de la salud de l@s adolescentes". En: Carrasco M (ed.), *Salud de l@s adolescentes. Inversión social para cerrar brechas de inequidad*. Lima, Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud-Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano-Ministerio de Salud-Congreso de la República.
- La Rosa L (2002a) *Políticas de promoción de la salud y capital social*. Lima, Fundación Ford.
- La Rosa L (2002b) "Promoción de la salud. Reflexiones para una agenda básica en adolescencia y juventud". En: Carrasco M (ed.), *Salud de l@s adolescentes. Inversión social para cerrar brechas de inequidad*. Lima, Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud-Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano-Ministerio de Salud-Congreso de la República.
- La Rosa L (2003) *Políticas de cogestión de servicios públicos para adolescentes y jóvenes: un camino a la participación ciudadana*. Lima, Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud-Organización Panamericana de la Salud-GTZ.
- Langer A, Nigenda G (2000) *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y El Caribe: desafíos y oportunidades*. México, Population Council-Instituto Nacional de Salud Pública-Banco Interamericano de Desarrollo.
- Mariátegui JC (1925) *Peruanicemos al Perú*. Madrid.
- Martinic S (1999) *La construcción social de las reformas educativas y de salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo-International Development Research Center. Disponible en: <http://www.clad.org.ve/rev18/martinic.pdf>
- Ministerio de Planificación y Cooperación (1999) "Metodología de análisis de políticas públicas: conceptos y criterios". Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud (1997) "Seminario Internacional: Reforma del Sector Salud". Lima, Perú.
- Ministerio de Salud (1998) "Salud II. Segunda etapa del proceso de reforma del sector salud. Documento preliminar". Lima, Perú.
- Ministerio de Salud (2000) "Marco lógico y plan operativo 2000. Programa de Salud Escolar y Adolescente". Lima, Perú.

- Ministerio de Salud (2001) "Plan Nacional para la Atención Preventiva y Promocional de Salud del Escolar y Adolescente 2001-2006. Propuesta". Lima, Perú.
- Ministerio de Salud (2002) "Guía para la implementación del modelo de atención integral en las direcciones de salud". Lima, Perú, DGSP-DEAIS.
- Ministerio de Salud (2002a) Comisión de Alto Nivel encargada de reiniciar el proceso de organización del Sistema Nacional de Salud, Informe final. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud (2002b) "El seguro integral de salud". Lima, Perú.
- Ministerio de Salud (s.f.) "El desafío del cambio de milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de política de Salud 1995-2000". Lima, Perú.
- Ministerio de Salud (s.f.) "Resumen ejecutivo de la acción compartida". Documento mimeografiado. Perú, Minsa-PAAG-SBPT-AC.
- Mintzberg H (1999) "Gestionar el gobierno, gobernar la gestión". En: Losada C (ed.), *¿De burócratas a gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado*. Washington, DC, Banco Interamericano de Desarrollo.
- MSP-IESS-ISSP-REDSP (1999) *Salud Pública. Educación y reforma. Memorias del Seminario taller Funciones esenciales de la salud pública: retos para el desarrollo de los recursos humanos frente a la reforma sectorial*. Quito, Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud (1986) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Canadá.
- Organización Mundial de la Salud (1997) *Declaración de Yakarta, Indonesia*. 21-25 de julio.
- Organización Panamericana de la Salud (1997a) *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud*. Washington, DC. Disponible en: <http://165.158.1.110/spanish/hsp/hsppr1.htm>
- Organización Panamericana de la Salud (1999) "Perfiles de los sistemas de servicios de salud en los países de la región. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud". División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud (1999a) *Hacia la definición de una agenda para salud en los procesos de globalización económica*. Washington, DC.
- PAAG-SBPT-AC (2000) "Resolución ministerial núm. 176-2000-SADM. Normas para la aplicación del decreto supremo núm. 01-94-SA: Administración Compartida Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS)". Lima, 23 de mayo.

- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (1999) *Informe sobre desarrollo humano 1999*. Ediciones Mundi-Prensa.
- Putnam R (2000) "Capital social y servicio juvenil". En: *Informe del Taller mundial sobre la participación juvenil como una estrategia para el desarrollo social, económico y democrático*. San José de Costa Rica, Fundación Ford.
- Ríos R de los (1993) "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción". En: *Género, mujer y salud en las Américas*. EUA, Organización Panamericana de la Salud.
- Salazar F, Carrasco V, Arroyo J, Mendoza W (1999) *El Programa de Salud Básica para Todos y los Comités Locales de Administración de Salud: dos modelos de reforma para la red periférica. Perú 1994-1996*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud.
- Sen A (1989) *Sobre ética y economía*. Madrid, Alianza Editorial, versión de Ángeles Conde.
- Sen A (1995) *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid, Alianza Editorial.
- Sen A (1997) "Capital humano y capacidad humana". Foro de Economía Política. En: *World Development*, diciembre, traducción de Clara Ramírez.
- Sen A (2000) *Desarrollo y libertad*. Buenos Aires, Editorial Planeta Argentina.
- Sojo A (2002) *Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*. Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- Tanaka M (2001) *Participación popular en políticas sociales. Cuándo puede ser democrática y eficiente y cuándo todo lo contrario*. Lima, Consorcio de Investigación Económica y Social, Colección Mínima.
- Tejada de Rivero D (2002) "La salud como un derecho humano o el derecho de todos a la salud". En: Carrasco M (ed.), *Salud de 1@s adolescentes. Inversión social para cerrar brechas de inequidad*. Lima, Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud-Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano-Ministerio de Salud-Congreso de la República.
- Touraine A (1997) *¿Podremos vivir juntos?* México, Fondo de Cultura Económica.
- Valle G, Soto R, Monteagudo LM, Espínola L, Laurent A (s.f.) *Salud y comunidad. CLAS: una experiencia compartida*. Perú, Centro Guaman Poma de Ayala.
- Zauzich MC (2000) *Perú: política de población y derechos humanos. Campañas de esterilización 1996-1998*. Lima, Deutsche Kommission Justitia et Pax.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA EN COLOMBIA: UNA MIRADA DESDE EL ÁMBITO LOCAL

*Ana Cristina González Vélez*¹

INTRODUCCIÓN

La persistencia de un enorme porcentaje de población sin ningún tipo de afiliación a servicios de salud, el empobrecimiento de la red hospitalaria pública y el rezago de mujeres con menor educación en relación con algunos indicadores de salud sexual y reproductiva (SSR) producen un panorama en el que se hace necesario profundizar en el conocimiento de los efectos de la reforma sobre los programas de SSR y en los múltiples obstáculos enfrentados por mujeres *vinculadas* para el acceso al servicio.²

Esta situación cobra particular importancia si se tiene en cuenta –como ya se ha sugerido en la literatura– que es en los ámbitos locales donde deben desarrollarse programas de SSR que expresen los compromisos adquiridos en las agendas de El

1 Este trabajo es el resultado de una investigación realizada en el departamento de Risaralda, Colombia, entre los años 2001 y 2002, la cual fue llevada a cabo desde la Corporación Sisma Mujer por la autora de este texto (investigadora principal) y Fabiana Betancourt (asistente de investigación) en el marco de VINREPLAC.

2 De acuerdo con la Ley 100 los *vinculados* y las *vinculadas* al Sistema son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago, y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tendrán derecho a los servicios de atención de la salud que prestan las instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado. Se destaca que los y las *vinculados* son considerados en esta ley como una figura transitoria.

Cairo y Beijing. Además, que es precisamente ahí donde por lo general se desconoce el grado de prioridad que les han dado los gobernantes, así como el rango de participación de las mujeres y de la comunidad en la definición de los servicios y el establecimiento de prioridades. A esto se suma el hecho de que en Colombia la información disponible acerca de la situación de la SSR de la población pobre no asegurada es incipiente, por lo que la investigación sobre una experiencia local desarrollada en el departamento de Risaralda, que aquí se presenta, bien puede aportar respuestas a las necesidades del orden nacional.

Colombia caracteriza uno de los tres modelos paradigmáticos de la región en el tema de SSR, de acuerdo con el cual se instauró el régimen subsidiado para la población pobre, que incluye parcialmente los beneficios del régimen contributivo (la idea es alcanzar progresivamente los de este último). Aun así, deja fuera de los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y del Plan Obligatorio de Servicios (POS) a un porcentaje significativo de la población –la *vinculada* o pobre no asegurada– que debe someterse a la prestación por parte de una red hospitalaria cada vez más empobrecida.

Cuando se gestó la ampliación del mercado de los servicios de salud, las instituciones que entraron a competir estaban en distintas condiciones; se conformó entonces un mercado imperfecto, que produce todo tipo de inequidades e ineficiencias en la asignación de los recursos y la selección adversa de quienes más necesitan los servicios de salud, es decir, la población con más alto riesgo y menores ingresos; para nuestro caso, la población pobre no asegurada. Este comienzo inequitativo desde la formulación (1993) y puesta en marcha (1996) de la Ley 100³ ha generado diversas problemáticas que se expresan

3 La Ley 100 de 1993 modificó el sistema de salud en Colombia con el propósito de establecer las bases para un sistema más sólido, tanto en la efectividad de las acciones en salud y la garantía de las prestaciones económicas, como en el mejoramiento del acceso a los servicios y la ampliación de la cobertura a toda la población. Dicha ley estableció un sistema fundamentado en la solidaridad, según el cual la población con capacidad de pago aporta una parte de sus recursos, no sólo para la prestación de sus propios servicios de salud, sino también para garantizar que la población pobre sin capacidad de pago reciba servicios básicos de

en el incumplimiento de los principios básicos de la reforma: universalidad, solidaridad, participación, obligatoriedad, eficiencia, calidad, equidad e integralidad.

Finalmente, el gasto en servicios de salud en Latinoamérica refleja que existe una limitada participación del sector público, a diferencia de lo que ocurre en otras regiones del mundo. A esto se suma el hecho preocupante de que dicho gasto se está reemplazando por aportes de los hogares. Baste señalar, como ejemplo, que dos terceras partes del gasto privado provinieron de desembolsos de los hogares en la compra de servicios de salud. Esta situación tiene el potencial de imponer barreras adicionales a las ya existentes para el acceso a los servicios de salud.

METODOLOGÍA

El objetivo general de esta investigación fue identificar los obstáculos o barreras económicas, culturales, sociales e institucionales percibidas por las mujeres de Risaralda que forman parte de la población pobre no afiliada al SGSSS, en relación con la satisfacción de sus necesidades de SSR. Esto se llevó a cabo a través de la exploración en los servicios de acuerdo con los distintos niveles de atención del Sistema (primario, secundario y terciario) y desde un enfoque de género.

De acuerdo con el objetivo planteado, se realizó una investigación descriptiva de tipo mixto (cualitativo y cuantitativo) con 138 mujeres pertenecientes a la población pobre no asegurada (mujeres usuarias de diferentes servicios: consulta médica de ginecología, urgencias y hospitalización) y en los tres niveles de atención.

La muestra del estudio es aleatoria y se definió según los siguientes criterios: pertenecer a la población pobre no asegura-

salud a través del esquema de subsidios a la demanda. La reforma cambió la orientación de los subsidios, que antes se otorgaban a la oferta y ahora se aplican a la demanda. Los objetivos iniciales de la Ley 100 fueron lograr la cobertura universal de la población y ofrecer un plan de beneficios equitativo para todos con acceso a diferentes niveles de atención.

da, tener entre 15 y 55 años, y acudir a consulta en algún servicio de SSR. La conformación de la muestra se hizo a partir de un censo efectuado durante 15 días en tres hospitales representativos de la región: Apía, La Virginia y Pereira.

Para la recolección de la información se realizaron entrevistas con gerentes, se recabó información proveniente de fuentes secundarias y se organizaron grupos focales y entrevistas estructuradas con mujeres usuarias. Estos dos últimos instrumentos fueron los primordiales en la obtención de información. Los temas de la entrevista estructurada que se aplicó a las 138 mujeres se organizaron en seis grandes grupos: datos personales, historia ocupacional, situación socioeconómica, afiliación al SGSSS, percepción, conocimiento y uso de los servicios de salud y SSR. Los grupos focales se realizaron para profundizar en algunos aspectos que fueron arrojados por el instrumento cerrado.

Para comprender las barreras u obstáculos que la población pobre no asegurada –y particularmente las mujeres– enfrenta en relación con la satisfacción de sus necesidades en SSR, es necesario considerar un marco conceptual en el que se desarrollan tanto los principales aspectos teóricos de los procesos de reforma del sector salud, como los de la SSR. Dichos obstáculos pueden ser socioculturales, institucionales, geográficos, económicos o de otro tipo. Las agendas de reforma del sector y de SSR deben entenderse a partir de los elementos conceptuales de justicia social, derechos humanos y equidad de género, en tanto se les considera como el marco desde el cual es posible contribuir a la comprensión y superación de los obstáculos que debe enfrentar la población pobre no asegurada en materia de SSR.

RESULTADOS

Características generales de las entrevistadas

En total se entrevistó a 138 mujeres en los tres hospitales del estudio: 35 en el Hospital San Vicente de Paul del municipio de Apía, de primer nivel de atención (25.4% de la muestra); otras 35 en el Hospital San Pedro y San Pablo del municipio

de La Virginia, de segundo nivel de atención (25.4%) y 68 mujeres en el Hospital Universitario San Jorge del municipio de Pereira, de tercer nivel de atención (49.3%).

