

### Panorama de la Reforma / 2

La Salud Sexual y Reproductiva de la Población Vinculada en Colombia: una Mirada desde lo Local  
González Velez/Betancourt Zúñiga

La Congestión de la Salud y su Interacción con el Capital Social, Humano y la Cultura  
Liliana del Carmen La Rosa Huertas y cols.

Del Enfoque Materno-Infantil al Enfoque de la Salud Reproductiva: Tensiones, Obstáculos y Perspectivas  
Alejandra López Gómez y cols.

Barreras de Acceso a Programas de Planificación Familiar en Mujeres Afiliadas al Régimen Subsidiado en Colombia Cali-Valle-Colombia 2001

Nueva Estrategia Integrada para Disminuir la Morbi-Mortalidad en la Mujer  
Jorge Ugarteche y cols.

### Monitor de la Salud / 12

Mortalidad Materna en América

### Páginas de la Reforma / 14

### Noticias / 15

### Citas con la Reforma / 16

## Avances de la integración de los programas de salud reproductiva en el proceso de reformas del sector

Cada vez es más el número de personas e instituciones en todo el mundo cuyos esfuerzos se centran en los campos de la reforma del sector salud y los programas de salud reproductiva que consideran su interacción como una necesidad urgente e impostergable. No sólo son buenos deseos lo que motiva un mejoramiento de dicha interacción. En el caso de muchos países del mundo en desarrollo, los esfuerzos encaminados a mejorar la atención del parto y el embarazo así como en el cuidado de la salud de la mujer durante la etapa reproductiva de su vida comprometen una enorme proporción de los recursos humanos y financieros que deben ser utilizados para maximizar los beneficios para la salud de las poblaciones, particularmente de las más necesitadas de atención. A esto se suma el compromiso adquirido por muchos países en desarrollo a mediados de la década pasada en el sentido de cumplir con los lineamientos definidos en las reuniones de Beijing y El Cairo. Por último, y con la misma urgencia, se debe señalar la necesidad de garantizar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres.

Los procesos de reforma de los sistemas de salud ofrecen una oportunidad invaluable para avanzar en todos estos frentes. A pesar de que las reformas aún no han mostrado muchos de sus beneficios potenciales, lo que sí han logrado hasta la fecha es crear una sensibilización en muchos sectores de la población sobre la necesidad de movilizar más recursos hacia el campo de la salud y, sobre todo, de aprender a utilizarlos de la manera correcta para garantizar los principales objetivos del proceso, es decir, el uso eficiente de los fondos disponibles, el aumento en la calidad de los servicios y la distribución equitativa de las oportunidades de atención. Vale la pena resaltar que las reformas han mostrado efectos heterogéneos en cuanto al mejoramiento en la prestación de los servicios dentro del campo de la salud reproductiva, además de que aún hay mucho por hacer en la atención de las poblaciones más pobres.

Desde finales de los 90, en América Latina se ha puesto en marcha toda una serie de iniciativas destinadas a encontrar espacios de diálogo entre quienes tienen bajo su responsabilidad los procesos de reforma y quienes diseñan y operan los programas de salud reproductiva. Si bien estos esfuerzos han despertado interés, se requiere aún de un empuje suplementario mucho mayor para dar compatibilidad a las agendas. Por otra parte, es necesario considerar la opinión de otros actores civiles, como sería el caso del movimiento de

mujeres, en el diseño de las políticas públicas. El encuentro entre todos estos actores no es fácil, se trata en muchas ocasiones de la interacción de muy distintas tradiciones sobre la interpretación de la realidad social, de formas distintas de identificar las prioridades y hasta del desarrollo de un lenguaje común que nos permita encauzar las capacidades para lograr acuerdos y resolver las diferencias.

Aun cuando muchos de estos esfuerzos tienen como escenario de acción las instituciones gubernamentales, no es posible soslayar el trabajo que muchas ONG han realizado para apoyar el proceso de interacción. Los ejemplos de ONG que han trabajado con seriedad y conciencia y que además han tenido éxito en la prestación de servicios de salud reproductiva son diversos en la región, pero la articulación de estas organizaciones al esquema de la reforma es todavía débil en la mayoría de los casos.

América Latina no es la única región del mundo en desarrollo en donde se están llevando a cabo estos esfuerzos y donde la participación de las agencias internacionales va en aumento. Los bancos de desarrollo, la cooperación internacional y las agencias de salud de Naciones Unidas tienen claro que este es un tema por demás importante y han empezado a movilizar recursos para apoyar su integración.

A finales del 2002, Reproductive Health Matters publicó un número completo sobre estudios de diversas regiones del mundo en desarrollo en los que se daba cuenta de la multiplicidad de problemas relacionados con la integración de los programas de salud reproductiva al proceso de reforma. En mayo de 2003 publicará otro número con una nueva colección de trabajos sobre el mismo tema. Este hecho nos permite tener una idea de la importancia que tanto académicos como planificadores en salud han atribuido a la problemática.

La Fundación Mexicana para la Salud ha estado involucrada en este esfuerzo a través de dos iniciativas recientes. Una es en colaboración con la oficina regional para América Latina y el Caribe del Population Council y con el apoyo financiero y técnico del Banco Mundial, UNFPA y OPS, con el fin de organizar un curso regional sobre procesos de reforma y programas de salud reproductiva que se llevará en otoño en Oaxaca, México.

La otra es una colaboración apoyada por la Fundación Rockefeller para promover investigación que permita apoyar la toma de decisiones. A través de esta iniciativa se financiaron cinco proyectos de investigación en Bolivia, Colombia (2), Perú y Uruguay. Las investigaciones empiezan ya a generar productos y en el presente número de Informando&Reformando aparecen resúmenes de los resultados iniciales de cada uno de ellos. Los resultados son por demás elocuentes. No obstante, es tal la cantidad de ángulos desde los que se puede ver el proceso de reforma y tal la cantidad de impactos posibles sobre los programas de salud reproductiva que en su conjunto los trabajos sólo representan una muestra de lo que aún tenemos por investigar. Las cinco investigaciones que presentamos a continuación abordan temas diversos y por demás interesantes que van desde el análisis de la implementación y las consecuencias iniciales de una política de salud reproductiva, hasta el impacto concreto en la capacidad de respuesta de un esquema de aseguramiento, pasando por el análisis de un experimento social que busca empoderar a mujeres tanto en el conocimiento de sus cuerpos y funciones biológicas como en la generación de recursos para su manutención y la de sus familias.

# La salud sexual y reproductiva de la población vinculada en Colombia: una mirada desde lo local

Corporación SISMA MUJER. Bogotá, Colombia.

**Investigadora Principal:** Ana Cristina González Vélez

**Asistente de Investigación:** Fabiana Betancourt Zúñiga.

## Introducción

En Colombia opera uno de los tres modelos paradigmáticos de la región en lo que a salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere. Para los pobres se instauró el régimen subsidiado que incluye parcialmente los beneficios del plan contributivo al cual poco a poco se acercarán. Sin embargo, todavía un importante porcentaje de la población queda fuera de los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y del Plan Obligatorio de Servicios (POS). Esta es la llamada población “vinculada” que recibe servicios médicos de una red hospitalaria cada vez más empobrecida.

La persistencia de un enorme porcentaje de población sin ningún tipo de afiliación, el empobrecimiento de la red hospitalaria pública y las brechas entre mujeres de menor educación con relación a algunos indicadores de SSR producen un panorama en el que se hace necesario profundizar en los efectos de la reforma del sector salud sobre los programas de SSR. Así mismo es necesario ahondar en el estudio de los obstáculos enfrentados por mujeres pertenecientes a la población más pobre, que el sector salud colombiano clasifica como “vinculada”.

La ampliación del mercado de los servicios de salud se dio en condiciones que crearon un mercado imperfecto productor de todo tipo de inequidades e ineficiencias en la asignación de recursos, en el cual opera la selección adversa de quienes más necesitan de los servicios de salud. Este comienzo inequitativo desde la formulación (1993) y la puesta en marcha de la Ley 100 (1996) ha generado diversas problemáticas que se expresan en el incumplimiento de los principios básicos de la reforma: universalidad, solidaridad, participación, obligatoriedad, eficiencia, calidad, equidad, integridad, etcétera.

## Metodología

El objetivo general de esta investigación ha sido identificar los obstáculos o barreras económicas, culturales, sociales e institucionales percibidas por las mujeres del Departamento de Risaralda que forman parte de la población vinculada al SGSSS, en relación con la satisfacción de sus necesidades de atención a la SSR, a través de la exploración de los servicios en los distintos niveles de atención del sistema (primario, de segundo nivel y de tercer nivel) 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 vinculada, usuarias de diferentes servicios (consulta médica de ginecología, urgencias y hospitalización) en tres los niveles de atención.

La muestra del estudio es aleatoria y fue definida según los siguientes criterios: pertenecer a la población vinculada, tener entre 15 y 55 años de edad y consultar algún servicio de SSR. La conformación de la muestra se hizo a partir de un censo efectuado durante quince días en tres hospitales representativos de la región: Apía, La Virginia y Pereira.

Para la recolección de la información se realizaron entrevistas con gerentes de hospitales, se recogió información de fuentes secundarias y se realizaron grupos focales y entrevistas estructuradas con mujeres usuarias, siendo estos dos últimos instrumentos los primordiales en la obtención de información. La entrevista estructurada se aplicó a una muestra de 138 mujeres de la población vinculada y los tópicos de la misma se organizaron en seis grandes grupos temáticos: datos personales, historia ocupacional, situación socioeconómica, afiliación al SGSSS, percepción, conocimiento y uso de los servicios de salud en general y de SSR. Los grupos focales se realizaron para profundizar en algunos aspectos que fueron arrojados por el instrumento cerrado.

## Resultados

En total fueron entrevistadas 138 mujeres en los tres hospitales del estudio: 35 mujeres en el Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Apía (primer nivel de atención 25.4% de la muestra); 35 mujeres en el Hospital San Pedro y San Pablo del Municipio de la Virginia (segundo nivel de atención 25.4% de la muestra) y 68 mujeres en el Hospital Universitario San Jorge del Municipio de Pereira (tercer nivel de atención, 49.3% de la muestra).