En relación con la edad, 71 de las mujeres entrevistadas tenían entre 15 y 24 años; 49 mujeres, entre 25 y 40 años, y las 18 mujeres restantes estaban en el rango de 41 a 55 años. El mayor número de entrevistas se realizó en el servicio de consulta externa (53%), seguido de las efectuadas en el servicio de hospitalización (42%), mientras en urgencias sólo se entrevistó a 2.1%, lo que se atribuye a la dificultad de realizar entrevistas en este último servicio. La gran mayoría de las mujeres entrevistadas pertenecía a la población urbana (70.3%) y el resto a la zona rural.

Aspectos sociodemográficos

Más de dos terceras partes de las mujeres entrevistadas (67.4%) habían cursado la educación primaria; 31.9% alcanzó a estudiar algún grado de bachillerato y ninguna de ellas logró acceder a la educación superior. En cuanto a su estrato socioeconómico, 39.1% de las mujeres desconocía a cual pertenece; 30.4% dijo formar parte del estrato socioeconómico 1 (bajo-bajo), 23.2% del estrato 2 (bajo) y 5.1% del estrato 3 (medio-bajo).⁴

Situación socioeconómica

Historia ocupacional

En relación con su actividad económica, un porcentaje amplio de las mujeres informó que no trabajaba en el momento de la

4 La estratificación se realiza para caracterizar a la población por sectores, de acuerdo con parámetros socioeconómicos definidos que se utilizan para establecer, entre otros, el cobro de los servicios públicos (agua, luz, alcantarillado, teléfono) y para asignar subsidios, que en el caso de la salud son los del régimen subsidiado. El 1 corresponde a sectores muy pobres y se cataloga como *estrato bajo-bajo*, el 2 caracteriza al *estrato bajo*, el 3 al *estrato medio-bajo*, el 4 al *estrato medio*, el 5 al *estrato medio-alto* y el 6 al *estrato alto*.

entrevista (61.6%) y sólo 38.4% reportó que tenía algún trabajo. Del total de mujeres trabajadoras, la mayoría se ocupaba en oficios varios (43%) y labores de aseo (19%). Entre las que trabajaban se encontró que 92.5% percibía menos de un salario mínimo (alrededor de 100 dólares estadounidenses).

Casi la totalidad de las entrevistadas (97%) dependía económicamente de otra persona, incluso aquellas que trabajaban fuera del hogar. El ingreso salarial de la persona de quien dependían era, en casi todos los casos, inferior a dos salarios mínimos, y cerca de 80% recibía menos de un salario mínimo. En su mayoría (37.7%), los gastos del hogar eran asumidos por los compañeros de las mujeres o por otro familiar. Sólo 14.5% de las entrevistadas asumía en forma exclusiva los gastos del hogar.

Gastos de bolsillo en los hogares

Con el fin de conocer las prioridades que existían dentro de los hogares en el momento de decidir los gastos, se construyó una escala basada en la percepción que tienen las mujeres sobre la importancia de distintas necesidades. Con este propósito se les solicitó que calificaran, en orden de importancia de 1 a 6 (siendo 1 el más importante), los gastos reales en sus hogares.

En general, el gasto real más importante lo constituye la alimentación (calificación promedio 1.7), seguido del pago de gastos de vivienda (2.3)⁵ y el transporte (4.2). El estudio y la salud (con calificación de 4.4 cada uno), junto con el vestuario (4.6), son considerados gastos menos importantes (cuadro 1).

Se observa que un porcentaje muy bajo (8%) destina de manera rutinaria dinero para la salud. La mayoría (57.2%) respondió que no invertía dinero para este gasto y 34.8% dijo que lo hacía a veces, cuando se veía en la obligación de hacerlo debido a alguna eventualidad en su salud o en la de sus familiares (en especial cuando se enferman los hijos). Del dinero que se gasta en salud, el mayor porcentaje lo constituye la compra de medicinas (63.7%), seguido de los gastos en exámenes (18.1%), consultas médicas (9.4%) y citas con espe-

5 Los gastos de vivienda incluyen el arrendamiento, los servicios, etcétera.

CUADRO 1

LA SALUD OCUPA EL CUARTO LUGAR ENTRE LOS GASTOS QUE SE CONSIDERAN PRIORITARIOS EN LOS HOGARES*

Rubros de gasto	Hospital			Edad			Promedio
	San Vicente de Paul	San Pedro y San Pablo	San Jorge	15-24	25-40	41-55	
Gastos de vivienda	4.4	2.1	1.3	2.3	2.5	1.4	2.3
Alimentación	1.2	1.8	1.9	1.7	1.6	1.9	1.7
Transporte	4.5	5.0	3.7	4.3	4.2	4.1	4.2
Estudio	3.5	5.1	4.4	4.5	4.3	3.8	4.4
Salud	2.8	3.7	5.7	4.3	4.4	4.9	4.4
Vestuario	4.5	5.7	4.2	4.6	4.5	4.9	4.6

* Importancia que se otorga en los hogares a los diversos gastos, por hospital y por edad de las entrevistadas. Importancia: 1 = más importante; 6 = menos importante.

cialistas (0.7%). Una gran proporción de las mujeres (92.8%) dijo que estos gastos afectaban enormemente su presupuesto mensual. Esta situación es más evidente en la medida en que aumenta el nivel de complejidad en la atención.

Papeles sexuales, relaciones de poder y género

Trabajo doméstico

Todas las entrevistadas afirmaron que trabajaban en actividades domésticas en su hogar. Sólo una mujer dijo haber recibido algún tipo de reconocimiento económico por dichas labores. En cuanto a la realización de tareas domésticas fuera del hogar, 18.8% respondió que sí las llevaba a cabo. Sin embargo, sólo 56.3% de ellas recibía algún tipo de pago por este trabajo.

Concepciones sobre el tiempo libre

En general, las mujeres dijeron no tener tiempo libre y se refirieron a éste como un tiempo en el que deben realizar tareas del hogar (47.8%) o cuidar de los hijos (38.4%). Sólo 14.5% habló de descanso y 7.2% informó que practicaba algún deporte.

Cuidado de la salud en los hogares

Casi 55% de las mujeres señaló que vive con su esposo o compañero, ya sea ellos dos solos o en compañía de hijos y otros familiares; 31.9% vive con familiares e hijos y sólo 9.4% vive en compañía de sus hijos; únicamente 2% de las mujeres entrevistadas vive sola.

Con respecto al cuidado de personas enfermas en el hogar, se encontró que 60.1% de las entrevistadas se ocupa personalmente del cuidado de los enfermos, 23.2% respondió que otra mujer era quien los cuidaba, 8% que otro familiar y 7.2% dijo que compartía el cuidado con sus compañeros. Es decir, en 83.3% de los casos son las mujeres las responsables del cuidado de la salud de otras personas en el ámbito del hogar (cuadro 2).

Maltrato

El maltrato intrafamiliar es una situación muy común en el país. La Organización Mundial de la Salud cataloga al maltrato contra la mujer y el menor como un problema importante de salud pública que debe ser atendido en los servicios de salud. Por esta razón quisimos indagar sobre la incidencia de este fenómeno y la atención que se le presta en los servicios de salud.

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas (55.8%) informó que había sufrido alguna vez maltrato físico o psicológico. Entre las mujeres de 41 a 55 años este fenómeno alcanzó cifras de 94.4%; en el grupo de 25 a 40 años el maltrato ascendió a 57.1%, mientras 45.1% de las mujeres más jóvenes reportó haber sufrido maltrato físico o psicológico.

Uso de los servicios

Causas de consulta

La principal causa de consulta por la cual alguna vez las mujeres han acudido a los servicios se relaciona con el embarazo. Dos terceras partes de las mujeres entrevistadas (66.7%) dijo

CUADRO 2
EN MÁS DE 80% DE LOS CASOS LAS MUJERES
SE OCUPAN DEL CUIDADO DE LOS ENFERMOS
EN EL HOGAR*

Persona que cuida a los enfermos	Hospital			Edad			Total
	San Vicente de Paul	San Pedro y San Pablo	San Jorge	15-24	25-40	41-55	
Entrevistada	42.9	65.7	66.2	42.3	71.4	100	60.1
Otra mujer	8.6	31.4	26.5	32.4	18.4	0.0	23.2
Cuidado compartido	17.1	2.9	4.4	9.9	6.1	0.0	7.2
Familiar	25.7	0.0	2.9	14.1	2.0	0.0	8.0
Sin información	5.7	0.0	0.0	1.4	2.0	0.0	1.4

* Persona encargada del cuidado de los enfermos en el hogar, por hospital y por edad de las entrevistadas. Porcentajes.

haber asistido alguna vez a controles del embarazo y una misma proporción había acudido para atención del parto y el puerperio. En relación con otros servicios, 46.4% de las mujeres había ido a consulta para que les realizaran citologías, 21% asistió a consultas de planificación familiar, 11.6% para someterse a colposcopias, 9.4% fue a charlas sobre SSR y 0.7% a consultas sobre infertilidad.

Bien sea que a las mujeres se les pregunte la razón más frecuente por la que acuden a los servicios o los motivos más comunes de consulta en los últimos tres o seis meses, siempre coinciden en señalar que el embarazo, el parto y el puerperio son los más frecuentes. Sólo en muy bajos porcentajes acuden para diagnóstico, prevención y tratamiento de cáncer, enfermedades de transmisión sexual, charlas informativas o por problemas de violencia intrafamiliar (cuadro 3).

Conocimiento de los servicios

El servicio más conocido por las entrevistadas fue la atención del parto (87.7%), seguido de las ecografías (76.8%) y las citologías (71.7%). Entre otros servicios mencionados estuvieron el control prenatal y la colposcopia (cuadro 4).

CUADRO 3
LAS PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA TIENEN RELACIÓN
CON EL EMBARAZO*

Motivo de la consulta	Hospital			Edad			Promedio
	San Vicente de Paul	San Pedro y San Pablo	San Jorge	15-24	25-40	41-55	
Atención del parto y el puerperio	60.0	68.6	69.1	62.0	79.6	50.0	66.7
Control del embarazo	82.9	65.7	58.8	70.4	71.4	38.9	66.7
Charlas sobre SSR	14.3	20.0	1.5	14.1	6.1	0.0	9.4
Colposcopia	11.4	11.4	11.8	0.0	14.3	50.0	11.6
Infertilidad	2.9	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.7
Planificación familiar	51.4	25.7	2.9	19.7	28.6	5.6	21.0
Citología	74.3	48.6	30.9	39.4	51.0	61.1	46.4

* Motivos de la consulta a los servicios de salud sexual y reproductiva, por hospital y por edad de las entrevistadas. Porcentajes.

En general, las mujeres tienen un gran desconocimiento sobre sus derechos como usuarias de los servicios de SSR y esto es más evidente en los que tienen que ver con la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Calidad

Indicadores subjetivos

Cuando se indaga por los indicadores subjetivos de la calidad de los servicios de salud, puede observarse que entre las usuarias hay una percepción positiva sobre éstos: 100% de las mujeres señaló que la atención le había parecido buena y 99.3% dijo haber recibido un trato cordial. En el otro extremo, sólo 0.7% afirmó que no había recibido un trato cordial.

Indicadores objetivos

La proporción de mujeres que dijo no haber recibido ninguna explicación fue de 17.4%. En el hospital de primer nivel esta proporción alcanzó 20%, mientras que en el hospital de se-

CUADRO 4
LOS SERVICIOS QUE MÁS CONOCEN LAS MUJERES SE RELACIONAN
CON EL PARTO Y EL EMBARAZO*

Servicios que conoce	Hospital			Edad			Promedio
	San Vicente de Paul	San Pedro y San Pablo	San Jorge	15-24	25-40	41-55	
Planificación familiar	80.0	80.0	36.8	56.3	57.1	72.2	58.7
Control prenatal con vacuna	82.9	80.0	29.4	56.3	61.2	38.9	55.8
Control prenatal sin vacuna	54.3	82.9	63.2	74.6	59.2	50.0	65.9
Atención del parto	97.1	94.3	79.4	93.0	85.7	72.2	87.7
Parto	68.6	77.1	47.1	63.4	57.1	55.6	60.1
Ecografía	91.4	80.0	67.6	76.1	81.6	66.7	76.8
Citología	91.4	85.7	54.4	63.4	73.5	100	71.7
Colposcopia	25.7	25.7	17.6	9.9	20.4	72.2	21.7
Prevención de enfermedades de transmisión sexual	40.0	31.4	4.4	23.9	16.3	16.7	20.3
Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual	31.4	17.1	4.4	19.7	8.2	11.1	14.5
Prevención de VIH/SIDA	37.1	34.3	4.4	26.8	14.3	11.1	20.3
Tratamiento de VIH/SIDA	8.6	20.0	2.9	8.5	8.2	11.1	8.7
Mamografía	11.4	8.6	4.4	7.0	4.1	16.7	7.2
Consulta por menopausia	8.6	25.7	1.5	8.5	8.2	16.7	9.4
Consulta ginecológica	5.7	31.4	14.7	8.5	18.4	44.4	16.7
Infertilidad	5.7	20.0	4.4	7.0	6.1	22.2	8.7
Violencia intrafamiliar	11.4	20.0	1.5	8.5	10.2	5.6	8.7
Anticonceptivos	40.0	28.6	5.9	19.7	24.5	11.1	20.3
Medicamentos	88.6	31.4	10.3	36.6	36.7	27.8	35.5
Charlas informativas	54.3	25.7	1.5	23.9	20.4	11.1	21.0

* Servicios de salud sexual y reproductiva que más conocen las mujeres, por hospital y por edad de las entrevistadas. Porcentajes.

gundo nivel fue de 17.1% y en el de tercer nivel, de 16.2%. Con respecto al tipo de información que se les proporcionó, 58.7% aseguró haber recibido explicación sobre el procedi-

miento, 33.3% acerca del examen médico y 17.4 % en relación con el uso de medicamentos.

Obstáculos para el uso de los servicios de salud

La falta de dinero (79%), la distancia del hospital (18.8%) y la creencia de que no se trataba de un problema grave (12.3%) fueron las principales razones que, de acuerdo con las entrevistadas, les han impedido asistir a consulta. Otros obstáculos fueron: problemas en el hogar (5.8%), horarios del hospital que no se adecuan a sus posibilidades (5.1%), no les gusta el médico (4.3%), la atención no es buena (2.2%) y el conflicto armado (0.7%) (cuadro 5).

Del total de mujeres que han acudido para control del embarazo y atención del parto, menos de 35% ha estado en condiciones de liquidar dichos servicios. Sólo 14.5% ha podido pagar por la planificación familiar, 3.6% por las charlas y 2.9% por la colposcopia. Puede afirmarse que menos de 40% de las mujeres que alguna vez asistieron al servicio han pagado por el mismo. Entre los motivos que las mujeres adujeron para no haberlos utilizado están: la falta de dinero para la consulta (65.3%), la falta de dinero para pagar los exámenes (36.8%), la falta de dinero para comprar las medicinas (31.6%), sólo van en casos de extrema gravedad (12.6%) o es muy difícil conseguir el *ficho*(12.6%).⁶

En cuanto a los obstáculos que las usuarias reportan haber tenido en sus hogares para asistir a consulta destaca la obligación de cuidar a los hijos (17.4%). La décima parte (10.9%) no fue a consulta porque debía hacer las tareas del hogar, a 5.8% le dijeron en su casa que su malestar no era importante y 5.8% no acudió al servicio porque debía atender a su esposo.

6 *Fichoes* el nombre común que se le da en la zona a una tarjeta numerada que se entrega en algunos hospitales a las personas que pertenecen a la población pobre no asegurada, a fin de regular el cupo diario como medida de ajuste al presupuesto destinado a la atención de dicha población.

CUADRO 5
EL PRINCIPAL OBSTÁCULO PARA ACUDIR A CONSULTA
ES LA FALTA DE DINERO*

Obstáculos para acudir a consulta	Hospital			Edad			Promedio
	San Vicente de Paul	San Pedro y San Pablo	San Jorge	15-24	25-40	41-55	
Dificultad para conseguir dinero	60.0	71.4	92.6	77.5	77.6	88.9	79.0
Distancia del hospital	40.0	17.1	8.8	23.9	16.3	5.6	18.8
Problemas en el hogar	11.4	8.6	1.5	4.2	8.2	5.6	5.8
Horarios del hospital	8.6	2.9	4.4	5.6	4.1	5.6	5.1
No le gusta el médico	11.4	2.9	1.5	7.0	2.0	0.0	4.3
La atención no es buena	5.7	0.0	1.5	2.8	2.0	0.0	2.2
No era grave el problema	40.0	2.9	2.9	16.9	8.2	5.6	12.3
Conflicto armado	2.9	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	0.7

* Principales obstáculos para acudir a consulta a los servicios de salud sexual y reproductiva, por hospital y por edad de las entrevistadas. Porcentajes.

Derechos en salud

Derecho a la información

En general, las mujeres reportaron que no habían recibido información alguna en el hospital. Sólo 10.1% señaló que le habían ofrecido indicaciones sobre los servicios, 8.7% acerca de los horarios y los costos, 5.1% con respecto a sus derechos y 0.7% obtuvo información relativa a los cuidados de la salud. En 51.3% de los casos la información fue suministrada a las usuarias en el hospital durante la consulta y en 7.7% en el barrio o vereda por una promotora de salud. Se podría afirmar que es en el hospital de primer nivel donde las usuarias reciben mayor información, la cual se concentra en los temas de costos, horarios y servicios.

Asociaciones de usuarios

Las asociaciones de usuarios son instancias reglamentadas por la ley que deberían constituirse en el mecanismo de participación comunitaria por excelencia de la ciudadanía dentro del SGSSS. Sin embargo, al preguntar a las usuarias por estas asociaciones, se encontró que 95.7% no había escuchado nunca hablar de ellas y 100% de las mujeres en los diversos grupos étnicos y en los distintos niveles de atención informó que nunca había participado en la asociación de usuarios.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Pobreza y reforma del sector: obstáculos económicos

Historia ocupacional y situación socioeconómica de las mujeres

La pobreza, en su noción de carencia o insatisfacción de necesidades básicas, se refiere a la falta de los ingresos necesarios para adquirir los bienes y servicios esenciales para vivir. Así, una persona se considera pobre cuando su volumen de ingresos es inferior a una línea de pobreza o cuando es incapaz de obtener un patrón mínimo de vida en términos de nutrición, vivienda, salud, vestuario y otras necesidades.

La situación de las mujeres de este estudio configura un perfil de población particularmente vulnerable y pobre. Esta vulnerabilidad se deriva de la falta de oportunidades de trabajo, la escasa participación en el mercado laboral, la pertenencia a sectores informales de la economía, los reducidos ingresos, el elevado grado de dependencia económica (del cónyuge o de otras personas), los bajos niveles en el estrato socioeconómico y la limitada preparación escolar. Este último factor es especialmente importante si se tiene en cuenta que los conocimientos y los recursos económicos cambian de acuerdo con el grado de escolaridad.⁷ La pobreza en estas circunstancias se

7 "El nivel de educación de la población es uno de los factores más frecuentemente usados en los análisis socio-demográficos, por su influencia sobre la conducta

expresa en el ámbito de la SSR mediante problemas como la mayor incidencia de enfermedades que se pueden prevenir (cáncer de mama o de cuello del útero), la elevada mortalidad materna y las altas tasas de fecundidad, entre otras. Esta situación se torna aún más preocupante si se considera, por ejemplo, que el acceso al diagnóstico definitivo de cáncer de cuello uterino y a la esterilización es más difícil entre la población pobre no asegurada.

Niveles de pobreza y gastos en salud en el hogar

Si se considera que los ingresos de esta población son extremadamente bajos, es claro que la forma en la que se distribuye el dinero en los hogares y la jerarquía en la escala de gastos refleja una búsqueda por la supervivencia más que una forma real de satisfacer necesidades y crear condiciones para mejorar la calidad de vida. Por esto, cuando a las mujeres se les preguntó sobre la manera como distribuyen los ingresos en su hogar, según el tipo de gasto, se pudo constatar la relevancia de la alimentación y la vivienda, mientras que la salud y la educación son los menos importantes.

Por otro lado, las variaciones que se observaron en la importancia atribuida a los gastos de acuerdo con el nivel de atención del hospital, y el hecho de que la salud sea un gasto al que en general se le asigna poca relevancia (es más importante entre las usuarias del primer nivel) podrían tener que ver con las posibilidades “reales” de pago en estos niveles y no con una falta de valoración de la salud como un bien. Pareciera que a medida que los costos de los servicios de salud aumentan como consecuencia de la mayor complejidad de los problemas, cubrir el gasto real se hace más inalcanzable y por ello deja de ser prioridad dentro del presupuesto familiar.

Adicionalmente, en todos los niveles, y en general por todos los servicios, se está generando algún tipo de costo para

reproductiva y el uso de la anticoncepción” (Profamilia, 1995). La mayoría de los estudios multivariados encuentra una relación inversa entre la educación de la mujer y su fecundidad.

las mujeres, de tal modo que la existencia de las cuotas moderadoras o copagos implica una exclusión cada vez más evidente desde los servicios que atienden población pobre no asegurada, incluidos aquellos que se suponen gratuitos por formar parte de la atención primaria.⁸ A manera de hipótesis, se puede afirmar que la importancia de los gastos no depende tanto de la valoración que se les da a las distintas necesidades, sino de los ingresos familiares y de la situación de pobreza que obliga a asumir los gastos más inmediatos o urgentes. Esta situación es especialmente preocupante si se considera que aunque la Ley 100 ha considerado a la población pobre no asegurada como una figura transitoria mientras se alcanza la cobertura universal, no se ha regulado adecuadamente la prestación de los servicios a esta franja de población más allá de afirmar que la atención se hará a través de la red hospitalaria pública por la vía de recursos de oferta.

Del dinero que se gasta en salud, el mayor porcentaje se asigna a la compra de medicamentos, el pago de exámenes de laboratorio y la consulta con especialistas.

Este panorama del gasto de las mujeres en salud podría evidenciar un problema estructural de las reformas del sector salud en la región (entre las que se incluye la reforma colombiana), pues en general muestra una preocupación excesiva por los problemas derivados de la institucionalidad del sector –tales como la afiliación–, a la vez que enfatiza menos en las necesidades específicas de los grupos de población y en las relaciones de poder que les subyacen. Esto ha generado un mayor énfasis en la atención, que podría ubicar de forma marginal los programas integrales de SSR fundamentalmente basados en la promoción y la prevención. A esto se suma que en la región la mayor parte del gasto en salud (72%) tiene orientación curativa, tal y como se aprecia en los resultados cuando se detallan los gastos mayoritarios que las mujeres hacen en salud.

Estas mujeres y aquéllas cuyas características les sean comunes, se encuentran claramente dentro de la pobreza, no

8 Esto sucede, por ejemplo, cuando una usuaria asiste a control prenatal pero presenta alguna enfermedad, con lo cual la atención deja de ser gratuita.

sólo en relación con la deficiencia en el consumo o en el acceso a necesidades tales como la salud, sino también por la falta de desarrollo de capacidades. Así, hay pobreza en tanto no existen condiciones para acceder y lograr la salud de una manera integral ni las oportunidades para el desarrollo, las cuales tienen que ver con dimensiones tales como la del conocimiento (educación como una oportunidad para no ser excluido) y un nivel de vida digno. Ambos aspectos están fuera del alcance de estas mujeres con bajos grados de escolaridad, escasas oportunidades y acceso precario a los servicios.

Ciudadanía y SSR en el marco de la Ley 100: obstáculos socioculturales

El concepto de *ciudadanía en salud* tiene que ver con la conciencia de derechos relativos al ámbito de la salud y la existencia de condiciones para su ejercicio y demanda, en tanto que uno de los rasgos de la ciudadanía moderna es la igualdad formal de derechos. Tiene relación, además, con el logro de una serie de condiciones que permitan su ejercicio, tales como la existencia de información y el conocimiento, e incluye, igualmente, la participación y el control social ejercido por la ciudadanía mediante el uso de los mecanismos existentes para tal fin.

Conocimiento del SGSSS

El acceso a la información es una condición elemental para el ejercicio de la ciudadanía. Las mujeres que participaron en esta investigación, además de sufrir los perjuicios derivados de la pobreza en que viven, cuentan apenas con condiciones mínimas para el ejercicio de sus derechos, debido a que la información que poseen sobre el sistema es bastante escasa. Esto se expresa, por ejemplo, en los elevados porcentajes de mujeres que no tienen información sobre el régimen subsidiado (más de 65% en el hospital de primer nivel) o que en general no saben que existe el SGSSS. Adicionalmente, la calidad de esta información también es deficiente.

Conocimiento de los derechos en el campo de la salud

En general, las mujeres desconocen sus derechos en relación con los servicios de SSR, salvo aquellos que tienen que ver con la atención durante la gestación, el parto y el posparto. Este hecho demuestra el énfasis que se otorga desde la atención a los servicios clásicos de salud reproductiva, lo que coloca en un segundo plano a otros aspectos de la misma, tales como la prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, la atención a los adolescentes, las consultas sobre la menopausia o acerca de la violencia contra las mujeres, entre otros. Esto explica, en parte, que los servicios más conocidos sean los relativos al parto. Además, refleja que los grados de conocimiento se asocian con la experiencia de la reproducción en la vida de la mayoría de las mujeres.

Esta mirada de las instituciones se reafirma en las entrevistas con gerentes de los hospitales, que se llevaron a cabo en el marco de esta investigación. Éstos reconocen, por ejemplo, que la SSR no ha sido un tema prioritario en los servicios, que se trata de un concepto incorporado en fecha reciente (llegaron a afirmar, incluso, que el proyecto ha sido un espacio para la divulgación del tema) y que distintas acciones de SSR son de más difícil acceso para la población pobre no asegurada.⁹ Por último, la conciencia que tienen las mujeres sobre sus derechos se deriva de alguna experiencia negativa en el ejercicio de los mismos; es decir, las mujeres tienen más claridad sobre aquello a lo que no tienen derecho.

Derecho a la información sobre mecanismos de participación

Al indagar por las asociaciones de usuarios, casi la totalidad de las entrevistadas afirmó que nunca había escuchado hablar sobre esos organismos, y el mismo porcentaje dijo que jamás había participado en ellos. Aunque la mayoría considera que es

⁹ Se mencionan, por ejemplo, la colposcopia, los métodos anticonceptivos, los tratamientos de infertilidad, el tratamiento del VIH, la atención a la violencia intrafamiliar, las mamografías, etcétera.

tas instancias sirven para resolver problemas, un porcentaje considerable opina que no es así (25%). Lo que resulta indudable es que el desconocimiento constituye un obstáculo básico para la participación. Por su parte, cuando las mujeres llegan a utilizar los mecanismos para quejas o reclamaciones –lo cual sucede en muy bajos porcentajes–, lo habitual es que no reciban solución alguna. Las mujeres reconocen que no recurren a estos mecanismos, más que por falta de motivos para reclamar, porque consideran inútil la labor de denuncia y porque prefieren evitar las confrontaciones, pues de todos modos deben seguir acudiendo al servicio y temen que si presentan denuncias formales posteriormente pueden sufrir represalias.