De las entrevistadas, 71 tenían entre 15 y 24 años de edad, 49, entre 25 y 40 años y 18 estaban en el rango de 41 a 55 años de edad. El mayor número de entrevistas se realizó en el servicio de consulta externa (53%), seguido del servicio de hospitalización (42%) y sólo 2.1% en urgencias debido a la dificultad de hacer entrevistas en este

servicio. La gran mayoría de las entrevistadas pertenece a la población urbana (70.3%).

67.4% de las entrevistadas cursó la escuela primaria, 31.9% alcanzó a cursar algún grado de bachillerato y ninguna accedió a la educación superior. De acuerdo con la información de las entrevistas, la mayoría (39.1%) desconoce el estrato socioeconómico al que pertenece, 30.4% dijo pertenecer al estrato socioeconómico 1 (bajo - bajo), 23.2%, al estrato 2 (bajo) y 5.1%, al estrato 3 (medio - bajo).

Un amplio porcentaje de las entrevistadas dijo no trabajar actualmente (61.6%). Del total de las mujeres trabajadoras, la mayoría se ocupa en oficios varios (43%) y labores de aseo (19%). El 92.5% de estas mujeres trabajadoras gana menos de un salario mínimo (aproximadamente US \$100).

Casi la totalidad (97%) depende económicamente de otra persona. El ingreso salarial de la persona de la cual dependen en casi todos los casos es inferior a dos salarios mínimos y casi 80% recibe menos de un salario mínimo. Sólo 14.5% de las entrevistadas cubren en forma exclusiva los gastos del hogar.

En general, el gasto real más importante lo constituye la alimentación, seguido del pago de gastos de vivienda y de transporte. El estudio y la salud, junto con el vestuario, son considerados como los gastos menos importantes. Un muy bajo porcentaje (8%) destina de manera rutinaria dinero para la salud. La mayoría (57.2%) respondió que no destinaba dinero para este gasto y 34.8% dijo que sólo lo hace ocasionalmente, en especial cuando se trata de la salud de lo(a)s hijo(a)s

Del dinero gastado en salud, la mayor parte se destina a la compra de medicinas (63.7%), seguido de los gastos en exámenes (18.1%), consultas médicas (9.4%) y citas con especialistas (0.7%). 92.8% de las mujeres dijo que estos gastos afectan gravemente su presupuesto mensual.

El total de las entrevistadas dijo trabajar en oficios domésticos en su hogar y sólo una de ellas dijo haber recibido algún reconocimiento

económico por dichas labores. 18.8% realizan, además, labores domésticas fuera de su hogar, pero sólo 56.3% de ellas recibe algún pago por ese trabajo.

En general dijeron no tener tiempo libre y están dedicadas a tareas del hogar (47.8%) o el cuidado de los hijos (38.4%). Sólo 14.5% habló de descanso y 7.2% dijo practicar algún deporte.

Casi 55% de las mujeres dice vivir con su esposo o compañero, ya sea con sus hijos o con otros familiares. En caso de enfermedad de algún miembro de la familia, 83.3% de las mujeres son responsables del cuidado de la salud en el ámbito del hogar.

El maltrato intrafamiliar es una situación muy común en el país. El 55.78% de las mujeres entrevistadas dijo haber sufrido alguna vez maltrato físico o psicológico. El maltrato en el grupo de mujeres entre 41 y 55 años alcanza porcentajes del 94.4%, en el de 25 a 40 son maltratadas 57.1% y 45.1% de las mujeres más jóvenes ha sufrido maltrato de algún tipo.

## Uso y conocimiento de los servicios de salud

La principal causa de consulta por la que acuden alguna vez a los servicios de salud se relaciona con el embarazo. 66.7% de las mujeres entrevistadas dijo haber asistido alguna vez a controles de embarazo y la misma proporción ha acudido para atención al parto y el puerperio. 46.4% de ellas dijo haber acudido a realizarse citologías, 21%, a consultas de planificación familiar, 11.6% a colposcopías, 9.45%, a charlas sobre SSR y 0.7%, a consultas sobre infertilidad. Sólo en muy bajos porcentajes acuden para diagnóstico, prevención y tratamiento de cáncer, ETS, charlas informativas o por violencia.

El servicio que más conocen la entrevistadas es la atención al parto (87.7%), seguido de los servicios de ecografía (76.8%) y las citologías (71.3%). Otros servicios mencionados son el control prenatal y la colposcopia. En general, las mujeres tienen un gran desconocimiento de sus derechos como usuarias de los servicios de SSR, en especial en lo que toca a los servicios de prevención y promoción.

Entre las usuarias hay una percepción positiva de la calidad de los servicios de salud pues todas dijeron que les había parecido buena y 99.3% dijo haber recibido un trato cordial. Sin embargo, sólo 17.4% de ellas dijo haber recibido alguna explicación. Entre ellas, el 58.7% recibió alguna explicación sobre el procedimiento, 33.3%, sobre el examen médico y 17.4%, sobre el uso de medicamentos.

## Obstáculos para el uso de los servicios de salud

Los obstáculos referidos por las mujeres para asistir a consulta se relacionan fundamentalmente con los problemas económicos (79%), seguidos por la lejanía del hospital (18.18%) y la consideración de que no se trataba de un problema grave (12.3%). Otros obstáculos referidos son: problemas en el hogar (5.85%), horarios inadecuados del hospital (5.1%), no les gusta el médico (4.3%), la atención no es buena (2.2%) y el conflicto armado (0.7%).

Del total de mujeres que acudieron para control del embarazo y atención al parto, menos del 35% ha podido pagar los servicios. Sólo 14.5% ha podido pagar por la planificación familiar, 3.6%, por las charlas y 2.9%, por la colposcopia. Menos de 40% de las mujeres que alguna vez asistieron al servicio han podido pagar. Entre los motivos por los que no han hecho uso de estos servicios nuevamente se encuentra en primer lugar la falta de dinero para pagar la consulta (65.3%), los exámenes (36.8%), o las medicinas 31.6%). De modo que sólo acuden en casos de extrema gravedad (12.6%) o porque es muy difícil conseguir un turno (12.6%).

La investigación pone de relieve el énfasis casi exclusivo puesto en los problemas relacionados con la reproducción y la baja respuesta integral por parte de los servicios a la SSR, incluida la marginación de servicios para adolescentes. Se evidencia, además, que a medida que avanza la edad de las mujeres y los eventos reproductivos "pasan", disminuye la asistencia a los servicios de SSR. Esto es igual cuando las mujeres utilizan métodos definitivos de planificación familiar.

Estas situaciones nos han llevado a plantear algunas hipótesis sobre la historia del cáncer de cuello uterino en las mujeres pertenecientes a la población vinculada. En general, la excesiva mortalidad

femenina por cáncer está asociada menos a la agresividad de la patología que a la atención inadecuada en sus primeros estadios.

## Recomendaciones a nivel local para la Secretaría de Salud Departamental o el Instituto Municipal de Salud

- Acompañar procesos de presión a nivel nacional que conduzcan a la definición de una normatividad clara para la atención a la población vinculada.
- Promover y realizar la contratación de las acciones del PAB con los hospitales locales a fin de mejorar su cobertura y eficacia. Promover campañas de prevención de las ETS/SIDA, citología vaginales, auto-examen de mama, entre otras.
- Estimular la demanda de usuarias identificadas por el SISBEN, creando las condiciones para su posterior afiliación al régimen subsidiado al mismo tiempo que una plena conciencia sobre la ley, el SGSSS y sus derechos.
- Dar prioridad a las mujeres de la población vinculada dadas su vulnerabilidad, la dificultad para ejercer sus derechos en salud y la condición de inequidad que padecen en los ámbitos social y doméstico.
- Diseñar campañas de registro masivo de las mujeres para garantizar el acceso a los servicios mediante los mecanismos de identificación del SISBEN.
- Homogenizar los sistemas de información usados en los hospitales para que recojan la información necesaria a fin de obtener indicadores que den cuenta de una visión integral de la SSR.
- Profundizar en la problemática del cáncer de cuello uterino.
- Dado el evidente nivel de pobreza de las mujeres de la población vinculada, articular las estrategias desde el sector salud para mejorar su calidad de vida y no reducirse a acciones relacionadas con la salud-enfermedad.

## Recomendaciones a nivel nacional para el Ministerio de Salud y/o el Congreso

- Discutir la creación de un fondo para la afiliación y atención real de la población vinculada.
- Estimular la regulación, mediante una normatividad expresa, de la prestación de servicios de SSR para población vinculada mediante la definición de un paquete de prestación de servicios integral, oportuno y que no margine a la población de riesgos mayores.
- Promover debates sobre la necesidad de considerar el aporte económico que significa el trabajo realizado por las mujeres para el cuidado de la salud en los hogares para que éste se convierta en un mecanismo que mejore su acceso a los sistemas de salud.
- Reevaluar la existencia de copagos o cuotas moderadoras para la población de los estratos socioeconómicos que estén por debajo de la línea de pobreza a fin de eliminar obstáculos para el acceso de la población no afiliada a los servicios de salud.

# La Cogestión de la Salud y su interacción con el capital social, humano y la cultura

## Estudio de cuatro casos con énfasis en la salud de las adolescentes y mujeres

Liliana del Carmen La Rosa Huertas<sup>1</sup>

Equipo de trabajo de campo: Mery Carrasco Turín, Zoila Minaya Ruiz

Hemos elegido estudiar la política sanitaria más importante surgida en el proceso denominado Reforma Sanitaria en la década pasada en el Perú. Esta investigación explora la interacción entre políticas sanitarias para el primer nivel de atención de salud (Puestos y Centros de Salud) y su impacto en el capital social, humano y cultural de los diversos actores sociales involucrados en el "ámbito salud<sup>2</sup>" a nivel local, con especial interés en la Salud de las adolescentes y mujeres.

El estudio concentra su atención en la política sanitaria más importante surgida en el proceso denominado Reforma Sanitaria de la década pasada en el Perú: los Centros Locales de Administración Compartida (CLAS). Para ello, seleccionamos cuatro casos de CLAS, tipificados por los gerentes del programa, según nivel de logro: muy bueno, bueno, regular y con problemas. Los casos han sido diferenciados por la ubicación: urbano marginal, urbano marginal en situación de "tugurización" (pobreza extrema), urbano marginal de provincia y rural de provincia.