Igualmente, las mujeres admiten que no han recibido ninguna información por parte del hospital sobre los derechos, los servicios, los horarios, los costos y los cuidados de la salud, entre otros. En síntesis, tanto la deficiente información específica sobre derechos (mecanismos de participación, formas de afiliación, plan de servicios, entre otros), como la falta de conocimiento acerca de los servicios y su funcionamiento, además de la ausencia de una mirada comprensiva sobre la SSR, son situaciones constantes entre las mujeres del estudio y revelan que en términos de ciudadanía la aplicación de la ley en el contexto de la descentralización tiene a la SSR en un lugar secundario, al menos desde una mirada integral.

Relaciones de poder y de género: una expresión de los obstáculos culturales

Los indicadores de género permiten analizar la asignación de papeles, las relaciones de poder entre mujeres y hombres, la participación y la división sexual del trabajo y sus implicaciones, así como los aspectos construidos socialmente en oposición a los determinados biológicamente, y las ventajas y desventajas que esto genera.

Relaciones de poder y gasto familiar

Las relaciones jerárquicas entre mujeres y hombres en el hogar y los procesos de toma de decisiones que se derivan de la división sexual del trabajo, y especialmente de la generación de ingresos, constituyen una vieja discusión en los análisis de género. Sin embargo, es útil explorar esta situación en el ámbito de la salud, dada la importancia que tienen las mujeres en la producción de salud en el hogar (por ser cuidadoras y responsables de la salud de los otros), para entender cómo es el gasto del hogar, su influencia en la inversión en salud y las relaciones de poder que allí se establecen.

Como se desprende de los resultados de esta investigación, en la mayoría de los hogares de las mujeres entrevistadas los gastos son asumidos por sus compañeros o por otras personas (familiares) de las que ellas dependen. Un mínimo porcentaje de las mujeres se hace cargo en forma exclusiva de los gastos del hogar. En general, los hombres son quienes realizan los mayores desembolsos, y los grados de dependencia económica de las mujeres son tremendamente elevados. Esta situación explica por qué menos de la mitad de las mujeres comparte la toma de decisiones de los gastos con sus parejas y por qué, en general, las decisiones las toman los hombres u otros familiares. Las decisiones sobre el gasto se hacen de acuerdo con los puntos de vista del proveedor, que es generalmente el hombre, lo que en el caso de la salud y de los asuntos domésticos refleja una situación de inequidad de género. Ésta se deriva del androcentrismo y la marginación femenina que permea las decisiones, pues siendo las mujeres las que desempeñan en forma casi exclusiva las tareas del hogar y, por ende, las que tienen más conocimiento sobre las necesidades en ese ámbito, deberían ser ellas quienes tomaran las decisiones sin sujetarse al proveedor, reconociéndoseles así poder y autonomía.

Trabajo doméstico y concepciones sobre el tiempo libre

Todas las mujeres que participaron en esta investigación desempeñaban tareas domésticas en el propio hogar, indepen-

dientemente de que cumplieran jornadas laborales fuera de casa. Ninguna de ellas recibía retribución por esas labores y, por el contrario, la sola pregunta sobre esta posibilidad ocasionó entre las mujeres sorpresa y risa, pues no existe la concepción de que se pueda obtener dinero o alguna otra forma de reconocimiento por esta actividad. Más aún, entre las mujeres que realizan tareas domésticas fuera del hogar, es decir, que se desempeñan laboralmente en este campo, sólo la mitad percibe alguna forma de pago.

A partir de información adicional aportada por las entrevistadas en esta sección del cuestionario, se pudo establecer que las mujeres que desempeñan oficios domésticos fuera del hogar y que no reciben retribución económica por ello suelen realizarlos como un favor para personas cercanas o como parte de las obligaciones laborales de sus compañeros, especialmente cuando éstos trabajan en el campo. Esta situación confirma el escaso reconocimiento de las labores domésticas, que son desempeñadas casi exclusivamente por las mujeres, y pone en evidencia las consecuencias que dicha situación tiene en el acceso de las mujeres a los sistemas de salud, en detrimento del principio de igualdad en el ingreso (que es otro de los elementos de la equidad de género).

Las responsabilidades de las mujeres sobre lo doméstico se reflejan también en sus concepciones sobre el tiempo libre, las cuales giran en torno a sus obligaciones más que a un verdadero tiempo de relajamiento y descanso. Es así como, en general, las mujeres manifiestan que no tienen tiempo libre, pues éste es un concepto ligado a la remuneración: si no se tiene trabajo, no se tiene tiempo libre, y el tiempo libre se ocupa en las labores domésticas.

Cuidado de la salud de los otros: ¿papeles sexuales?

Uno de los aspectos más interesantes de los resultados de esta investigación fue la confirmación de un hecho ya sugerido en diversos documentos conceptuales y a través de evidencias empíricas: el papel fundamental que las mujeres tienen como cuidadoras de la salud de *los otros* en el hogar y las repercusio-

nes de esta situación sobre los sistemas de salud, en el sentido de que contribuye a su sostenimiento por la vía del trabajo gratuito y carente de reconocimiento. Casi la totalidad de las mujeres entrevistadas afirma que el cuidado de personas enfermas en el hogar es una tarea desempeñada fundamentalmente por las mujeres (bien sea las mismas entrevistadas o alguna otra mujer), lo que pone en evidencia que los papeles femeninos tradicionales se extienden cada vez a más responsabilidades de la vida social y doméstica.

Esta situación, que refleja con claridad cómo la atención de los enfermos en el hogar es una tarea adicional dentro de los oficios domésticos, se fundamenta en la existencia de una ética femenina basada en el cuidado de los demás, lo que necesariamente acentúa las desigualdades de género por su naturaleza esencialista. Adicionalmente, esta actividad no es reconocida como un trabajo dentro del núcleo familiar ni en los ámbitos social o económico, por lo cual las mujeres que tienen a su cargo personas enfermas no reciben retribución económica ni alguna forma de reconocimiento social por esta labor. Tampoco tienen influencia en la definición de políticas públicas o en la toma de decisiones en el sector ni mayores oportunidades de acceso al servicio.

Por otro lado, esta responsabilidad de las mujeres tiene dos aristas adicionales en el contexto regional. En primer lugar, las pirámides poblacionales de algunos países ya reflejan un envejecimiento de la población, y a la vez el cuidado de la salud en el hogar (de menores, ancianos, personas con discapacidades, etcétera) continúa en manos de mujeres que, por su edad, tendrán cada vez más dificultades para desempeñar esas tareas, lo que se suma al impacto negativo que esta carga adicional tiene sobre la salud de las mujeres.¹⁰ En segundo lugar, las mujeres están participando cada vez más en el mercado laboral y esto implica que cada día resulta más difícil que se ocupen de esta excesiva carga de trabajo en el ámbito doméstico.

10 Observaciones empíricas permiten argumentar que esta extensión de los papeles femeninos a menudo tiene consecuencias sobre la salud de las mujeres, como se ve, por ejemplo, entre aquellas que tienen a su cargo el cuidado de ancianos y personas con discapacidades, pues terminan padeciendo problemas de tipo lumbar.

El hecho de que las mujeres asuman la responsabilidad del cuidado de los demás dentro de su carga doméstica, tácitamente ha sustentado la reducción del aparato del Estado. Debido a la modernización del Estado, el papel que éste desempeña ha llevado a una redefinición de lo público y lo privado. Por eso, al aumento de la pobreza debe sumarse el hecho de que muchas responsabilidades que antes le incumbían al Estado se transfieren a los grupos más pobres. Las familias –y específicamente las mujeres– han asumido funciones y tareas que previamente le correspondían al Estado, los gobiernos o las empresas. En el caso de las mujeres, éstas deben ocuparse cada vez más del cuidado de la salud de todos los otros miembros del hogar.

Estas ideas sugieren una última reflexión: el énfasis en el cuidado de los otros se asocia a menudo con el detrimento de la propia salud, máxime en contextos de pobreza en donde hay que priorizar. En esas circunstancias, las mujeres, sobre la misma base de la *ética del cuidado*, anteponen, lógicamente, la salud de los otros, en especial la de los hijos menores.

Es evidente que los papeles femeninos propician que las mujeres deban enfrentar obstáculos adicionales para acudir a consulta a los servicios de salud. Estas funciones tienen que ver básicamente con las obligaciones de cuidar a los hijos (particularmente los menores de seis años), realizar oficios domésticos o atender al esposo, y la minimización de las dolencias de las mujeres por parte de la familia. Dichos obstáculos, inherentes a una posición de género en el hogar, revelan inequidades derivadas de relaciones de poder desiguales que asignan en forma exclusiva los cuidados del hogar a las mujeres, aun en perjuicio de su salud y su propio bienestar.

Violencia contra las mujeres

Más de la mitad de las entrevistadas afirmó que había sufrido alguna vez maltrato físico o psicológico. Estos porcentajes aumentaron a medida que las mujeres tenían más edad. El maltrato suele provenir de la pareja o cónyuge y, en menor proporción, de algún otro familiar. La mayoría de las mujeres maltratadas nunca ha consultado su caso, y quienes sí lo han

hecho acudieron a instituciones o instancias distintas a los hospitales, incluidos familiares y amigas, con lo que dejaron en la informalidad y en el ámbito privado un problema que desde hace varios años se ha convertido en una preocupación de la esfera pública. Sin embargo, casi la totalidad de las mujeres coincidió en afirmar que sería importante que en los servicios de salud existiera apoyo para este tipo de problemas, especialmente orientado a la asesoría. Estas ideas confirman que las mujeres tienen una clara percepción de que la violencia contra ellas no es un problema importante para los servicios de salud. Consideran, además, que en el hospital debería prestarse atención a los casos de violencia.

Esta situación revela, igualmente, la forma en que “la injusticia cultural, se expresa en el ámbito de la salud a través de la dominación de un modelo que se acompaña del sexismo cultural: la difundida devaluación de aquellas cosas que se codifican como ‘femeninas’ [...] que se expresa en un conjunto de lesiones que sufren las mujeres, entre ellas el ataque sexual, la explotación sexual y la [...] violencia doméstica” (Fraser, 1997).

Los servicios de SSR de cara a la reforma del sector salud: obstáculos institucionales

Esta investigación pone el énfasis en ciertos problemas relacionados con la reproducción y la baja respuesta integral por parte de los servicios dentro del ámbito de la SSR, incluida la marginación de servicios para adolescentes. Este hecho, además, refleja otro aspecto de la subordinación de las mujeres, pues los servicios las consideran población prioritaria sólo en aquellos aspectos de la SSR que tienen que ver con los procesos reproductivos. Esto, a su vez, es una forma de limitar la atención integral a las mujeres, tal como ha sido concebida en las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing, y como debería reflejarse en el marco de las reformas.

Uso de los servicios de salud

La investigación permitió evidenciar la forma como a medida que las mujeres van teniendo más edad y los eventos reproductivos “pasan”, va disminuyendo su asistencia a los servicios de SSR. Esto ocurre también cuando las mujeres utilizan métodos de planificación que son definitivos (donde, asimismo, la preocupación por la reproducción desaparece con la edad). Tal y como lo han reflejado otros estudios, las mujeres esterilizadas casi nunca visitan de nuevo las clínicas de planificación familiar y sus servicios de salud u otros programas de prevención (Vargas, *et al.*, s.f.).

Es así como esta investigación nos ha llevado a plantear una serie de hipótesis sobre la historia del cáncer de cuello uterino en las mujeres pertenecientes a la población pobre no asegurada. Entre aquellas que participaron en la investigación, 3% de las entrevistadas en el hospital de tercer nivel se encontraban hospitalizadas por cáncer del aparato reproductivo, pero casi 7% había acudido a consulta por el mismo motivo en los últimos seis meses. Comentarios al margen de la entrevista realizados por el personal de enfermería permitieron confirmar que del total de mujeres hospitalizadas, al menos tres fallecieron como consecuencia de cáncer de cuello uterino.¹¹

Una mirada inicial a lo que hemos denominado el *vía crucis*¹² del cáncer de cuello uterino nos permite sugerir que se trata de mujeres que no tuvieron posibilidad de acceder al tratamiento definitivo de esta enfermedad por falta de recursos básicamente en el primer y segundo niveles de atención, o incluso que tuvieron un diagnóstico tardío (hay que tomar en cuenta que la realización de citologías vaginales es baja entre esta población, que es particularmente vulnerable a este pade-

11 Se trataba de mujeres menores de 40 años, con estadios avanzados de la enfermedad, que relataron en la entrevista las enormes dificultades que debían enfrentar para lograr el acceso a los servicios de diagnóstico y terapéuticos.

12 La idea de *vía crucis* se ha retomado de una propuesta realizada por el doctor Mahmoud Fathalla, de la Organización Mundial de la Salud, que se desarrolló para una mejor comprensión de todos los aspectos que influyen sobre la mortalidad materna.

cimiento). Esto confirma datos recabados en Colombia y en otros países de la región, que muestran cómo la sobremortalidad femenina por cáncer está asociada menos a la agresividad de la enfermedad y más a la atención inadecuada en sus primeros estadios. Este hecho se suma a la falta de integralidad en la prestación de servicios de SSR, que se refleja en una concentración de la atención a mujeres en edad reproductiva hacia los eventos relacionados con el parto, como se mencionó anteriormente, y en una falta de conciencia de los derechos de las usuarias.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados de la investigación realizada en Risaldala se proponen recomendaciones en dos niveles: el local y el nacional. En el primero se busca comprometer a las autoridades del orden departamental, encabezadas por la Secretaría de Salud. En el segundo se busca llamar la atención sobre los poderes Legislativo y Ejecutivo, de acuerdo con las funciones de cada uno y su injerencia para la aplicación de una recomendación determinada.