En el Perú no ha existido un proceso global de reforma sanitaria con tiempos y productos explicitados y con una consistencia general, sino con procesos incrementales dispersos y, en algunos casos, incluso disímiles. Sin embargo, nuestros casos de estudio, que se refieren sólo al primer y segundo niveles de atención, fueron parte de un programa piloto que, dado su éxito, fue creciendo como política e impactó y sigue impactando en las dimensiones expresadas por el concepto de reforma sanitaria.

Los CLAS son administrados por un Consejo Directivo proveniente de las organizaciones de la comunidad y un gerente seleccionado por el sector de salud, los cuales a través de un acuerdo básico, expresado en el Plan de Salud Local, implementan y monitorean la provisión de atención y las acciones de promoción de la salud, debiendo contar para ello con la asesoría y supervisión de la Dirección Regional de Salud respectiva, la que a su vez se relaciona directamente con el nivel central del sector.

Hemos puesto especial interés en analizar la interacción de la política de cogestión que reforma el tipo de relaciones entre los servicios y la comunidad y entre los propios profesionales involucrados y el sector salud, desde la perspectiva de acumulación de capitales: humano, social

y cultural. Esta perspectiva tiene como supuesto que las políticas están en capacidad de impactar en la acumulación o desacumulación de estos capitales e incluso pueden llegar a establecer (mediante incentivos, contrapesos o sanciones) mecanismos de empoderamiento e inclusión social de poblaciones históricamente excluidas de los bienes y servicios públicos.

Hemos explorado con especial atención lo que sucede con las mujeres y las adolescentes, en su condición de ciudadanos y en su condición de clientes del servicio. En este marco, nuestra investigación provee un debate técnico sobre el impacto de las políticas sanitarias en la acumulación de capitales (social, humano y cultural), en la condición de cliente y en la de ciudadano de la población pobre del Perú. Se ha puesto especial atención a lo que sucede con las mujeres y las adolescentes en general y, en particular, en relación a la salud sexual y reproductiva para llegar a formular recomendaciones al modelo CLAS y al sector salud en su conjunto.

Nuestro estudio fue realizado con metodología cualitativa, por lo que se llevaron a cabo 30 entrevistas en profundidad a funcionarios de nivel central y regional y a gerentes de CLAS. Asimismo, recolectamos información de 57 miembros de los equipos de salud de los CLAS y de 20 miembros de los consejos directivos que llenaron las encuestas de auto-aplicación.

El estudio concluye que la implementación de los CLAS constituye un avance en la perspectiva de superar el foco tradicional del sector salud puesto en el capital humano y pasar a construir

políticas y programas sanitarios que pongan el eje gerencial en el capital social, lo cual impacta en la democratización de la salud como derecho humano. Nuestra investigación muestra que el modelo ha logrado un importante avance normativo, en la medida en que ha creado jurisprudencia para la inclusión de la comunidad en la cogestión de los servicios y ha avanzado a generar espacios de fortalecimiento del tejido social local en algunas zonas, con el consecuente cambio en la interacción entre proveedores y población. Sin embargo, la oferta sanitaria no ha cambiado, sigue centrada en el capital humano (el riesgo, la enfermedad, el daño).

Como propuesta de cogestión y participación ciudadana, los CLAS demuestran poca articulación e integración con las políticas sociales en el ámbito nacional, regional y local. A pesar de constituir una iniciativa sustantiva que fortalece el tejido social pre-existente en salud, en especial el conformado por organizaciones de mujeres, vecinales y de promotores de salud, los CLAS aún no dejan de ser una "isla" al interior del sector y en la agenda de diferentes sectores en la lucha contra la pobreza.

Los CLAS cuentan con un Plan de Salud Local que replica las concepciones y limitaciones programáticas del Ministerio de Salud, referidas a la atención del riesgo y la enfermedad, con escasas acciones de promoción de la salud. Muestran nula capacidad de incidir en el cambio de la oferta de servicios, lo cual se evidencia en el hecho de que los problemas centrales de salud pública, como la violencia de todo tipo (familiar, sexual y social), los problemas de salud mental y la salud sexual, están plenamente desatendidos.

<sup>1</sup> Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud- SPAJ; Pontificia Universidad Católica del Perú.

<sup>2</sup> Definimos ámbito salud como el conjunto de instituciones y actores sociales que afectan la salud de las personas, en el que el sector salud y sus componentes son una parte importante, pero no única.

El esquema de constitución del CLAS excluye a las adolescentes y jóvenes de la cogestión local. De igual manera sucede con las instituciones relevantes, como colegios y comisarías. Todos ellos son convocados para la implementación de acciones, pero no para ser parte del proceso de toma de decisiones. Esto restringe la acción del CLAS a lo tradicionalmente sectorial y no suma capacidades con las otras instituciones del nivel local.

Hemos investigado y examinado ciertas variables del capital social, como la confianza, las normas y sanciones y la experiencia de organización y participación en redes. Descubrimos que se trata de variables centrales para iniciar procesos sociales de “empoderamiento” y crecimiento ciudadano. Estas variables se revelan como importantes en el discurso de los gerentes, de las miembros de los equipos de salud y de la población organizada, quienes las vinculan al éxito o fracaso de las políticas y programas; sin embargo, señalan que no cuentan con mecanismos para implementarlas en forma sistemática y para monitorear su desempeño. Asimismo, encontramos que no existen políticas explícitas (acompañadas de asignación presupuestaria) para fomentar las redes sociales, para la generación de confianza (a través de la capacitación, los espacios de información y la consulta pública), y para la generación de normas y sanciones adecuadas a los procesos sociales de cada comunidad.

Ciertas dimensiones del llamado capital cultural, como el “capital cultural encarnado” y el institucionalizado han mostrado ser las grandes ausentes del diseño de políticas y programas que implementan los CLAS, tanto en relación a los propios miembros del equipo de salud, como a nivel comunitario. Es interesante anotar que el personal contratado en los equipos de salud es el que muestra mayor interés por formarse y convertirse en “capital cultural encarnado” para la cogestión. Podemos decir que el CLAS ha logrado encontrar un espacio de desarrollo profesional y científico para el personal de salud interesado en salud pública, una suerte de “especialización” destinada a pensar la salud con y desde la comunidad. Este es un paso sustantivo en el proceso sanitario peruano que abre retos específicos.

El capital humano, evaluado a través de la calificación educativa y las habilidades de organización y participación de los dirigentes y el personal de salud, reporta que el CLAS está llegando a la población más eficazmente participativa y con mayor experiencia de dirección en el espacio local. Sin embargo, esto no coincide con las competencias del equipo de salud, que no está capacitado para el trabajo comunitario, y realiza un “aprendizaje en la acción”, pero con pocos elementos de juicio para entender los procesos sociales y las potencialidades de su acción, para la democratización de la salud y el cambio de paradigmas en el área. El personal de salud ha sido involucrado en el modelo pero sin que se haya invertido en facilitarle un proceso que integre la dinámica comunitaria y las políticas sociales locales que es posible impulsar desde la salud y, más aún, sin entrenarlo en las competencias básicas para la labor de cogestión (negociación, diagnóstico comunitario participativo, metodología de trabajo con organizaciones de base, incluyendo acompañamiento y fortalecimiento de su autonomía).

# Del Enfoque Materno Infantil al Enfoque de la Salud Reproductiva: Tensiones, Obstáculos y Perspectivas

Autora Principal: Ps Alejandra López Gómez

Co-autores: Dr. Wilson Benia, Dra. Myriam Contera, Dr. Carlos Güida, Dra. Laura Echeveste

Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género

Facultad de Psicología, Universidad de la República

De junio de 2001 a julio de 2002 se realizó en Montevideo, capital de Uruguay, una investigación cuyo objeto central fue analizar la tensión entre el paradigma de la salud reproductiva y el de la salud materno-infantil. A partir de una experiencia concreta de implementación de un Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM), con énfasis en la salud sexual y reproductiva, en efectores organizados históricamente –tanto en su estructura edilicia como funcional–, para brindar servicios desde la perspectiva materno-infantil, el estudio se propuso conocer y comprender las perspectivas de los diferentes actores involucrados en la definición y ejecución del Programa SIM: directores de los Centros de Salud, integrantes de los equipos de salud de los Centros, mujeres usuarias de los Centros y autoridades ministeriales.

El objetivo general de la investigación fue conocer los factores socioculturales, funcionales y organizacionales que inciden en la inserción de un Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM) con énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva, en el marco de un modelo asistencial materno-infantil, en servicios de primer nivel de atención del sub-sector público del Departamento de Montevideo y parte de la zona metropolitana. Sus objetivos específicos fueron: a) conocer el perfil sociodemográfico de las mujeres usuarias y explorar sus percepciones sobre asuntos relativos a su salud sexual y reproductiva; b) identificar los factores funcionales y socio-culturales que inciden en el acceso de las mujeres usuarias de los Centros a los servicios del Programa SIM; c) conocer los aspectos conceptuales, culturales y laborales de la realidad de directores y técnicos de los centros que inciden en su implementación; d) identificar los factores condicionantes de la prescripción de métodos anticonceptivos por parte de las y los técnicos y, finalmente, e) conocer el papel que juegan los varones en las decisiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción.

## Antecedentes

Uruguay, país pequeño, con una población total fundamentalmente caucásica de 3,322,141 habitantes, se ha caracterizado históricamente en el contexto regional por algunas peculiaridades en la conformación de su Estado y de su sociedad de las que surgieron algunas ventajas comparativas con el resto de los países latinoamericanos durante buena parte del siglo XX. Un rasgo relevante se refiere a la rápida urbanización: hoy, casi el 91 % de la población vive en centros urbanos, de la cual el 50% reside en la capital del país, Montevideo. Desde la primera década del siglo XX, su transición demográfica y epidemiológica, temprana en el continente, le permitió exhibir niveles de mortalidad y tasas de fecundidad similares a los experimentados por las poblaciones de los países industrializados, reduciendo su natalidad inicial entre 1880 y 1940 en un 60%. Como consecuencia de estas tendencias, el país exhibe una estructura de población relativamente envejecida y un bajo crecimiento vegetativo.

En la sociedad uruguaya prevaleció un imaginario sobre el igualitarismo, la proximidad y la conciliación en tanto claves fundacionales, lo cual fomentó la construcción de representaciones sociales dominantes en torno a un país con “oportunidades para todos y todas”, sin grandes diferencias sociales. En este marco, se explica la creencia fuertemente arraigada en una igualdad entre hombres y mujeres, lo cual se ha visto confrontado en la última década por las evidencias sobre la desigualdad.

El sistema de salud en Uruguay también muestra una historia atípica en el continente: el subsector público provee cobertura a un 48 % de la población total, procedente de los sectores de menores recursos, a través de una amplia red de servicios, con especial énfasis en el desarrollo del primer nivel de atención. El subsector privado es responsable de la atención de un 52% de la población a través de un sistema de adhesión voluntaria con una modalidad de prepago de una cuota mensual (IAMC). El carácter de los servicios es casi exclusivamente asistencial, con grandes diferencias en la calidad de las prestaciones.

Dentro del subsector público, se está produciendo un cambio acelerado hacia la descentralización, traducida, por ejemplo, en la transferencia a los efectores del primer nivel de la responsabilidad de la planificación e implementación de Programas de Promoción y Prevención, pudiendo ubicarse el desarrollo del Programa SIM como producto de ese proceso.

La reforma del Estado en Uruguay, en la cual se inscriben los intentos de reforma del sector salud, sigue una pauta gradualista. En la agenda de los distintos actores políticos, la reforma del sector y la salud reproductiva no parece ocupar un lugar prioritario. La cautela de los actores coincide con rasgos culturales que mediatizan y gradualizan los cambios en todas las áreas de la vida social. Los derechos sexuales y reproductivos no parecen haber obtenido en general el reconocimiento y la apropiación de la ciudadanía; y tampoco parecen estar claramente identificados por los actores del sistema político o del Estado. No sucede lo mismo con la salud materno-infantil, ya que el temprano desarrollo de programas en este campo, integrados tanto en el sector público como privado de la salud e iniciados hacia mediados del siglo XX, permitió exhibir un panorama comparativamente favorable en la región. Sin embargo, el desarrollo del modelo materno-infantil, su institucionalización y hegemonía, trae aparejadas dificultades, tanto para deconstruir y revisar los supuestos en los que se basa este enfoque, como para la incorporación de un enfoque centrado en la promoción de derechos sexuales y reproductivos de las personas, y de las mujeres en particular.

## Metodología

En función de los objetivos del estudio, se propuso el diseño de una estrategia metodológica tendiente a la integración de técnicas cualitativas y cuantitativas a fin de conocer diferentes facetas y perspectivas sobre un mismo objeto de estudio. En el mismo sentido, se conformó un equipo interdisciplinario integrado por investigadores/as vinculados a las ciencias de la salud y las ciencias sociales. La estrategia de integración mediante la combinación de métodos, fuentes, técnicas e investigadores, constituye uno de los criterios elegidos para la confiabilidad de los resultados. La aplicación de varios instrumentos –entrevista a técnicos y directores de los Centros, entrevista a autoridades ministeriales, entrevista a mujeres usuarias, encuesta a usuarias, observación directa de centros y análisis documental– así como la triangulación de la información recogida, permitió recuperar el punto de vista de los diferentes actores y analizar mejor el escenario de desarrollo del Programa SIM en aquellos puntos que presentaban divergencias y contradicciones.

A partir del proceso de análisis del material de los diferentes componentes del estudio, se identificaron cinco dimensiones que permitieron definir los campos de integración y organización de los resultados. Las dimensiones están referidas a la tensión entre los paradigmas de la salud reproductiva y la salud materno-infantil, a las representaciones sobre la mujer usuaria, a la conciencia y el ejercicio de derechos sexuales y

de derechos reproductivos, al lugar del varón en las decisiones sexuales y reproductivas y al modelo de atención de los servicios.

## Resultados

La investigación permitió identificar una serie de factores que intervienen en la incorporación e implementación del Programa SIM, dificultando y favoreciendo su desarrollo. Se ponen en juego un conjunto de factores que están 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 co-existencia 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 en 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 focalizado en la figura de la mujer-madre, a un modelo que considera a la mujer en tanto sujeto integral cuyas necesidades en salud se producen a lo largo del ciclo vital;
- de un modelo que considera a la usuaria en tanto «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.

Señalamos más arriba 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. El planteamiento de innovaciones no ocupa un lugar en el debate público y los actores políticos mantienen cierta cautela al respecto. Dentro del subsector público, se observa una tendencia hacia la descentralización, traducida en la transferencia a los efectores del primer nivel de la responsabilidad de la

planificación e implementación de programas de promoción y prevención. El Programa SIM se enmarca en este proceso. Su creación no estuvo acompañada de una 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 SSAFE potencia sus alcances hacia la población usuaria de Montevideo. Alcances que no sólo se refieren a la cobertura, sino al desarrollo de acciones de promoción y prevención, y su enlace con los niveles 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 «pensar global, actuar local» es una fórmula que permitiría enfrentar la complejidad y los desafíos que exige la construcción de puentes entre la reforma del sector y la salud reproductiva.

## Recomendaciones

1. Definir y explicitar desde los ámbitos normativos del MSP los lineamientos y prioridades en el campo de la salud sexual y reproductiva, tendiendo 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, efectores a nivel privado, universidades).
3. Elaborar, validar y difundir normas de atención en salud sexual y reproductiva, retomando los

esfuerzos realizados en los últimos años. Particular atención debería prestarse a los aspectos concernientes a las normativas que orienten el quehacer de los y las 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 calidad de atención y calidad de 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, monitoreo y evaluación del Programa.
7. Implementar una estrategia de difusión del Programa SIM y sus prestaciones de modo que se favorezca el acceso 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 implementación 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 urgencia.
11. Generar estrategias para el involucramiento de los varones y la atención de su salud sexual y reproductiva.

# Barreras de Acceso a Programas de Planificación Familiar en Mujeres Afiliadas al Régimen Subsidiado en Colombia Cali- Valle-Colombia 2001

## Introducción

El objetivo de esta investigación es determinar los factores que se constituyen en barreras para el acceso a los servicios de salud en la población de mujeres en edad fértil con vida sexual activa afiliadas al régimen subsidiado en Cali, Colombia. Además, reconocer algunas características principales de este grupo poblacional, de manera que estos elementos aporten herramientas a los tomadores de decisiones en salud que fortalezcan y mejoren las estrategias de captación de usuarias para los programas de planificación familiar. De igual manera permitir al personal profesional y técnico prestador de servicios adoptar e implementar estrategias de captación, atención y seguimiento de usuarias potenciales del programa.

La salud materna influye sobre el resultado de cualquier gestación y una sucesión rápida de gestaciones puede causar efectos nocivos en la salud de la madre. Por esto, la planificación familiar es uno de los aspectos que aportan beneficios no solamente a la salud de la madre y los hijos, sino también al desarrollo y bienestar de la familia.

La utilización de métodos de anticoncepción requiere prescripción médica, una valoración inicial de las condiciones de salud de la mujer y las razones que llevan a la pareja a planear los nacimientos, bien sea para espaciarlos o limitarlos, y un control periódico de acuerdo con el método que se escoja. Las actividades son realizadas por las instituciones de salud según las normas existentes dentro de los programas de promoción de la salud, detección temprana y protección específica. Para esto, es necesario contar con información sobre métodos de anticoncepción eficaces y seguros, con acceso a servicios de salud de calidad, y respetar el derecho de las mujeres al conocimiento de su cuerpo y al ejercicio de su sexualidad sin riesgo.

El elevado ritmo del crecimiento poblacional es un obstáculo para el mejoramiento de las condiciones de vida, especialmente entre familias pobres. Uno de los indicadores del problema en el mundo es que únicamente el 49% de las mujeres casadas utiliza algún método de anticoncepción moderno, razón por la que existen millones de embarazos de alto riesgo que ponen en peligro a la madre y al niño

El Banco Mundial recomienda intensificar los esfuerzos para avanzar en iniciativas de planificación familiar, pues podrían evitarse hasta 850.000 muertes de niños y hasta 100.000 muertes maternas cada año. El 99% de estas mujeres viven y mueren en los países en vía de desarrollo.

La falta de información, de acceso a servicios de salud de calidad y de métodos anticonceptivos seguros aparecen entre las causas más evidentes de embarazos no deseados. En los países en desarrollo en general, a excepción de China, aproximadamente 20% de las mujeres casadas en edad de concebir carecen de acceso suficiente a la

planificación familiar. El porcentaje varía bastante entre regiones y países. Por ejemplo, en la India se encuentra el nivel más alto de planificación familiar insatisfecha, aproximadamente 31 millones de mujeres, en Pakistán 5.7 millones carecen de métodos anticonceptivos, en Bangla Desh 4.4 millones, y en México, 3.1 millones de mujeres. En Colombia se calcula que la demanda insatisfecha para planificación familiar alcanza el 6% de las mujeres que se encuentran con compañero.

El principal objetivo de la reforma del sistema de salud en Colombia es la ampliación de la cobertura para los regímenes contributivo y subsidiado, sobre la base de un esquema solidario que permita acceder a los servicios a la población más pobre con subsidio del Estado. Sin embargo, a pesar del aseguramiento, existe cierto deterioro de algunos de los indicadores en salud, como es el caso del programa materno-infantil.

En Colombia, la población femenina en edad fértil representa el 27% del total de la población y el 53% del total de la población femenina. Del total de embarazos que terminaron en aborto en el año 1998, el 25% se presentó por fallas en los métodos y el resto por falta de acceso a ellos (13.6%).