Para la Secretaría de Salud departamental o el Instituto Municipal de Salud¹³

- Apoyar los procesos que conduzcan a la definición de una normatividad clara para la atención de la población pobre no asegurada.
- Promover y realizar la contratación de las acciones del Plan de Atención Básica (PAB) con los hospitales locales con el fin de mejorar la cobertura y eficacia de dichas acciones. En este punto, promover nuevamente la realización de campañas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y

13 Estas recomendaciones requieren que la Secretaría de Salud, como parte de la gobernación, coordine, cuando sea necesario, acciones con otras instancias de gobierno.

SIDA, citologías vaginales, autoexamen de mama, entre otras. En lo posible, estas campañas deberán basarse en los resultados de investigaciones que existan sobre el tema y retomar las percepciones de la población, así como sus significados en relación con la sexualidad.

- Contribuir a la estimulación de la demanda de usuarias captadas por el Sistema de Identificación de Beneficiarios (Sisben) y crear las condiciones para su posterior afiliación al régimen subsidiado, al mismo tiempo que se fomenta una plena conciencia sobre la ley, el SGSSS y sus derechos.
- Diseñar campañas orientadas a la afiliación masiva de las mujeres como un requisito mínimo para la ciudadanía civil y el posterior ejercicio de otros derechos. La falta de cédula limita el paso más elemental de acceso a los servicios, que es el de la identificación mediante el Sisben.
- Contribuir a la homogeneización de los sistemas de información que se utilizan en los hospitales, procurando que se recoja la suficiente información para obtener indicadores que vayan conformando una visión integral sobre la SSR.
- Profundizar en la problemática del cáncer de cuello uterino como una enfermedad cuyas consecuencias indeseables provienen básicamente de la falta de prevención y del precario o nulo acceso a tratamientos definitivos.
- Dadas las condiciones de pobreza de las mujeres pobres no aseguradas, todas las estrategias desde el sector salud deberían dirigirse hacia un mejoramiento en la calidad de vida y no reducirse a acciones relacionadas con el proceso salud-enfermedad.

Para el Ministerio de Salud y el Congreso

- Estudiar la posibilidad de crear un fondo para la afiliación y real atención de la población pobre no asegurada, específicamente cuando su perfil de vulnerabilidad se asocie con la pobreza (en su acepción más comprensiva),¹⁴ la limita-

¹⁴ Ver el apartado "Análisis de la información" a partir de la página 210.

ción del ejercicio pleno de la ciudadanía y la inequidad social y de género.

- Estimular la regulación, mediante una normatividad expresa, de la prestación de servicios de SSR para población pobre no asegurada mediante la definición de un paquete de prestación de servicios que sea integral y oportuno, y que no margine a aquellos que tienen riesgos mayores. Incluir en la atención a la población pobre no asegurada la provisión de medicamentos, la realización de exámenes de laboratorio y la consulta con especialistas.
- Promover debates sobre la necesidad de considerar el aporte económico implícito en la atención que otorgan las mujeres al cuidado de la salud de otros integrantes de la familia en los hogares, de tal manera que este trabajo adquiera visibilidad y reconocimiento, que no vaya en detrimento de la propia salud de las cuidadoras, y que se convierta en un mecanismo para mejorar el acceso de las mujeres a los sistemas de salud.
- Reevaluar en la normatividad actual la existencia de copagos o cuotas moderadoras para la población de los estratos socioeconómicos 1 y 2, cuyos ingresos familiares estén por debajo de la línea de pobreza, como una forma de eliminar obstáculos para el acceso de la población no afiliada a los servicios de salud. Reconocer que el costo que se genera con la omisión será siempre más alto en términos tanto humanos como económicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez ME, Martínez H (2001) *El desafío de la pobreza*. Fundación Social, Confederación Colombiana de ONG. Bogotá, Siglo del Hombre Editores.
- Currea-Lugo V de, Hernández M, Paredes N (2000) "La salud como derecho. Marco nacional e internacional de protección al derecho humano a la salud". En: *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*. Bogotá, Provea.
- Fraser N (1997) *Iustitia interrupta, reflexiones críticas desde la posición postsocialista*. Bogotá, Facultad de Derecho/Universidad de los Andes.

- Langer A, Nigenda G (2000) *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades*. México, Population Council-Instituto Nacional de Salud Pública-Banco Interamericano de Desarrollo
- Profamilia (1995) *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá.
- Standing H (1999) "Frameworks for understanding gender inequalities and health sector reform: an analysis and review of policy issues". EUA, Working Paper Series núm. 99.06, Harvard Center for Population and Development Studies, Harvard School of Public Health.
- Vargas J, Plata M, Williams T (s.f.) *Reaching out to post-menopausal women in Colombia: Broadening the range of health services at Profamilia*. Bogotá.

AVANCES EN EL EMPLEO DE LA INFORMACIÓN PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS

*Cecilia Matarazzo, Gustavo Nigenda,
María Cecilia González*

Como resultado de la iniciativa de apoyo a la investigación en la reforma del sector salud y su impacto en la salud sexual y reproductiva (VINREPLAC), en este capítulo se describen y analizan algunos aspectos relacionados con la diseminación y utilización de los resultados de las investigaciones como herramientas para fortalecer la toma de decisiones y la formulación de políticas públicas.

Una vez que las investigaciones llegaron a su término en los cuatro países se consideró conveniente realizar una visita a cada uno de ellos con el propósito de identificar el efecto o el grado de utilización que pudieran tener los resultados, así como para conocer la importancia que se le otorga a la investigación en el contexto de cada nación y los elementos que se juzgan necesarios para hacer uso de sus resultados y recomendaciones.

Dos consultores externos llevaron a cabo visitas a Colombia, Bolivia y Perú para presentar los resultados de los estudios, en unos casos por primera vez, y en otros para reforzar el proceso de diseminación. Previamente a las visitas se identificó a los potenciales interesados en los estudios. Los resultados se dieron a conocer a tomadores de decisiones, técnicos o funcionarios, representantes de organizaciones no gubernamentales (ONG) e investigadores. En el transcurso de las visitas se indagó sobre la aplicabilidad de las recomendaciones ge-

neradas a partir de los resultados de los estudios, y los elementos que se consideran positivos y negativos para la vinculación entre tomadores de decisiones e investigadores.

Este capítulo se divide en cinco secciones. En la primera se discute alrededor de la selección de investigadores y el proceso de generación de nuevo conocimiento; en la segunda se reflexiona acerca de las conversaciones sostenidas con los usuarios de la información en los países; la tercera se ocupa de la articulación de actores interesados en el proceso y las vías de difusión de los resultados; la cuarta contiene un análisis sobre la interacción entre investigadores y tomadores de decisiones, y finalmente, en la quinta sección se aborda la viabilidad del uso de los resultados en la formulación de políticas públicas.

LA PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN POR MEDIO DE LA INVESTIGACIÓN

Desde un principio la iniciativa definió una serie de criterios de selección de los investigadores, que tomaron en cuenta de modo particular su formación y pertenencia institucional. En relación con la formación es importante destacar que en la mayoría de los casos los investigadores provienen de diversos campos de las ciencias sociales, la medicina y la enfermería. Si se atiende a la adscripción institucional original de los investigadores puede observarse que su trabajo se encontraba más orientado a la producción académica y/o a la aplicación del conocimiento en programas no gubernamentales.

Por otro lado, se consideró que la pertenencia institucional era un aspecto significativo pues representaba una de las principales vías para la difusión y el intercambio de los resultados, así como un punto de contacto con otros profesionales que trabajan en temas similares. Como señalaron algunos miembros de ONG entrevistados en Perú, en el momento de seleccionar a un investigador es importante evaluar su capacidad para vincularse y sus relaciones profesionales previas al inicio de la investigación y durante el proceso de ésta. En muchos

casos esto garantiza la posibilidad de generar espacios de difusión de la investigación en sus diversas fases.

Conviene destacar que con frecuencia los investigadores en el campo de la salud pública, como en otras áreas, tienen su propia posición acerca de una determinada problemática, poseen supuestos que subyacen su investigación, además de un interés personal que los lleva a abocarse a dicha problemática. Sumado a esto, en muchos casos los investigadores participan activamente en defensa de una determinada causa, lo cual también influye en su acercamiento y compromiso con la investigación. Esto no significa que no exista la posibilidad de desarrollar una investigación con “sesgo subjetivo controlado”, la cual en parte es posible por medio de la rigurosidad alcanzada en el empleo y la selección de las técnicas de investigación, como también en la interpretación que se realiza de la información obtenida.

Al reflexionar acerca de la formación y el tipo de investigación que se efectúa dentro y fuera de los ámbitos académicos –como son las universidades– se pueden identificar dos estilos de investigadores que representan los puntos extremos de un gradiente. Por un lado están aquéllos para quienes la generación de conocimiento por medio de la investigación tiene como meta dar sustento a políticas públicas, producir insumos para su labor política o como activistas, como puede ser el caso de algunos miembros de ONG que realizan investigación para apoyar su labor. Del lado opuesto están los académicos, cuyo principal objetivo es la generación de conocimiento sin considerar su aplicabilidad en algún campo concreto de acción. Estas dos posiciones se diferencian por su formación, objetivos, tiempos, recursos y, en especial, por el producto que obtienen de las investigaciones. Entre los dos extremos hay una gran variedad de posturas y estilos. Cabe señalar que todos los investigadores asociados a la iniciativa VINREPLAC se encontraban más cerca del primer extremo; ésta buscó sensibilizar a sus investigadores sobre la necesidad de reforzar la opción de aplicabilidad de los resultados de sus investigaciones.

LA RELEVANCIA DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN PARA SU POSTERIOR UTILIZACIÓN

A través de los diferentes encuentros con profesionales de la salud, investigadores, miembros de ONG, autoridades de los ministerios de salud y proveedores de servicios de salud fue posible identificar diversos elementos que facilitan o dificultan la utilización de los resultados de las investigaciones. Uno de ellos es el problema que se selecciona como tema para la investigación, mismo que puede constituir o no un asunto relevante en las agendas de los tomadores de decisiones o de las instituciones de salud involucradas. Una primera reflexión indica que con el fin de que los resultados puedan emplearse como insumo para la formulación de políticas sociales se requiere definir un punto de partida diferente al de las investigaciones puramente destinadas a la producción de conocimiento. El objetivo de estas investigaciones debe ser la generación de resultados aplicables. Por ejemplo, partir de problemas relevantes, hacer preguntas que remitan a la identificación de un obstáculo en la provisión de un servicio de salud, indagar sobre las necesidades y demandas de la población tanto usuaria como potencial, o bien explorar en torno a problemas identificados previamente por los mismos investigadores o por actores interesados.

Aun así es necesario resaltar que históricamente la mayoría de los investigadores en el ámbito de las ciencias sociales ha seleccionado los temas de estudio a partir de su interés más allá de la relevancia o aplicabilidad que pudieran tener los hallazgos o resultados fuera del ámbito académico. La tendencia actual se manifiesta en el interés de los investigadores por realizar consultas para averiguar sobre la necesidad o demanda que puede tener un determinado tema antes de definirlo y poder desarrollar análisis acerca de asuntos relevantes. Como afirman Hanney y colaboradores (2003), una forma de incrementar el uso de los resultados es enfocar la producción de la investigación hacia los intereses de por lo menos un usuario potencial, o identificar interesados tanto directos como indirectos de los resultados. También es importante intercambiar

opiniones y perspectivas con investigadores que estén trabajando en el mismo tema desde antes de dar comienzo a la investigación y durante el transcurso de ésta para poder avanzar a partir de lo que ya se ha realizado.

Se ha observado que algunas ONG que llevan a cabo proyectos de intervención muestran interés en desarrollar estudios de corta duración que indaguen a fondo sobre problemáticas que surgen durante el desarrollo de sus programas, con el objetivo de identificar posibles soluciones. Por ejemplo, en Bolivia tanto los miembros de las ONG entrevistados como los funcionarios del Ministerio de Salud destacan que el país carece de una tradición sólida en el campo de la investigación y que la producción no es suficiente para satisfacer los requerimientos de información para generar políticas adecuadas que respeten las necesidades particulares de cada región y de su población. Se mencionaron dos factores principales que provocan cierta reticencia a realizar investigación: por un lado, el tiempo que esa actividad requiere, y por otro, la escasez de recursos financieros.

En síntesis, es importante que los investigadores puedan desarrollar análisis sobre temas específicos y de interés, y que realicen investigaciones de corto plazo de las que obtengan resultados concretos y aplicables a partir de considerar que el objetivo final sea la utilización de los resultados como insumo para políticas públicas (Trostle *et al.*, 1999).