En la ciudad de Cali, el número esperado de mujeres afiliadas al régimen subsidiado que podían ingresar al programa de planificación familiar en el año 2001 es el 8%. El número de controles corresponde al 32% del total de las mujeres, representado por 28% de usuarias de años anteriores más el 45% de las que iniciaron en este año, de donde resulta un total de consultas de 21.671; sin embargo, actualmente las consultas de primera vez se encuentran en 3.710 y las consultas totales en 9.572, lo que indica una ampliación del uso de 84% en consultas de primera vez y de 34% para los controles. Ello muestra una ampliación del uso del programa de 43%.

La Secretaría de Salud de Cali señala que durante los años de 1996 a 1998 se observó un incremento poco significativo en el número de mujeres que ingresaron al programa de planificación familiar. Es conveniente recordar que

las normas del programa contemplan una visita de control por año, lo que significa que por lo menos aquellas que inician el método en la institución de salud regresan al primer control. La gran dificultad está no solamente en captar a las mujeres para el ingreso, sino en lograr que continúen asistiendo al programa.

La tasa de natalidad en la ciudad prácticamente no ha presentado modificaciones entre 1996 y 1998, pero la mortalidad materna se ha incrementado (65 por 100.000 nacidos vivos en el año 1996 y 82.5 por 100.000 en 1998). Las principales causas de esta última son trastornos ligados a la hipertensión asociados con el embarazo, abortos y hemorragias.

La población afiliada al régimen subsidiado corresponde al 12% del total de la población del municipio. Entre los afiliados al régimen subsidiado, 12% cuentan con viviendas en condiciones inadecuadas y 28.5% viven en hacinamiento; 94% de la población no cuenta con recursos suficientes para cubrir los gastos familiares; 68% refiere ingresos familiares por debajo de medio salario mínimo mensual.

A pesar del amplio conocimiento en la región sobre la existencia de métodos para planificar, las usuarias no acuden a consulta médica para la búsqueda del método adecuado ni para control periódico.

## Metodología

Se llevó a cabo un estudio de Prevalencia durante el período comprendido entre julio de 2001 y octubre de 2002, cuyo objetivo general era determinar las barreras de acceso de mujeres en edad fértil afiliadas al régimen subsidiado a programas de planificación familiar en las instituciones de salud de Cali.

Los objetivos específicos se orientaron a determinar las barreras demográficas, geográficas y económicas que afectan el uso de los servicios de planificación familiar en las mujeres del régimen subsidiado en Cali, así como las barreras institucionales que perciben las mujeres afiliadas al

régimen subsidiado para el acceso a programas de planificación familiar.

La población de estudio está conformada por las mujeres de 15 a 49 años, residentes en el municipio de Cali, afiliadas al régimen subsidiado. Según la base de datos del SISBEN, se reportó un total de 53.807 mujeres que representan el 8.27% del total de la población femenina de la ciudad, y el 28% de la población de régimen subsidiado en Cali.

Se realizó un muestreo por estratos, en los cuales se seleccionaron 20 conglomerados (manzanas) a fin de asegurar la representatividad de la población. Para definir el número de conglomerados por visitar, se identificó el número total de manzanas en cada una de las comunas de Cali. La relación entre el número de conglomerados y el número de mujeres por cada uno de ellos permitió establecer un salto para identificar en forma sistemática los conglomerados objeto de visita hasta recorrer toda la comuna.

El establecimiento de las mujeres para encuestar por estrato se hizo a través del cálculo de la población total de mujeres en edad fértil y su ubicación por comuna de residencia. Se estableció la distribución porcentual de las mujeres por estrato, posterior a lo cual se ponderó el porcentaje por cada uno de ellos. Con el número aproximado de mujeres por estrato y el número de conglomerados aproximado por cada estrato, se estableció el promedio de mujeres a encontrar por conglomerado. Se aplicó la encuesta a todas las mujeres residentes en el conglomerado que cumplieron con los criterios de inclusión.

Al momento de aplicación de la prueba piloto se encontró que existe una gran movilidad de la población y al momento de aplicación de la prueba piloto no se encontró a una gran proporción de mujeres en la dirección que habían dejado al actualizar la información en la Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) de afiliación.

## Discusión de los resultados

La población afiliada al régimen subsidiado reside en las zonas más pobres del municipio. La población es joven (30 años en promedio) con distribución por edades similar a la de todo el país. El nivel de escolaridad no es bajo (7.7 años) y casi 60% se encuentra en el hogar con el resto trabajando en el sector informal de la economía. La tasa de desempleo como relación porcentual entre las personas desempleadas y el número de mujeres que ingresan a la PEA corresponde a 21%. El hecho de que las mujeres deban estar en casa al cuidado de los hijos se encuentra entre las barreras para el acceso al servicio. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos.

Casi la tercera parte de las mujeres están solteras (29%), el 71% tiene compañero estable (18% casadas y 53% en unión libre). La tasa de natalidad fue de 2.5, lo que no representa una diferencia importante respecto de la tasa nacional (2.6).

En Cali, el sector privado distribuye cerca del 73% de los métodos de planificación familiar. Al comparar la situación de las mujeres afiliadas al régimen subsidiado de Cali con la totalidad de las mujeres del país que usan métodos de planificación familiar, las proporciones son muy cercanas en lo que se refiere a quién distribuye los métodos: droguerías y

farmacias (32%), Profamilia (33%), instituciones de la Secretaría de Salud Pública (24%) y otros proveedores (8%).

Tanto entre las usuarias como entre las no usuarias del programa de planificación familiar, prevalece como método de anticoncepción el pomey, seguido de los anovulatorios orales y, entre estos últimos, el uso del dispositivo intrauterino es mínimo usándose mucho los métodos naturales. La baja utilización del dispositivo podría explicar la baja asistencia al programa, dado que quienes sí lo usan ven mayor necesidad de asistir al centro de salud para control.

La posibilidad de acceso a los servicios de salud disminuye conforme aumenta la edad; sin embargo, en esta investigación se observó menor asistencia al programa en los dos grupos de edad extremos sin que haya diferencias significativas entre los grupos de edad.

Si bien la distancia al centro de atención y el tiempo de desplazamiento suelen ser reportados como barreras, la investigación no mostró diferencias por este rubro entre las usuarias y las no usuarias del programa. En cambio, el costo del transporte sí mostró ser un factor importante que distingue a los dos grupos de población y el valor del método también mostró diferencias, pues las mujeres que compran el método visitan menos el programa en la institución de salud.

Por otra parte, el desconocimiento del servicio por falta de información proveniente de las Empresas Promotoras y Administradoras de Salud es la barrera más importante de acceso al servicio. La mayoría de la población de ambos grupos no ha recibido información sobre la existencia del programa de planificación familiar. La gran mayoría de las mujeres no usuarias del programa no percibe la necesidad de asistir a la institución de salud para el control del método de planificación familiar.

## Recomendaciones

- Integrar a la comunidad en la planeación, ejecución y evaluación de acciones en salud sexual y reproductiva.
- Las instituciones privadas deben generar un sistema de información, distribución y venta de métodos anticonceptivos que permita la elaboración de un registro de los métodos usados.
- Integración de las entidades privadas que ofrecen métodos de planificación familiar en la promoción de la salud y en la inducción de la demanda de servicios en las instituciones de salud.
- Incentivar a instituciones como Profamilia para la orientación de las mujeres de régimen subsidiado hacia las instituciones de salud para el seguimiento y control de los métodos anticonceptivos.
- Las instituciones públicas prestadoras de servicios y las ARS deben informar a las mujeres y a sus compañeros sexuales sobre la existencia del servicio de planificación familiar en las instituciones de salud como parte de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Estimular la demanda de los servicios a través de incentivos a las mujeres y sus compañeros desde las ARS, las empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Captar población de riesgo durante las consultas realizadas a los diferentes servicios en las instituciones de salud.
- Crear un sistema de información de carácter individual y masivo con las características de la población con respecto a las acciones de las instituciones de salud en el área de la salud sexual y reproductiva.
- Impulsar los programas de SSR en la comunidad mediante el uso de los medios masivos de comunicación.
- Las secretarías de salud pública municipal y departamental deben generar un sistema de información, distribución y venta de métodos anticonceptivos, permitiendo el registro de las usuarias según los métodos en las instituciones públicas y privadas para que las ARS puedan inducir demanda a los servicios de salud, especialmente de planificación familiar.
- Reorientar las acciones en salud para la mujer hacia servicios de atención integral.
- Intensificar la promoción de la planificación familiar en colegios y centros donde se concentra la población adolescente.
- Intensificar programas de promoción de sexo seguro y prevención de embarazos no deseados para la población masculina en centros de trabajo, reunión y esparcimiento.



La investigación se aplicó en dos comunidades rurales y dos suburbanas y en ella se consideraron cuatro grupos de aproximadamente 30 personas cada uno, en su mayoría mujeres en edad fértil (MEF):

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

El área de intervención fue escogida a partir del estudio de las características demográficas regionales así como los indicadores de salud y desarrollo humano del área andina, comparados con los del resto del país. 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 sobre la base de su participación voluntaria.

La variable principal estudiada fue definida como los comportamientos saludables en SSR que se incrementan al adquirir habilidades para una vida productiva. Además, se tomaron en cuenta otras variables: a) variable independiente: el modelo de servicio de salud aplicado desde la perspectiva de IEC; b) variable dependiente: el cambio de actitudes en las mujeres en edad fértil incluidas en el estudio, como medio para modificar la morbi-mortalidad; y c) variable interviniente: la oferta de servicios de SSR a cargo de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) del Ministerio de Salud, gobiernos municipales, locales y organizaciones no gubernamentales y privadas.

## Resultados

En general, cuando se comparan los resultados del post-test-2 entre los grupos suburbanos 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), como se puede apreciar en las tablas respectivas. Con esto queda demostrado que el contexto no influye grandemente en los resultados.

Sin embargo, cuando se comparan los resultados del post-test-2 con los del pre-test, longitudinalmente, en cada uno de los grupos en ambos contextos, a fin de comprobar el efecto de la intervención en cada uno de ellos, se advierte un mayor número de diferencias estadísticamente significativas en las respuestas en los dos grupos de intervención que las existentes en las respuestas de los grupos de control. Esto es especialmente notorio en el contexto rural. Con este resultado es posible suponer que la intervención basada en el modelo integrado tuvo un mejor efecto que la intervención convencional, confirmando la hipótesis planteada.

En algunas preguntas que tienen relación con el embarazo, la condición de vivir en pareja, y por lo tanto la experiencia previa de embarazo y parto, ejerce un efecto más poderoso que la propia intervención.

Respecto al conocimiento de métodos anticonceptivos, la intervención aparentemente tuvo poco efecto en personas que viven en el área suburbana.

La edad es un factor condicionante del conocimiento previo. Las personas mayores conocen más en ambos grupos urbano y rural.

## Discusión y recomendaciones

1. Lo que se comprobó en este estudio fue el efecto de aplicar un recurso motivacional (elemento productivo: telares o tejidos) que generó un impacto estadísticamente significativo en los grupos de intervención, a diferencia de los grupos de control, al margen del contexto estudiado.
2. El modelo aplicado en programas de intervención en SSR beneficiaría sobre todo a personas que no viven en pareja, es decir personas con falta de experiencia en el embarazo y sus complicaciones (jóvenes, solteros/as). Consecuentemente, al aplicarse este modelo para capacitar a personas en aspectos diferentes a SSR se podría lograr un efecto aún mayor.
3. 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, a diferencia del ámbito suburbano, dadas las peores condiciones de acceso.

4. Si bien el modelo tuvo buenos resultados en los dos contextos estudiados, su aplicación en un ámbito plenamente urbano seguramente tendría un impacto menor debido al factor pobreza. Esto queda comprobado porque la ciudad de El Alto esta conformada por población migrante que ha buscado escapar de sus condiciones de pobreza, a diferencia del ámbito rural cercano.
5. La vida en pareja en ambos grupos, urbano y rural, es importante e influyó en los resultados al margen del contexto suburbano o rural. Por lo tanto, es probable que un modelo de intervención como éste tenga mejores resultados en personas solteras.
6. Los grupos focales, aplicados en la capacitación y en la evaluación final de estudio, confirmaron los hallazgos estadísticos al mostrar una notoria diferencia en la actitud y motivación a favor de los grupos de intervención al margen del contexto suburbano o rural.
7. Si bien 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 suburbanos lo son con relación a las poblaciones periurbanas más vulnerables de la urbe aledaña próxima a la ciudad de La Paz, recomendamos aplicar las conclusiones del estudio únicamente en contextos similares, toda vez que es posible que existan variables locales, no consideradas en este estudio, que podrían afectar los resultados de forma significativa.
8. 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, etc.).
9. Se recomienda que la Unidad de Reforma de Salud del Ministerio de Salud de Bolivia considere aplicar el modelo de intervención propuesto en un ámbito institucional formal y validar su utilidad en contextos diferentes y dimensiones poblacionales mayores.
10. 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 la salud y las instancias generadoras de empleo (microempresa, etc.).

## Tabla ordenada por la tasa de Mortalidad Materna

Países	Población (millones)	Nacimientos Anuales (miles)	Tasa Mort. Perinatal X 1,000 N Vivos **	Tasa Mort. Infantil X 1,000 Nac. Vivos	Año Dato	Personal Capacitado en Atención del Embarazo (%)	Personal Capacitado en Atención del Parto y R Nacido (%)	Tasa Mort. Materna x 100,000 Nac. Vivos	Año Dato
Haití	8.4	259	95.0	80.30	(00)	78.80	24.20	523	(00)
Bolivia	8.7	268	55.0	67.00	(98)	50.00	58.00	390	(94)
Perú	26.5	603	35.0	33.40	(00-05)	83.80	59.30	185	(94-00)
Paraguay	5.8	174	40.0	19.40	(99)	70.30	85.60	114.4	(99)
Honduras	6.7	205	40.0	42.00	(96)	83.00	42.20	108	(97)
Jamaica	2.6	53	40.0	24.40	(95)	93.80	98.50	106.2	(95)
Guatemala	12.0	416	45.0	36.50	(99)	37.00	80.20	98.1	(99)
Colombia	43.5	976	25.0	19.60	(99)	91.00	86.40	91.7	(99)
Ecuador	13.1	307	45.0	30.00	(94-99)	80.60	83.50	91.7	(99)
Nicaragua	5.3	175	35.0	35.00	(01)	86.20	67.00	87	(01)
México	101.8	2,273	40.0	24.90	(00)	89.20	85.40	83.6	(00)
República. Dominicana	8.6	203	35.0	30.50	(01)	99.00	96.00	69	(01)
Belice	0.2	6	20.0	21.20	(00)	100.00	100.00	68.4	(00)
El Salvador	6.5	166	35.0	15.90	(00)	52.80	57.00	63.4	(01)
Panamá	2.9	60	25.0	15.60	(99)	78.30	90.10	60.7	(99)
Venezuela	25.1	578	25.0	17.70	(00)	25.50	95.30	60.1	(00)
Brasil	174.7	3,374	29.0	31.80	(99)	50.70	97.00	55.8	(99)
Trinidad y Tobago	1.3	18	25.0	18.50	(98)	64.20	99.00	44.7	(98)
Costa Rica	4.2	93	20.0	10.80	(01)	69.80	97.50	35.3	(00)
Argentina	37.9	727	30.0	16.60	(00)	83.90	97.90	35	(00)
Cuba	11.3	131	12.0	6.20	(01)	100.00	100.00	33.9	(01)
Chile	15.6	285	9.0	10.10	(99)	83.10	99.70	22.7	(99)
Uruguay	3.4	57	16.0	14.10	(00)	91.60	99.60	11.1	(99)

En las columnas de las Tasa de Mortalidad Materna e Infantil, entre paréntesis, se señala el año en que se brinda la información.

\*\* Safe Motherhood WHO, World Bank. Health around the World, 1997 (Mortalidad Perinatal). Información sobre Mortalidad Perinatal (MP) de 1995.

\*\*\* Rede Interagencial de informacoes para a saude. TabNet Win32 2.2:C5 Taxa de mortalidade perinatal. <http://www.datasus.gov.br/cgi/tabecgi.exe?idb98/c05.def>

\*\*\*\* Indicadores biométricos, en el país 1994-1998. Compendio Estadístico. [http://www.ine.cl/chile\\_cifras/f\\_chile\\_cifras.htm](http://www.ine.cl/chile_cifras/f_chile_cifras.htm)

\*\*\*\*\* Salud Materno Infantil y Reproductiva. [http://www.msp.gub.uy/indicadores/salud\\_materno\\_infantil\\_y\\_reprodu.htm](http://www.msp.gub.uy/indicadores/salud_materno_infantil_y_reprodu.htm)

La Tasa de Mortalidad Materna en la Sub-Región es de 83.1 por cada 100.000 Nacidos Vivos, la de Mortalidad Perinatal, 32.3 por cada 1000 nacidos vivos y la de Mortalidad Infantil, de 27.0 por cada 1000 nacidos vivos.

La diferencia de *Mortalidad Materna* entre el país con más alta tasa, Bolivia (390 por 100.000 nacidos vivos) y el de menor tasa, Uruguay (11.1 por 100.000 nacidos vivos) es de **35 veces mayor**.

La diferencia en *Mortalidad Perinatal* entre el país con más alta tasa como Bolivia (55 por 1000 nacidos vivos) y el de menor tasa, Chile (9 por 1000 nacidos vivos) es de **6 veces mayor**.

Las diferencias en *Mortalidad Infantil* entre el país de la mayor tasa como Bolivia (67 por 1000 nacidos vivos) y el de menor tasa, Chile (10.1 por 1000 nacidos vivos) son de **6.6 veces mayores**.

Fuentes: Situación de Salud de las Américas - INDICADORES BASICOS 2002 - Programa Especial de Análisis de Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (Mortalidad Materna e Infantil)

\*\* Safe Motherhood WHO, World Bank. Health around the World, 1997 (Mortalidad Perinatal).

Fuente: Situación de Salud en las Américas - INDICADORES BASICOS 2002 - Programa Especial de Análisis de Salud - Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Brasil y México reúnen el 61% de la población de esta Sub-Región (276.5 millones de habitantes) y el 59% de los nacidos vivos registrados (5.65 millones). La zona Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) tiene 26 % de la población (117 millones de habitantes) y el 28% de los nacidos vivos registrados (2.7 millones), mientras que el Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay) le corresponde el 14% de la población (62.7 millones) y el 13% de los nacidos vivos registrados (1.24 millones).

Población Urbana es el 74% (339 millones) y la Densidad de Población de 24 habitantes por Km<sup>2</sup>. Superficie 19.321.090 Km<sup>2</sup>.

El Bajo Peso al Nacer es 8.27 % del total de neonatos vivos, con extremos entre 6% (Perú) y 10% (Bolivia y Venezuela). El total de Nacidos Vivos con menos de 2500g. es de 779,050.

\* La Población de menores de 15 años es el 30% (138 millones)

Fuente: PAHO: Epidemiological Bulletin Vol 21, Nro 4. Special Program for Health Analysis. Regional Core Health Information System. Washington DC, 2001. OPS-SHA- Datos Básicos de Salud.htm (Actualización 1998).

De un total de 9.622.000 embarazos con nacidos vivos que acontecieron en la Región de Sud América y México, 6.7 millones fueron atendidos por personal capacitado (69.0%). El resto, 3 millones (31%) de las madres que tuvieron nacidos vivos, no fueron atendidas durante la gestación o lo fueron por personal no capacitado. Los rangos porcentuales en la atención prenatal por personal capacitado oscilaron en los países entre 91.6% (Uruguay) y 25.5% (Venezuela).

Del total de partos con nacidos vivos (9.622.000), 8.6 millones (89%) fueron atendidos por personal capacitado. El resto 1.2 millones de parturientas que tuvieron hijos vivos, no fueron atendidos o fueron atendidos por personal no capacitado durante el trabajo de parto y el nacimiento. Los rangos porcentuales en la atención del parto por personal capacitado, oscilaron en los países entre 99.6% (Uruguay) y 58.0% (Bolivia).

La utilización de anticonceptivos (se refiere a cualquier método) en mujeres en edad fértil (15-49 años), osciló entre 31% (Bolivia) y 84% (Uruguay).