LA ARTICULACIÓN DE ACTORES Y LA DIFUSIÓN DE RESULTADOS

En la mayoría de las entrevistas se señaló la importancia de divulgar los resultados de los estudios que se desarrollan en los espacios académicos y de investigación, ya que las limitaciones propias de tiempo y recursos en los ámbitos gubernamentales no permiten el desarrollo de estudios en profundidad. Sin embargo, el problema subyace en la formación de los investigadores en los campos de las ciencias sociales y la salud pública. En el caso específico de ésta es de particular interés,

ya que este campo tiene como elemento fundamental de su acción la interdisciplinariedad y, en teoría, el enfoque aplicativo. En estas áreas es práctica común no otorgar importancia particular a la difusión de los resultados en diferentes ámbitos como componente intrínseco del proceso de investigación, lo que por lo general excluye a otros actores sociales interesados y limita la divulgación a los círculos académicos. En parte este fenómeno se debe a la falta de instancias formales de debate y de propagación en las cuales tanto tomadores de decisiones como funcionarios, personal operativo, académicos e investigadores pudieran intercambiar opiniones y discutir recomendaciones.

Bazzani (2001) afirma que la distribución de los resultados es parte de un proceso en el cual se debe tratar de vincular a diversos actores, tomadores de decisiones, la sociedad civil y la comunidad involucrada, entre otros. Para ello es necesario definir y planificar desde el principio de la investigación cómo será el proceso de distribución de los resultados, así como establecer la estrategia de comunicación que se utilizará con cada una de las audiencias. Es importante difundir los resultados con la mayor cantidad de actores; en especial, poder realizar una devolución a las personas que trabajan en los servicios de salud donde se realizó la investigación.

Si bien hasta este punto hemos insistido en el papel del investigador en la producción y difusión del conocimiento, la aplicabilidad de una investigación requiere de la participación de los ejecutores de políticas en las instituciones, quienes comúnmente oponen distintos grados de resistencia ante el uso de información en el proceso de toma de decisiones. Evidentemente, los actores institucionales participan motivados por intereses que pueden o no estar determinados por una vocación de justicia social. En su papel proactivo, los investigadores deben asumir la interacción con el tomador de decisiones como parte de su quehacer.

Por otro lado, se suele considerar que la publicación de los resultados en revistas de divulgación científica es suficiente para hacerlos disponibles y potencialmente utilizables. Sin embargo, es necesario generar otras vías de comunicación apropiadas

para desarrollar intercambios entre investigadores y otros actores, incluidos los políticos con poder de decisión. Por lo tanto, si el objetivo es el uso y aplicabilidad de los resultados y recomendaciones, es necesario reforzar los procesos de difusión y circulación de éstos fuera del ámbito académico, para lo cual parte del presupuesto del proceso de investigación debe ser adjudicado a esas tareas.

Asimismo, a partir de las entrevistas realizadas en Cali, Colombia, con diferentes representantes y autoridades de la Secretaría de Salud Municipal e instituciones de salud se puede afirmar que el impacto de la difusión de los resultados depende de la posición institucional que ocupan quienes reciben la información. Por ejemplo, el efecto varía si los receptores están a cargo de la operación de los programas o si son funcionarios de alto nivel. En el primer caso, el obstáculo es la falta de oportunidad para influir en las decisiones, mientras en el segundo, el problema reside en que si bien tienen la posibilidad de decidir, no siempre difunden la información y capacitan a los técnicos para incorporar nuevas estrategias o concepciones. En la mayoría de los casos se destaca que quienes asisten a las reuniones son los mandos medios, lo que en ocasiones se debe a la falta de tiempo y compromiso de los directivos. Es necesario divulgar los resultados y convocar al personal directivo de los ministerios o secretarías de salud y otras agencias articuladoras y prestadoras de servicios para el desarrollo de propuestas conjuntas.

Los funcionarios de la Secretaría de Salud Municipal entrevistados en Pereira, Colombia, sugirieron que una estrategia para que la información circulara entre mayor cantidad de personas sería enviar síntesis ejecutivas de las investigaciones a los funcionarios de diferentes jerarquías de las instituciones involucradas y no sólo depender de reuniones a las cuales quizá no asistan los usuarios potenciales. Aunque ésta podría ser una estrategia viable para la difusión, con ella no se garantiza la lectura y el empleo de la información.

Los miembros de ONG entrevistados en Perú coinciden en apuntar hacia la disseminación estratégica de los resultados. De hecho, consideran que los principales receptores deberían ser

los mismos miembros de las unidades de atención estudiadas, ya que la información les puede ser de gran utilidad para ejercer presión frente a las autoridades. Miembros de otras ONG, ante quienes también se expusieron los resultados, coinciden en señalar la importancia de realizar presentaciones de éstos a instituciones locales que estén trabajando en el tema, así como a las comunidades donde se desarrolló el estudio.

De lo anterior se deriva la relevancia de generar una mayor apertura a los diversos actores sociales y políticos involucrados para lograr un intercambio de perspectivas en el transcurso y al final de la investigación. Por lo tanto, como menciona Bazzani, es necesario explorar “alternativas que trasciendan las instancias puntuales de interacción al comienzo y al final de la investigación, las que en definitiva conservan la lógica lineal de la producción y diseminación del conocimiento. Ello implica la promoción de estrategias que vinculen a los distintos interlocutores a lo largo y como parte integrante de todo el proceso de la investigación” (Bazzani, 2001, p. 179).

Por último, es importante articular actores de diferentes sectores ya que “la investigación en sistemas y servicios de salud es por definición un campo de interfase entre investigadores, gerentes, y profesionales de la salud” (Bazzani, 2001, p. 178). A lo anterior sería necesario agregar a los políticos con poder de decisión y los ejecutores de políticas, entre otros. Entonces, como afirma un funcionario de la Secretaría de Salud Municipal en Pereira, es necesario generar una estrategia para la negociación entre actores, y mientras más se haya difundido la información mayores posibilidades existirán de promover acciones. En especial, si la negociación se estableció previamente con tomadores de decisiones para garantizar cambios y mejoras en los servicios y programas.

LA INTERACCIÓN ENTRE INVESTIGADORES Y TOMADORES DE DECISIONES

Uno de los principales obstáculos para vincular a los investigadores con quienes toman las decisiones son las diferencias en

cuanto a intereses y prioridades entre ambos grupos. Los primeros suelen obtener reconocimiento debido a sus publicaciones y presentaciones en congresos, mientras los segundos son evaluados por la visibilidad de los proyectos que desarrollan y el cumplimiento de los objetivos políticos, entre otros.

Por otro lado, y sin ánimo de generalizar, el personal que se ocupa de decidir requiere de investigaciones que ofrezcan respuestas concretas para poder usarlas como insumo y sustento de sus decisiones. Más aún si ellos son quienes demandan la realización de un estudio. Esto permitirá contar con recursos para financiar el estudio, pero implicará restricciones en los tiempos y en la definición de los objetivos.

Entre los investigadores hay una tendencia extendida, aunque en retroceso, a producir largos informes en un lenguaje técnico/teórico difícilmente legible para el público en general. Es importante comenzar a incorporar en el proceso de formación de los investigadores el aprendizaje de la elaboración de diferentes tipos de documentos, de acuerdo con el tipo de audiencia a la cual se dirigen, para garantizar la comprensión de su contenido.

La inestabilidad del contexto socioeconómico y político desempeña también un papel clave en el desarrollo de vínculos entre los académicos y los tomadores de decisiones (Weiss, 1980). A partir de las diferentes entrevistas, tanto unos como otros destacaron el efecto negativo de ciertas condiciones del contexto para el empleo de los resultados de las investigaciones. Dichos factores son, entre otros, la movilidad laboral en el nivel directivo de la administración pública, la falta de continuidad de los programas y de la orientación ideológica de las políticas públicas, y la inestabilidad económica que incide en las prioridades de los administradores. Este escenario limita las posibilidades de llevar adelante procesos de difusión e implementación de recomendaciones debido a la falta de conocimiento y capacidad de los directivos, resultado de la fluctuación laboral y la frecuente rotación que impiden que haya continuidad en ciertas posiciones estratégicas.

A partir de la experiencia de divulgación de los resultados de la investigación en Uruguay, la cual se llevó a cabo a través

de diferentes vías,¹ se puede afirmar que dar a conocer los resultados con usuarios potenciales depende en gran parte de la habilidad y capacidad del investigador, en especial en aquellos espacios donde se requiere algo más que evidencias científicas para poder apoyar la toma de decisiones para la definición de políticas públicas en salud sexual y reproductiva.

Cabe señalar, por último, que un elemento importante es la diferencia de lenguajes entre los tomadores de decisiones y los investigadores, y entre los reformadores que suelen utilizar un discurso orientado a la eficiencia y eficacia del sistema de salud, y los que abogan por la salud sexual y reproductiva en términos de derechos explícitos. En muchos casos, estas diferencias de lenguajes obstaculizan la comunicación y al mismo tiempo exigen un mayor esfuerzo de negociación y compromiso para generar espacios de comprensión entre los grupos involucrados.

LA VIABILIDAD DEL USO DE LOS RESULTADOS

La mayoría de los técnicos y funcionarios de los ministerios de salud en Perú, Bolivia y Colombia, y los miembros de ONG entrevistados consideran que las investigaciones que evalúan o analizan el desempeño de las políticas, programas y servicios de salud a través de identificar obstáculos, fallas, necesidades, demandas y soluciones potenciales ofrecen sustento y argumentos validados con pruebas para presentar ante las autoridades y colaborar en la toma oportuna y adecuada de decisiones. Estas investigaciones también complementan la información que se obtiene por medio de los estudios desarrollados por instituciones gubernamentales.

Sin embargo, al reflexionar sobre el empleo de investigaciones como base para la formulación de políticas se afirma

1 Los resultados se presentaron en seminarios dirigidos a directores de equipos de salud y funcionarios del Ministerio de Salud, docentes y profesionales de la salud, la Comisión de Género y Equidad de la Cámara de Diputados del Parlamento Nacional y seminarios sobre salud pública organizados por la Facultad de Medicina, entre otros foros.

que existen otros elementos de presión en el momento de la toma de decisiones –por ejemplo, el presupuesto o los intereses y prioridades políticas– y como consecuencia no es común que se utilice evidencia científica para fundamentar dichas decisiones (Almeida *et al.*, 2001). Asimismo, tanto la confianza o desconfianza en la calidad de la investigación como los propósitos del investigador y el lenguaje en el que se presentan los resultados influyen en el uso de los datos, tal como ya se mencionó.

En este sentido, funcionarios de las instituciones de salud en Cali plantearon la necesidad de establecer un vínculo mayor entre académicos que estén realizando investigaciones en temas relevantes acerca del sistema de salud y las instituciones proveedoras y administradoras de servicios de salud, en especial con políticos con capacidad de decisión y funcionarios de diferentes jerarquías operativas de dichas instituciones. Los entrevistados destacaron que no cuentan con posibilidades de actualizar sus conocimientos y que no es frecuente que tengan acceso a los estudios que se realizan fuera de su ámbito, lo cual los limita y en muchos casos no les permite conocer otras perspectivas acerca de lo que está sucediendo con la población usuaria.

Miembros de ONG entrevistados en Perú afirmaron que es necesario tener mayor conocimiento sobre la situación de los servicios de salud y acerca de las necesidades de la población como insumo para presentar argumentos sustentados en información empírica a las autoridades pertinentes. Dicha falta de conocimiento se debe en parte a que la información disponible en el Ministerio de Salud no es suficiente ni es recolectada con eficiencia. Es interesante destacar que la carencia de información es un obstáculo sobre el que se llamó la atención también en otras entrevistas realizadas en Bolivia y Colombia.

Una reflexión similar surge en el caso de Uruguay, donde debido a la escasez de información acerca de la salud sexual y reproductiva, y en especial sobre el tema de las políticas integrales, se obstaculiza el avance de la salud pública. Por ello es necesario profundizar la vinculación entre la generación de

conocimiento y la formulación de políticas, medida estratégica para la definición de acciones basadas en las necesidades y demandas reales con sustento en argumentación científica.

Algunas ONG en Perú, a decir de sus integrantes, están comenzando a realizar estudios para contar con información que les permita sustentar sus argumentos ante el gobierno. Aun así es necesaria la construcción de un espacio en el cual la sociedad civil pueda ejercer una presión real frente al Ministerio de Salud para lograr influir en la toma de decisiones. Además, resulta cada vez más importante *empoderar* a la población a través de información generada por el proceso de investigación para que ella misma pueda reclamar y ejercer sus derechos.

De cualquier modo, es importante destacar que para influir en las políticas, cambiar las prácticas y lograr acciones en el ámbito de la salud pública es necesario entrar en negociaciones políticas y sociales complejas a través de la promoción y el cabildeo. Asimismo, la investigación es sólo una fuente de información que puede llegar a tomarse en consideración, mientras que los factores comerciales, sociales y políticos son los que finalmente determinan el uso de los resultados de las investigaciones en la formulación de políticas (Rychetnik *et al.*, 2004).

En consecuencia, un factor clave para la vinculación entre los investigadores y los tomadores de decisiones es enfatizar la retroalimentación de investigaciones realizadas fuera del ámbito oficial y promover una mayor receptividad de las autoridades con respecto a estudios efectuados por diferentes actores. Es importante crear los espacios y el interés de los ejecutores para generar la apertura al cambio y a la investigación.