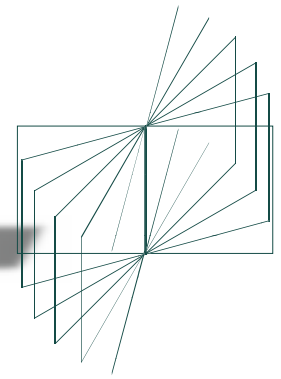
## Mortalidad Materna en América

Países	Tasa	Año
Haití	523	(00)
Bolivia	390	(94)
Perú	185	(94-00)
Paraguay	114.4	(99)
Honduras	108	(97)
Jamaica	106.2	(95)
Guatemala	98.1	(99)
Colombia	91.7	(99)
Ecuador	91.7	(99)
Nicaragua	87	(01)
México	83.6	(00)
República Dominicana	69	(01)
Belice	68.4	(00)
El Salvador	63.4	(01)
Panamá	60.7	(99)
Venezuela	60.1	(00)
Brasil	55.8	(99)
Trinidad y Tobago	44.7	(98)
Costa Rica	35.3	(00)
Argentina	35	(00)
Cuba	33.9	(01)
Chile	22.7	(99)
Uruguay	11.1	(99)



289	Anguila	0.012	0.2	---			100.00	100.00		
291	Antigua y Barbuda	0.065	1.3	---	22.3	22.3	99.90	100.00	65.4	(00)
293	Antillas Holandesa	0.219	3	15	13.3	13.3				(93)
295	Aruba	0.108	0.9	---	1.5	1.5	100.00	99.00		(00)
297	Bahamas	0.312	6	25	14.7	14.7	87.00	99.00	38.0	(00)
299	Barbados	0.269	3	20	13.4	13.4	98.00	98.00	80.5	(99)
301	Bermuda	0.064	0.8	---	3.6	3.6	100.00	100.00		
303	Dominica	0.07	1.3	---	18	18	100.00	100.00	0.0	
305	Granada	0.094	2.1	---	14.3	14.3	85.00	100.00	0.0	
307	Guadalupe	0.435	7	25	6.9	6.9	86.60	100.00	28.0	(98)
315	I Turcas y Caicos	0.018	0.5	---	9.7	9.7	100.00	88.20	0.0	
319	I Vírgenes (UK)	0.025	0.3	---	9.2	9.2	100.00	100.00	0.0	
317	I Vírgenes (USA)	0.124	1.9	---	11.1	11.1	95.20	46.80		
313	Islas Caimán	0.041	0.5	---	1.6	1.6	99.40	99.70		
389	Caribe Latino	32300000	654	52.5	43.4	43.4	91.20	68.70	237.2	
391	Caribe No Latino	7845000	1437	32.7	18.7	18.7	89.10	97.90	89.8	
387	Centro América	37840000	1121000	37.1	30.9	30.9	60.70	69.80	85.5	
325	Monserrat	0.008	0.1	---			100.00	98.00		
327	Saint Kitts y Nevis	0.038	0.7	---	14.3	14.3		99.40	246.6	(01)
329	San Vicente y Granadinas	0.115	2.1	---	19.2	19.2	99.00	100.00		
331	Santa Lucía	0.151	3	---	12	12	47.80	100.00	34.7	(01)
385	Sudamérica y México	456100000	9622000	32.3	27	27	69.40	89.20	83.1	
323	Martinica	0.4	5	15		(00)	98.90	100.00	0.0	
203	Puerto Rico	4.0	61	20	9.9	(00)	99.10	99.90	20.2	(00)
333	Suriname	0.4	8	20	20.2	(00)	91.00	100.00	153.0	(00)
309	Guayana Francesa	0.2	5	---	12.4	(00)	72.70	100.00	21.0	(98)
311	Guyana	0.8	17	40	21.9	(00)	91.20	90.30	133.3	(00)

# Páginas de la Reforma



## Publicaciones Recientes

- Asha, George. *Accountability in Health Services: Transforming Relationships and Contexts* Boston, Massachusetts, EUA: Harvard Center for Population and Development Studies. Working Paper No. 1, Vol 13, 2003. Disponible en Internet en: <http://www.hsph.harvard.edu/hcpds/wpweb/George%20wp1301.pdf>
- Bennett S., Paterson M. *Piloting Health System Reforms: A review of Experience*. Technical Report No. 019, Bethesda, Midland, EUA : The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc. 2003
- Birdsall, Nancy. *From Social Policy to an Open-Economy Social Contract in Latin America*. Washington D.C., EUA : Center for Global Development, Working Paper N. 21 Diciembre 2002. Disponible en Internet en: [http://www.cgdev.org/wp/cgd\\_wp021.pdf](http://www.cgdev.org/wp/cgd_wp021.pdf)
- Bossert, et. al. *Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile*. Ginebra, Suiza. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Volumen 81, Número 2, Febrero 2003 . Disponible en Internet en: [http://www.who.int/bulletin/pdf/2003/bul-2-E-2003/81\(2\)95-100.pdf](http://www.who.int/bulletin/pdf/2003/bul-2-E-2003/81(2)95-100.pdf)
- Brinkerhoff D. *Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies*. Technical Report No. 018. Bethesda, Midland, EUA : The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc. 2003.
- Engler T. A., Peláez M. B. *Más Vale por Viejo. Lecciones de Longevidad de un Estudio en el Cono Sur*. Washington D.C., EUA : Banco Interamericano de Desarrollo, 2002, 336pp.
- Guevara, Edilma y Elenora P. Mendías. *A comparative analysis of the changes in nursing practice related to health sector reform in five countries of the Americas*. Washington D.C. EUA : Revista Panamericana de Salud Pública. Volumen 12 N. 5. Disponible en Internet en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n5/14093.pdf>
- Gragnolati, Michele y Alessandra Marini *Health and Poverty in Guatemala*. Washington D.C. EUA : Banco Mundial World Bank Policy Research. Febrero 2003. Disponible en Internet en: [http://econ.worldbank.org/files/24029\\_wps2966.pdf](http://econ.worldbank.org/files/24029_wps2966.pdf)
- Izazola J. A., Valladares R. *Financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA: Lecciones aprendidas en América Latina y el Caribe*. Washington, D. C. : Banco Interamericano de Desarrollo, Marzo 2003.
- Magnoli A. *What Do You Mean? Conceptual Clarity in Social Policy*. Washington D.C., EUA : Banco Interamericano de Desarrollo, 2002, 237p.
- Medici A. *Financiamiento de las Políticas de Salud en Brasil*. Washington D.C., EUA : Banco Interamericano de Desarrollo, 2002, 23p.
- Medici A. C. *Analizando a Reforma da Previdência na Argentina Durante os Anos 90*. Washington, D. C., EUA : Banco Interamericano de Desarrollo, 2003.
- Organización Panamericana de la Salud. *Violence against Women: The Health Sector Responds*. Washington, D.C., EUA : 2003, 114p.
- Partners for Health Reformplus (PHRplus). *Understanding National Health Accounts: The Methodology and Implementation Process*. Bethesda, Maryland, EUA, 2003. Disponible en Internet en: <http://www.phrproject.com/PHRplus.org/Pubs/prim1.pdf>
- Ruiz, María Elena. *Desafíos y Oportunidades para la Igualdad de Género en América Latina y el Caribe*. Washington D.C., EUA : El Banco Mundial, 2003. Disponible en internet en: [http://wbln0018.worldbank.org/LAC/LACInfoClient.nsf/d29684951174975c85256735007fef12/b630d9fb55e9de9685256cde007565dd/\\$FILE/desafios.pdf](http://wbln0018.worldbank.org/LAC/LACInfoClient.nsf/d29684951174975c85256735007fef12/b630d9fb55e9de9685256cde007565dd/$FILE/desafios.pdf)

## Medición de desigualdades de salud en América Latina

Disponible en Internet en: <http://www.ingentaselect.com/vl=1437660/cl=18/nw=1/rpsv/cw/paho/10204989/contp1.htm>

Esta edición especial de la Revista Panamericana de Salud Pública, publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), presenta los resultados del trabajo de los últimos años destinado a la definición, la medición y la explicación científicas de la manera en que factores tales como el género, la pertenencia a determinada etnia, clase social o raza, así como la situación geográfica influyen en la salud y el bienestar general de las personas. Se trata, en suma, de identificar los factores que determinan las desigualdades en el acceso y el uso de la atención a la salud y el disfrute de una buena salud a fin de aportar elementos para reducirlas.

Además de una interesante reflexión del hasta hace poco director de la OPS, George A. O. Alleyne sobre "Las herramientas para la búsqueda de la equidad y la justicia social para todos" y una introducción sobre "La Medición de las desigualdades de salud", a cargo de Carlos Castillo-Salgado, este número de la revista incluye diversas contribuciones de destacados autores sobre el marco teórico, los aspectos metodológicos y tres estudios nacionales de desigualdad, así como el "Resumen de los indicadores más utilizados para la medición de desigualdades de salud". Por último, también se incluye la Declaración de Toronto sobre Equidad en Salud.



Revista Panamericana de Salud Pública  
Número especial  
Volumen 12 Número 6  
Washington, D.C. Diciembre 2002

## La violencia y la salud de las mujeres

No es sino hasta la última década del siglo XX cuando finalmente se afianza el reconocimiento de que la violencia basada en el género (VBG), de la cual una escandalosa proporción de mujeres son víctimas directas, no sólo provoca graves daños para su salud individual, sino que constituye un importante problema de salud pública.

Esta obra presenta el resultado tanto de los esfuerzos llevados a cabo por la OPS para movilizar al sector salud en la erradicación de la VBG, como de la puesta en marcha de programas de acción para lograrlo. Fruto del esfuerzo conjunto de la OPS y del Program for Appropriate Technology in Health (PATH), el libro fue publicado con apoyo de las agencias Sueca y Noruega para el desarrollo internacional.

Respecto al objetivo y proyección de la obra, leemos en la Introducción: "*Violence Against Women: The Health Sector Responds*" ofrece una estrategia para enfrentar este complejo problema y expone métodos concretos para ponerla en acción, pero no se dirige sólo a quienes se encuentran en las primeras líneas dando atención a las mujeres que viven con la violencia, sino también a los tomadores de decisiones que pueden incorporar las lecciones en el desarrollo de políticas y recursos".

El libro se encuentra dividido en dos secciones. La primera presenta, en tres capítulos elaborados por la OPS, tanto la discusión teórica de la vinculación del sector salud con la VBG, como el desarrollo, implementación y logros de la estrategia de la OPS para enfrentarla. Cuatro capítulos de la segunda sección fueron elaborados por el PATH y en ellos se exponen la aplicación de programas concretos en varios países de América Central y en diversos niveles (político, del sector salud, de la clínica y de la comunidad), así como las lecciones aprendidas. Por último, el octavo capítulo es una contribución de la OMS en la cual se ofrece una perspectiva global para poder aplicar las lecciones y estrategias en otros lugares del mundo.

*Violence Against Women: The Health Sector Responds*  
Mrijke Velzeboer, Mary Ellsberg, Carmen Clavel Arcas y Claudia García-Moreno  
Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2003,  
130 pp.

# Noticias

## Voces para la Salud Pública en Internet

Los primeros seis meses de este año serán una época clave en la innovación de los métodos y la tecnología para el intercambio, la discusión e incluso la producción de información sobre diversos aspectos de la salud pública y la reforma del sector.

Nos congratulamos en dar cuenta de la creación de un importante conjunto de sitios y portales en Internet específicamente diseñados por y para quienes trabajan en el ámbito del desarrollo social y, por supuesto, de la salud pública, como parte fundamental del mismo. Estos son algunos de los sitios que nuestros lectores podrán visitar para encontrar más y mejor información sobre los temas de su interés.

### InfoDev Project

<http://wbln0018.worldbank.org/ict/projects.nsf/20c7f8205b9d190185256b180057ba4f/170e83c6f1d299b185256b10005b7ea0?OpenDocument>

Info DEV es un programa global manejado por el Banco Mundial con el fin de promover proyectos innovadores en el uso de la tecnología relacionada con la información y la comunicación. Próximamente pondrá a prueba un portal para la salud pública en Perú.

### Introducir la investigación en las políticas y la práctica

(Getting Research into Policy and Practice)

<http://www.gripp-resources.org/>

Este sitio, financiado por el Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) del Reino Unido, pertenece a la organización "Introducir la investigación en las políticas y la práctica" (GRIPP, por sus siglas en inglés) y es resultado de un esfuerzo de y para investigadores que buscan maximizar el impacto de su labor en la elaboración de políticas.

### Foro de la Comunidad Británica sobre Globalización y Salud

<http://www.ukglobalhealth.org/>

Lanzado en abril, este Foro consiste en una colección de artículos y resúmenes sobre la globalización y la salud, y los participantes son invitados a sugerir lecturas para su presentación en el Foro. Los materiales serán renovados mensualmente. Para entrar en el foro, ir a la dirección marcada y ahí buscar "Commonwealth Forum" en la lista de la izquierda.

## Organización Panamericana de la Salud Orientación de la nueva dirección

La primera argentina y la primera mujer que estará al frente de OPS, organismo que acaba de cumplir 100 años, definió de esta manera los puntos centrales de su compromiso:

- Rescatar a la OPS como el foro de la salud de las Américas, abriéndola a la participación de todos los sectores de la sociedad.
- Trabajar en la construcción de consenso y la forja de alianzas, fortaleciendo la solidaridad continental y global, ganando a nuevos actores sociales para la defensa de la salud.
- Abordar las nuevas dimensiones de la salud en los procesos de integración económica, social y política del continente.
- Abogar por el continuo mejoramiento de los sistemas de salud, promoviendo avances rápidos en el acceso geográfico, cultural y financiero a los servicios de salud y extendiendo la protección social en seguimiento de los mandatos de las Cumbres de Presidentes y Jefes de Estado.
- Reconquistar el orgullo y compromiso de los trabajadores y de las organizaciones de la salud, enfatizando la importancia de la calidad de la atención y de la rendición de cuentas, con prácticas basadas en la evidencia compartida y aceptada.
- Convertir a la OPS en la referencia pública para la información sanitaria, utilizando y facilitando el acceso al conocimiento con todos los instrumentos disponibles en el marco de la revolución informática y la comunicación social.

### Un campus virtual para la salud pública

<http://www.campusvirtualsp.org/esp/index.html>

El Campus Virtual en Salud Pública (CVSP) es un espacio de intercambio, de comunicación, información y generación de conocimiento útil así como de formación y debate entre actores individuales e institucionales sobre temas y problemas prioritarios de los procesos de reforma del sector salud, el desempeño de las funciones esenciales de salud pública, la gestión sanitaria y el desarrollo de las instituciones educativas en salud pública.

El Campus Virtual es un consorcio de instituciones liderado por OPS/OMS en colaboración con instituciones académicas y organismos de desarrollo de Europa y América, reconocidas por su liderazgo. Contiene artículos, revistas, documentos técnicos, eventos, noticias, foros, libros y cursos.

### Técnicas cuantitativas para el análisis de la equidad en salud

[www.worldbank.org/poverty/health/wbact/health\\_eq.htm](http://www.worldbank.org/poverty/health/wbact/health_eq.htm)

El Banco Mundial ha lanzado un sitio en Internet que contiene notas técnicas sobre técnicas cuantitativas para el análisis de la equidad en salud. Las notas cubrirán temas como la medición de las variables claves, las herramientas genéricas en el análisis de la equidad en salud y las aplicaciones de todo esto en el sector salud.

### Portal de la OMS sobre Evaluación del Impacto en la Salud

Un portal que está en proceso de desarrollo y que tiene como objetivo ofrecer al usuario un acceso fácil a ejemplos internacionales de práctica y documentos clave sobre evaluación del impacto en la salud (EIS), establecer contacto entre diferentes portales y compartir el trabajo de las diferentes oficinas regionales de la OMS y de centros que colaboran con ellas. Para colaborar con el proyecto y, por esta vía, ayudar a la inclusión de los temas de salud pública en el desarrollo de políticas, programas y proyectos, favor de escribir a la siguiente dirección: [hia@who.int](mailto:hia@who.int).

### Bibliografía anotada sobre investigación de Sociedad Civil y Salud

[www.tarsc.org/WHOCSS/index.php](http://www.tarsc.org/WHOCSS/index.php)

Este sitio presenta bibliografía anotada proveniente de la colaboración de la Iniciativa para la Sociedad Civil de la OMS y del Training and Research Support Centre, se centra en la interacción entre la sociedad civil y el estado dentro de los sistemas nacionales de salud, las contribuciones de la sociedad civil a las políticas en salud para los pobres y en la influencia de la sociedad civil en la política global de salud.

# Citas con la Reforma

## Regional Conference on Youth & Promotion of Human Development

### Conferencia Regional sobre Juventud y Promoción del Desarrollo Humano

Agosto 10 - 12, 2003  
Islamabad, Pakistán

## Conferencia 2003 de la IFRWH: Mujer, Familia, Vida Privada y sexualidad

Agosto 11 -14, 2003  
Belfast, Irlanda del Norte

## La Globalización y los Retos de la Salud en Latinoamérica

Agosto 11 - 15, 2003  
Cuernavaca, México

## Adapting to change Core Course: "Achieving the Millennium Development Goals: Poverty Reduction, Reproductive Health and Health Sector Reform"

### Curso Central de Adaptación al Cambio: "Alcanzar las metas de desarrollo del milenio: Reducción de la pobreza, salud reproductiva y reforma del sector salud"

Agosto 18 - 29, 2003  
Turín, Italia

## Sexual and Reproductive Health and Health Systems International Conference

### Conferencia Internacional sobre salud sexual y reproductiva y sistemas de salud

Septiembre 9 - 11, 2003  
Universidad de Leeds, Inglaterra

## 5th International Conference on the Scientific Basis of Health Services

### Quinta Conferencia Internacional sobre las Bases Científicas de los Servicios de Salud

Septiembre 20-23, 2003  
Washington D.C. EUA

## Seminar on International Ethical Guidelines for Research Involving Human Subjects

### Seminario sobre guías éticas internacionales para la investigación que implica temas humanos

Octubre 6 - 17, 2003  
Santiago, Chile

## VII Conferencia Iberoamericana de educación en Enfermería "Necesidades, Tendencias y Desafíos"

Octubre 6 - 8, 2003  
Medellín, Colombia

## 10th Canadian Conference on International Health The Right to Health: Influencing the Global Agenda

### Décima Conferencia Canadiense sobre Salud Internacional El Derecho a la Salud: Influir en la Agenda Global

Octubre 26 - 29, 2003  
Ottawa, Canadá

## 5th Annual Illinois Women's health Conference Quinta conferencia anual sobre salud de la mujer

Octubre 28 - 29, 2003  
Rosemont, Illinois, EUA

## Tercera Conferencia Internacional: Población del Istmo Centroamericano 2003

Noviembre 17 - 19, 2003  
Garabito, Costa Rica

# Informando & Reformando

## Boletín trimestral del NAADIIR

Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma



Banco Interamericano de Desarrollo



Fundación Mexicana para la Salud



Instituto Nacional de Salud Pública  
México



Organización Mundial de la Salud

## Directorio

### Comité Directivo

Anne Mills • Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres  
Celia M. de Almeida • Fundación Oswaldo Cruz  
Miguel Angel González • Organización Mundial de la Salud  
Enis Baris • Banco Mundial  
Christina Zarowsky • International Development Research Centre

## Secretariado

Andrew Creese • Organización Mundial de la Salud  
Eric Blas • Organización Mundial de la Salud  
Gustavo Nigenda • Fundación Mexicana para la Salud  
Tore Godal • Organización Mundial de la Salud

## PROSyPS

Jaime Sepúlveda / Mario Bronfman • Instituto Nacional de Salud Pública, México  
Guillermo Soberón • Fundación Mexicana para la Salud

## Staff del NAADIIR

Gustavo Nigenda • Coordinador Ejecutivo  
Alejandro Escalante-Bañuelos • Gerente de Información

## Informando & Reformando

Gustavo Nigenda • Director  
Víctor Becerril • Editor  
Carlos Oropeza-Abúndez • Asesor Editorial

Explore la base de datos del NAADIIR  
<http://www.insp.mx/ichsri>