A partir de la presentación de los resultados a miembros del Ministerio de Salud en Perú vinculados con la ejecución de los Centros Locales de Administración de Salud (CLAS) se manifestó claramente el interés que existe con respecto a los estudios que se llevan a cabo fuera de la institución. Los entrevistados afirmaron, por ejemplo, que todo estudio estructurado sólidamente y que genere recomendaciones viables con relación a los CLAS será de gran ayuda, ya que dicha información se utilizará para presentarla a la Comisión de Salud, que

es el organismo donde se decide acerca de las modificaciones al programa. Los integrantes del equipo técnico indicaron que tanto ellos como la comisión que evalúa retoman todo tipo de información para sustentar sus decisiones. Consideraron que las investigaciones sirven para identificar debilidades del modelo, lo que permite generar alternativas y estrategias para fortalecer a los CLAS. La presentación de los resultados dio lugar a un espacio de reflexión donde algunas de las recomendaciones derivadas de la investigación fueron analizadas puntualmente para acordar su viabilidad. Este tipo de estudio, por lo tanto, es un insumo para las revisiones y sobre todo para tener argumentos validados que contribuyan a realizar mejoras en programas o servicios.

Finalmente, debemos recordar lo que señalan Trostle y colaboradores (1999): los tomadores de decisiones pueden darle uso a las investigaciones si los investigadores tuvieron la "habilidad" de desarrollar recomendaciones específicas, concretas y costo-efectivas. Como resultado de los diferentes encuentros con expertos en salud de los sectores tanto público como privado en los diferentes países se destacó la necesidad de producir informes de investigación en los que se presenten cada una de las recomendaciones y se describan las actividades necesarias para llevarlas a cabo. Además, habrá que especificar para cada una los elementos que la justifican y argumentan para así poder evaluar su aplicabilidad y viabilidad en términos legales y normativos, económicos, institucionales y de recursos humanos, entre otros. Como afirmó el ministro de Salud de Bolivia, "las propuestas deben ser útiles y posibles".

La enseñanza que nos deja VINREPLAC es que es posible mejorar la conexión entre la producción de información derivada de la investigación y su aplicación en las políticas de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, para que esto se cumpla se requiere de una serie de condiciones relacionadas tanto con la producción como con el consumo de dicha información.

Independientemente del área de formación de los investigadores y del tipo de institución a la que pertenezcan, es posible transferir información y hacerla utilizable por tomadores

de decisiones en la medida en que los investigadores consideren dicha transferencia como parte inherente a su actividad. Es decir, un papel proactivo de los investigadores maximiza la posibilidad de que los resultados de la investigación tengan un fin práctico más allá de la publicación.

Este papel proactivo tiene que estar acompañado por una serie de ajustes en cuanto a la forma como se define el problema de investigación, los métodos a utilizar en la recolección de datos y la manera en la que se interpretan y presentan los resultados para hacerlos más accesibles a los usuarios potenciales. Esto no excluye el hecho de que los investigadores atiendan a sus clientelas académicas tradicionales a través de los canales acostumbrados.

La demanda y consumo de información por parte de los tomadores de decisiones institucionales tiene que ser inducida de tal manera que en algún momento se genere por sí misma. Ello implica un cambio en la cultura institucional, del que son responsables al interior de las instituciones tanto los funcionarios con altos niveles de decisión como el personal operativo. Sin duda la jerarquización institucional determina a quién se dirige inicialmente la información y eso, a su vez, define la posibilidad de que la información difundida tenga un efecto concreto en el mejoramiento de los programas. Todo esto tiene que ser sopesado por los investigadores en el momento de promover sus resultados.

Los tomadores de decisiones institucionales no son los únicos consumidores de la información que generan los investigadores. De hecho, actores externos a la institución pueden usar la información con mucha mayor capacidad para promover los cambios requeridos y, sobre todo, con el fin de que dichos cambios se dirijan a considerar la opinión y necesidades de la población receptora de los servicios.

Los investigadores tienen todo el derecho de no considerar la promoción de sus resultados como parte del proceso de investigación. Sin embargo, dadas las condiciones económicas, sociales y políticas de los países de la región, a través de los fondos disponibles para investigación debería incentivarse el que sí lo hagan.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida C, Bazzani R, Pittman P (2001) *Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe. Reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas*. Washington, DC, OMS-OPS, CIID.
- Bazzani R (2001) "Desafíos para la investigación sobre la reforma de los sistemas de salud en América Latina". En: *Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe. Reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas*. Washington, DC, OMS-OPS, CIID.
- Hanney S, González-Block M, Buxton M, Kogan M (2003) "The utilization of health research in policy-making: concepts, examples, and methods of assessment". *Health Research Policy and Systems*, núm. 1.
- Rychetnik L, Hawe P, Waters E, Barratt A, Frommer M (2004) "A glossary for evidence based public health". *J Epidemiol Community Health*, núm. 58, pp. 538-545.
- Trostle J, Bronfman M, Langer A (1999) "How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies". *Health Policy and Planning*, vol. 14, núm. 2, pp. 103-114.
- Weiss C (1980) "Knowledge creep and decision accretion". *Knowledge: creation, diffusion, utilization*, vol. 3, núm. 1, pp. 381-404.

REFLEXIONES FINALES



Cecilia Matarazzo, Gustavo Nigenda

A continuación se presenta una revisión de los resultados más relevantes de cada uno de los estudios que se incluyen en este libro, en conjunto con los elementos más destacables de las entrevistas realizadas en las visitas organizadas para la difusión de las diversas experiencias. Le sigue una reflexión en torno a los principales hallazgos y recomendaciones de los estudios.

PRINCIPALES RESULTADOS

El estudio realizado en Perú comprende un análisis sobre el modelo de los Centros Locales de Administración de Salud (CLAS), que representa una propuesta novedosa de gestión en el marco de la reforma en América Latina, región donde pocos países han puesto en marcha este tipo de innovación. De hecho, en Brasil y Colombia se han llevado a cabo las experiencias más sobresalientes. El modelo incorpora mecanismos como la cogestión, la participación de la comunidad y el manejo de recursos autónomos. Estas iniciativas requieren de nuevos procesos de articulación entre los profesionales de la salud y la comunidad, actores que históricamente han mantenido relaciones de poder asimétricas, las cuales tendrán que ser revisadas para poder establecer un nuevo diálogo en el que la comunidad tenga un papel más activo.

Como se destacó en la presentación de los resultados ante especialistas en salud y miembros de organizaciones no gubernamentales (ONG), el CLAS es un modelo que tiende a entrar en conflicto con los esquemas tradicionales de provisión de ser-

vicios de salud debido a su autonomía en el manejo de los recursos y a la postura de algunos profesionales de la salud, quienes se resisten a que la comunidad participe activamente en la toma de decisiones.

En consecuencia, como afirman funcionarios del Ministerio de Salud de Perú, las experiencias indican un alto grado de heterogeneidad en el desempeño de cada uno de los CLAS, lo que depende en gran parte del nivel de “incorporación” de nuevos conceptos y prácticas. Este modelo podría convertirse en un destacado proveedor de servicios de salud, lo que dependerá, por un lado, del apoyo del conjunto de las instituciones del sistema de salud, y por otro, del compromiso y la responsabilidad de los diferentes actores con la nueva dinámica en materia de prestación de servicios que implica esta modalidad.

Si bien se afirma que este modelo de atención no ha logrado innovaciones en la oferta de servicios de salud para las mujeres, hay que señalar que esto se debe en gran parte a la falta de políticas nacionales que ofrezcan una atención integral a la mujer y, en particular, a su salud sexual y reproductiva. Aun así, se señala que se han producido cambios positivos en relación con la atención individual (calidad y eficacia, eficiencia y equidad), pero continúa una percepción limitada con respecto al tratamiento de la enfermedad.

En el estudio desarrollado en el departamento de Risaralda, Colombia, se puede observar cómo, a pesar de los cambios originados por la reforma del sector salud, una parte de la población permanece excluida de la seguridad social. La percepción de la población es que los principales obstáculos para asistir a las consultas son similares a los que ya existían desde el periodo anterior a la reforma. Se destacan la incapacidad de pago, la distancia entre los hogares y el hospital y la frecuente subestimación de los problemas de salud de las mujeres por parte de los demás miembros de la familia.

Por otro lado, la reforma del sector salud en el país continúa subrayando la importancia de las reformas institucionales con un enfoque principalmente curativo, que excluye a los programas integrales de atención, como los relativos a la salud sexual y reproductiva, que tienen entre sus objetivos la prevención y la

promoción de la salud. Con relación a esto último, la actual secretaria de Salud municipal afirma que la promoción y la prevención es una “cultura” que todavía no se ha trabajado adecuadamente en Colombia. Por lo tanto, es necesario enfatizar la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, y para ello es imprescindible incorporar y articular acciones dirigidas a los usuarios, donde la comunidad tenga un papel protagónico.

En el estudio se muestra la escasa captación de usuarias y –como admite la secretaria de Salud local– la generación de “oportunidades perdidas”, que ocurren cuando las usuarias asisten a los centros de salud por una enfermedad o para consulta, pero la institución no aprovecha la visita para realizar otros estudios preventivos o proveer información sobre salud sexual y reproductiva o con respecto a otros temas relevantes para la salud. Así, el propio coordinador de promoción y prevención de la municipalidad afirma que a partir de la revisión de los resultados de este estudio se incorporaron nuevos mecanismos para aumentar la cobertura e incrementar la capacidad para atraer a las gestantes.

Por su parte, la investigación realizada en la ciudad de Cali, Colombia, se enfocó en las mujeres afiliadas al régimen subsidiado, para quienes las barreras de acceso a los servicios de salud, una vez reducidas las financieras, son menos reconocidas: barreras culturales y sociales, así como las propias de la prestación de servicios. Estos elementos brindaron una nueva mirada a las autoridades entrevistadas en los niveles territoriales, departamentales y municipales acerca de los obstáculos de acceso a los programas de planificación familiar para las mujeres.

Se considera que la principal barrera que obstaculiza el acceso a los servicios es institucional y consiste en la falta de información y conocimiento entre la población acerca de la existencia del programa de salud sexual y reproductiva, y su derecho a él. Lo anterior se relaciona con la debilidad de los mecanismos de difusión de los derechos en salud y con la insuficiente importancia que se otorga a la promoción y la prevención de la salud.

Es conveniente destacar que los resultados de este estudio se complementan con las evaluaciones realizadas por las insti-

tuciones prestadoras de servicios, lo que da mayor sustento al diseño de cambios y mejoras en los servicios. Las personas entrevistadas en las administradoras manifestaron que a partir de los resultados de la investigación han cambiado sus estrategias de captación, al considerar que es fundamental que la población conozca sus derechos en relación con su salud. Además, se está buscando mejorar la información que se proporciona dentro de las instituciones que otorgan el servicio y garantizar la prestación de éste, así como las condiciones institucionales.

La investigación que se llevó a cabo en Uruguay constituye un claro ejemplo del empleo de los resultados y la movilización por parte del investigador para influir en la agenda y las políticas públicas en un momento coyunturalmente apropiado. Esto ocurre en un contexto donde las decisiones conservadoras han tenido un peso definitivo sobre las decisiones en el campo de la salud, en un país donde hasta finales de los años noventa no se habían implementado políticas de población ni programas de atención a la salud sexual y reproductiva. El estudio genera un aporte central para la comprensión del contexto en el que se está llevando a cabo un cambio gradual de paradigmas sobre la atención de la salud y contribuye al reconocimiento de las inequidades de género que están implícitas en las políticas de salud tradicionales.

El análisis sobre la puesta en marcha del Programa de Salud Integral de la Mujer revela las tensiones motivadas por la convivencia de modelos opuestos, como es el caso del abordaje integral de la salud reproductiva, que debe coexistir con el modelo hegemónico materno-infantil, el cual define a la mujer como "madre" y continúa fomentando políticas de corte asistencialista. Este modelo, además de que no incorpora una visión integral de la salud de las usuarias como sujetos de derechos, desconoce la importancia de las políticas de salud reproductiva como una de las vías para mejorar la situación de inequidad y discriminación de género. Entre los obstáculos para el desarrollo de programas integrales de salud están la falta de capacitación del personal del área para sustentar un cambio en el modelo de atención, y las resistencias socioculturales e ideológicas que provoca este cambio.

Por último, el estudio que tuvo como escenario a Bolivia muestra que la aplicación de estrategias de educación en salud y salud sexual y reproductiva combinadas con acciones destinadas a mejorar el nivel de ingreso de los grupos puede constituir una alternativa para incrementar la demanda de los servicios de salud. Este estudio constituye una contribución relevante para futuras políticas sociales, ya que demuestra que un sistema integral de estrategias resulta más adecuado cuando se trata con población de bajos recursos. Sin embargo, es conveniente hacer notar la necesidad de que los proyectos productivos ofrezcan una verdadera mejoría en los ingresos de la población involucrada, lo que constituye un elemento clave y complejo dadas las características económicas y sociales de los países en cuestión.

Desde la perspectiva del presidente de la Comisión de Salud del Senado en Bolivia, los programas de salud están desarticulados y dispersos, lo que produce un efecto duplicador de los gastos; esto se suma a la falta de coordinación entre las diferentes instituciones gubernamentales. Por lo tanto, a decir del legislador, las políticas sociales deberían tener un enfoque integral, entendiéndolo por ello su articulación en programas de amplio espectro.

RECOMENDACIONES GENERALES DERIVADAS DE LOS ESTUDIOS

La reforma es un proceso amplio que ha promovido cambios en las formas de prestación de los servicios y en los mecanismos de financiamiento. Como se muestra a través de los estudios que se incluyen en este libro, ha tenido impacto en los servicios, en especial en los de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, en ese campo hay elementos específicos que deben ser considerados por los reformadores con el propósito de alcanzar mejores y más equitativos resultados.

La salud sexual y reproductiva es un tema que genera arduos debates y controversias, y que se entiende e interpreta desde diferentes perspectivas, mismas que definen la relevancia o prioridad que se le otorga en la agenda de salud pública. Asimismo,

para que los derechos reproductivos puedan ser considerados entre los derechos humanos básicos es necesario primero establecer acuerdos acerca del derecho a la salud como tal.

Los estudios analizaron desde distintas perspectivas la situación de la salud sexual y reproductiva en contextos diferentes: a través de la experiencia de la aplicación de un nuevo programa en Uruguay, por medio del examen de las barreras para la población vinculada y subsidiada en Colombia, en torno a un modelo cogestionado de atención en Perú y, por último, en el caso de Bolivia, mediante los resultados de una estrategia combinada de educación y producción económica. A partir de las conclusiones y recomendaciones de cada caso se pueden mencionar cuatro aspectos principales en los que coinciden los diferentes estudios como estrategias o elementos sobre los cuales es preciso seguir trabajando para mejorar la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva.

1. El primer aspecto que se enfatiza en varios de los estudios es el conflicto que se produce entre los enfoques tradicionales de atención a la salud y aquellos que buscan una atención integral para el usuario. Uno de los principales obstáculos es la falta de capacitación y de apertura de los profesionales y las instituciones de salud, junto con las resistencias socioculturales e ideológicas. Se puede señalar también el escaso valor que se otorga en los enfoques tradicionales de atención a la promoción y prevención en el campo de la salud.
2. En relación con el punto anterior, en la mayoría de los estudios y entrevistas a miembros de ONG y autoridades se encontró que para generar transformaciones no es suficiente que los enfoques de atención a la salud introduzcan cambios en las estructuras y concepciones en las instituciones y los programas. También se requiere motivar a los profesionales de la salud para que incorporen nuevos mecanismos y conceptos en su formación y su práctica con el fin de humanizar la atención y los servicios, además de sensibilizarlos acerca de las necesidades de los usuarios y para que reconozcan la conveniencia de fomentar estrategias integrales de atención, con énfasis en la prevención y en los derechos de los usuarios, entre otras condiciones.

3. En los estudios y entrevistas a funcionarios y profesionales de la salud se subrayó la importancia de generar conciencia tanto en la población como en las instituciones de salud en torno a los derechos a la salud. Asimismo, se apuntó la necesidad de que los usuarios conozcan sus derechos a recibir atención de calidad, a tener acceso a los servicios, a poder elegir y a ejercer sus derechos en salud sexual y reproductiva. En especial, se mencionó el derecho a recibir información acerca de la existencia de programas y servicios en esa área, ya que se puso de manifiesto que la falta de información acerca de sus derechos disminuye la asistencia de los usuarios y provoca una escasa adherencia a los servicios. Dado que el derecho a la salud implica un reconocimiento de la relevancia de la salud y del ejercicio de los derechos como ciudadano, tendrá que darse un proceso gradual que induzca cambios en las concepciones y prácticas de los cuidados a la salud en el plano individual y en la atención institucional en su conjunto.
4. En relación con el punto anterior, es indispensable impulsar los servicios de salud con un enfoque preventivo, revalorando a la salud sobre la enfermedad. Por lo tanto, un aspecto clave de las políticas públicas es la promoción y prevención de la salud, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, por medio de la coordinación de estrategias entre diferentes instancias, como las instituciones educativas y los medios de comunicación, entre otras.

Por último, destaca un aspecto que surgió a partir de algunos de los estudios: la necesidad de desarrollar programas integrales de atención a la población, lo que requiere de la articulación de objetivos y recursos interinstitucionales, proceso fundamental que parece ser también el primer obstáculo para la generación de este tipo de estrategias. Se requiere coordinar poderes, reconocer labores y, en especial, promover la voluntad política y el interés necesarios para lograr la incorporación de esta modalidad a las instituciones, además de predisposición para el cambio de prácticas y conceptos, sobre todo si el propósito es fomentar el trabajo no sólo entre instituciones gubernamentales.

mentales sino también con la sociedad civil organizada. Si bien existe el interés de llevar adelante este tipo de estrategias, es preciso reconocer el desafío que ello implica para los diversos actores involucrados.

Este planteamiento se vincula directamente con la función del Estado como garante de la prestación de servicios y del derecho de la población al acceso a la salud. Sin embargo, como se ha mencionado previamente, la sociedad civil organizada ha cobrado un papel muy activo en la provisión de servicios de salud, como también de educación y promoción de la salud. El fenómeno ha dado lugar a diversas posiciones; quienes están en una postura intermedia sostienen que es necesario que la sociedad civil no sólo tenga una presencia activa en la prestación de servicios, sino que también sea un actor de presión en un espacio de articulación y negociación con el Estado.

Finalmente, la experiencia de VINREPLAC en los últimos tres años y medio permitió avanzar sobre dos líneas. Por una parte, en el proceso de generación de resultados de investigación bajo un enfoque de aplicación de los mismos. Esto se dio en la definición de políticas tanto en diferentes niveles de la estructura del sistema de salud, como en instituciones de política social. Por otra parte, la experiencia ha dejado en claro lo difícil y a la vez sustancial que resulta avanzar hacia el objetivo de crear una nueva cultura del uso de la información científica. Este tipo de información es un instrumento potencial poderoso para dar sustento al proceso de toma de decisiones en el ámbito de la salud. Sin embargo, la sensibilidad del o los responsables de tomar dichas decisiones es un asunto clave, particularmente en el campo de la salud reproductiva, ya que las preferencias involucran juicios de valor y las consecuencias no son social ni culturalmente neutrales. Todos los actores interesados deben estar involucrados en este proceso; en consecuencia, la participación de los investigadores tiene que ser proactiva, ya que ellos deben ser los impulsores del proceso desde su inicio hasta sus consecuencias finales.

AUTORES



WILSON BENIA

Médico, magíster en Epidemiología, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor adjunto del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Uruguay. Investigador asociado de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la misma universidad. Coordinador del Programa de Salud Integral de la Mujer del Servicio de Salud de Asistencia Externa.

MYRIAM CONTERA

Médica, especialista en Epidemiología y en Salud Pública. Profesora agregada del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, Uruguay. Investigadora asociada de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la misma universidad.

MARÍA CECILIA GONZÁLEZ ROBLEDO

Odontóloga, realizó estudios de posgrado en Epidemiología y es maestra en Gerencia para el Desarrollo. Ha cursado diferentes diplomados en Seguridad Social, Epidemiología y Administración Pública. Su desempeño laboral ha sido en el área administrativa en el Instituto de Seguros Sociales de Colombia y como docente de pregrado y posgrado en áreas como salud pública, epidemiología, administración en salud, auditoría en salud y seguridad social. Ha sido consultora nacional en procesos de administración hospitalaria. Investigadora adscrita al Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología, ha obtenido varios premios nacionales por investigaciones en el área de reformas del sector salud.

ANA CRISTINA GONZÁLEZ VÉLEZ

Médica, investigadora. Ha trabajado los temas de salud sexual y reproductiva, reformas del sector salud, equidad, justicia social y género. Actualmente es directora general de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social en Colombia. Ha sido consultora nacional e internacional y forma parte de diferentes paneles, comités asesores y redes nacionales e internacionales afines a los temas de su especialidad. Ha difundido diversos trabajos en revistas, libros y otras publicaciones académicas. Sus trabajos de investigación han sido financiados por la Organización Mundial de la Salud y las fundaciones Ford y Rockefeller, entre otros organismos. Es feminista y activista del movimiento de mujeres de Colombia desde 1990.

CARLOS GÜIDA

Médico, especialista en temas de masculinidad, género y salud. Coordinador de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Uruguay. Coordinador del área Adolescentes, Género y Salud de la asociación civil Gurises Unidos.

ALEJANDRA LÓPEZ GÓMEZ

Psicóloga especializada en género, sexualidad y salud reproductiva. Docente e investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Uruguay, donde es coordinadora de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Integrante de la coordinación de Mujer y Salud en Uruguay. Consultora en diversas instituciones en temas de su especialidad.

MARIANA LÓPEZ-ORTEGA

Licenciada en Relaciones Internacionales y maestra en Políticas Públicas por la Universidad de Chicago. Actualmente es consultora de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), donde lleva a cabo investigaciones en los temas de reforma del sector salud, género y políticas de salud, salud y derechos sexuales y reproductivos, y financiamiento del sistema de salud en México. Colaboró en la Coordinación de Asesores de la Dirección General de la Distribuidora e Impulsora Comercial Conasupo. En el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) de México fue profesora-investigadora

en la División de Administración Pública y coordinadora de capacitación en el Programa de Presupuesto y Gasto Público de dicha División; en esa institución realizó investigación en los temas de gasto público y transparencia presupuestaria y organizó diversos cursos sobre el Presupuesto de Egresos de la Federación.

CECILIA MATARAZZO

Licenciada en Antropología Social por la Universidad de Buenos Aires, Argentina, estudió la maestría en Antropología del Desarrollo y Transformación Social en la Universidad de Sussex, Inglaterra, con especialidad en evaluación de la articulación e implementación de políticas públicas en zonas rurales. Del 2000 al 2001 trabajó en el Programa de Atención a Problemas Sociolaborales en el Componente de Erradicación del Trabajo Infantil, proyecto financiado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y el Ministerio de Trabajo de Argentina. En los años 2002 y 2003 fue consultora investigadora en el análisis de las condiciones laborales para Verité en el Proyecto Mercados Emergentes-Argentina. Se desempeña como docente para el diplomado Género y Políticas Públicas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y el Instituto Nacional de las Mujeres, México. Es investigadora en el Centro de Análisis Social y Económico en Salud de FUNSAUD desde agosto de 2003, donde se especializa en los temas de género y salud, reforma del sector salud y salud reproductiva.

MARY JULIETH MORENO ZAPATA

Egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Valle y candidata a grado de la maestría en Epidemiología de la misma universidad. Ha laborado en el sector público y privado en el área de fomento de la salud y en la organización y desarrollo de estrategias de atención primaria. Actualmente se encuentra vinculada a la Secretaría de Salud de Cali, donde forma parte del grupo de profesionales de salud pública y epidemiología que es responsable del proyecto de fortalecimiento del sistema de vigilancia en salud pública.

GUSTAVO NIGENDA

Biólogo por la Universidad Nacional Autónoma de México, maestro en Antropología Social y en Planeación y Financiamiento en Salud

(LSHTM), doctor en Filosofía por la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres. Entre 1986 y 2001 fue investigador en el Instituto Nacional de Salud Pública de México. Ha realizado trabajos de consultoría para diversas agencias internacionales. Desde enero de 2001 colabora de tiempo completo para FUNSALUD, donde coordina la Red Interamericana José Luis Bobadilla de Políticas de Salud y dirige, desde 2002, el Centro de Análisis Social y Económico en Salud. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel II e investigador honorario del Instituto de Estudios del Desarrollo de la Universidad de Sussex, Inglaterra. Autor de diversas publicaciones. Sus temas de interés son: reforma del sector salud, colaboración público-privada en salud, salud sexual y reproductiva, y recursos humanos para la salud.

LILIANA DEL CARMEN LA ROSA HUERTAS

Doctora en Antropología por la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), con especialización en Salud Internacional en la Organización Panamericana de la Salud, Washington; magister en Gestión y Políticas Públicas por la Universidad de Chile; master en Salud Comunitaria con mención en Materno Infantil y Población por la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Diplomada en Estudios Sociológicos por la PUCP. Cursó la licenciatura en Enfermería en la Universidad Nacional Federico Villarreal. Es consultora de diversos organismos internacionales. Docente e investigadora con larga experiencia en América Latina en políticas de promoción de la salud y participación comunitaria, transversalización de la equidad de género en las políticas de salud, salud sexual y reproductiva, salud de los adolescentes, gestión de servicios de atención básica de salud y políticas de juventudes.

ERIKA TRONCOSO

Antropóloga con especialidad en Historia por la Universidad de los Andes, Colombia. Maestra en Población con especialidad en Salud por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede México. Se ha desempeñado como consultora en temas de género y salud en México y Ecuador. Trabajó con comunidades indígenas en Colombia (municipio de Leticia) y fue coinvestigadora del Laboratorio de Cultura y Salud en el Instituto Nacional de Salud de Colombia. Fue investigadora del Centro de Análisis Social y Económico de FUNSALUD

y actualmente se desempeña como coordinadora de Investigación en la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Population Council.

JORGE H. UGARTECHE LENS

Médico con formación en Medicina Interna en el Hospital Mount Sinai de Miami Beach, y en Salud Pública y Gerencia de Organizaciones Asistenciales en la Universidad George Washington de Washington, D.C. Se desempeña desde marzo de 2003 como director (nacional) de Servicios Generales de la Caja Nacional de Salud de Bolivia (institucionalizado) y desde enero de 1991 como coordinador académico y de investigación de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social de Bolivia, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Fue director de la maestría en Salud Pública de la Universidad Nur de La Paz. Es profesor universitario y profesor guía en diversos programas de posgrado en salud de la Universidad Mayor de San Andrés, la Universidad Nur, la Universidad Andina Simón Bolívar y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

REFORMAS DEL SECTOR SALUD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN AMÉRICA
LATINA. LA EXPERIENCIA DE VINREPLAC se imprimió en agosto de 2004
en los talleres de Impresos Grafit, calle Joaquín Baranda núm. 16,
Col. El Santuario, Iztapalapa, D.F. La edición consta de mil
ejemplares. Coordinación editorial y corrección de esti-
lo: Bertha Trejo Delarbre; revisión de galeras y cui-
dado de la edición: Wenceslao Huerta Luca-
rio; diseño y formación de páginas:
Jesús Fernández Vaca; diseño de
forros: José Israel de Anda.