

# **El UNFPA y los procesos de cambio de los sistemas de salud**

## **Orientaciones estratégicas para América Latina y el Caribe**



**Documento elaborado por:**

Ana Cristina González Vélez, MD  
Consultora del UNFPA

**Coordinación de la publicación:** UNFPA

Javier Dominguez, MD.  
Ana Guézmés, MD.  
Dennia Gayle, MPH/MSW

**Edición:** Centro de Comunicación Virginia Woolf. Cotidiano Mujer  
**ISBN** N° 978-089714-824-5

**Diseño:** Francesca Casariego

**Imprenta:** ROSGAL



Fondo de Población de las Naciones Unidas  
División de América Latina y el Caribe  
Equipo de Asistencia Técnica para América Latina y el Caribe

Publicado en Uruguay  
Primera edición: Julio de 2007

Las afirmaciones de esta publicación no representan necesariamente la opinión del UNFPA.

# ÍNDICE

Resumen Ejecutivo .....	7
Consideraciones generales .....	11
<b>Capítulo I.</b> Estado del arte sobre los cambios de los sistemas de salud ¿de dónde venimos? .....	17
<b>Capítulo II.</b> Principios para una nueva generación de las Reformas ¿hacia dónde queremos ir? .....	27
<b>Capítulo III.</b> Los principios en acción: orientaciones estratégicas .....	37
<b>Capítulo IV.</b> Lineamientos para la acción política .....	55
<b>Capítulo V.</b> Recomendaciones internas para el UNFPA .....	61
Siglas .....	67
Bibliografía .....	69



*Porque creemos que es posible cambiar la sensación que se aprecia en el debate internacional acerca de que “los derechos sociales son considerados recomendaciones programáticas dependientes de la capacidad administrativa y económica de los Estados, criticables por su pretensión universalista escindida de las realidades empíricas... hay que volverlos derechos positivos – concretándolos en una institucionalidad jurídica, preferentemente constitucional y estatal y hacerlos exigibles... y el escenario para realizar estos derechos es el estado social de derecho”*



## Resumen Ejecutivo

Tras varios esfuerzos del UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) para influir en las agendas de cambio a los sistemas de salud, con el fin de que incorporen la salud sexual y reproductiva –SSR<sup>2</sup> (Salud Sexual y Reproductiva)- en forma integral, la división de ALC (América Latina y el Caribe) ha decidido brindar a las oficinas de país un documento con orientaciones estratégicas para fortalecer sus acciones en este campo.

Este documento hace parte de un conjunto de esfuerzos y desarrollos conceptuales/operativos que tienen como propósito reflejar la posición del UNFPA frente a los cambios que desde distintos lugares e impulsados por distintos actores, se vienen dando en los sistemas de salud de la Región con variados niveles de profundización y alcances. Desde esta perspectiva, se centra en una visión del sector salud y del rol que podría jugar el UNFPA a fin de garantizar las condiciones que sean óptimas para que los sistemas de salud garanticen el ejercicio de los derechos reproductivos y el logro del nivel más alto de salud sexual y reproductiva. No obstante, reconoce la importancia del trabajo intersectorial como parte de su visión sobre estos sistemas y los cambios que se han operado sobre ellos en las últimas décadas.

Está integrado por un primer aparte de consideraciones generales y cinco capítulos. En las consideraciones generales, se da cuenta del rol del UNFPA dentro del sistema de las Naciones Unidas, al tiempo que vincula este rol con el potencial que como agencia tiene para incidir dentro de las agendas de cambio de los sistemas de salud a partir del marco internacional que sustenta su accionar. Así mismo aborda una serie de elementos que ilustran los vínculos posibles entre los cambios de los sistemas de salud y la salud sexual y reproductiva. El Capítulo I se enfoca en la descripción del estado del arte sobre los cambios de los sistemas de salud de las últimas décadas. Sin tratarse de un análisis a fondo pretende ubicar estos cambios en el contexto de las fuerzas que los han motivado y sobre todo pone énfasis en las denominadas “reformas del sector salud” de la década de los 90’s para terminar con una descripción más sucinta de algunas de las iniciativas de cambio que están en curso en la Región y que aportan nuevos elementos al análisis.

Entendemos por procesos de cambio, a un conjunto de transformaciones que se han dado en los sistemas de salud PCSS<sup>3</sup>, (Procesos de Cambio de los Sistemas de Salud), con distintos niveles de profundidad y variados alcances. Este concepto incluye tanto los cambios que se originaron en las décadas 60 y 70 (tales como la descentralización y el cuestionamiento al estado de bienestar), como los que posteriormente impulsaron el Banco Mundial y el BID bajo la denominación de reformas del sector salud, que se adelantaron bajo la sombrilla de reformas del estado y que al mismo tiempo que plantearon una mayor equidad y eficiencia, promovieron, por ejemplo, la reducción del aparato estatal.

En el Capítulo II se proponen un conjunto de principios que desde la perspectiva del UNFPA deberían orientar las decisiones relacionadas con los cambios de los sistemas de salud. Estos principios, si bien han sido esbozados en intentos de reformas anteriores, se proponen a partir de nuevos significados, a la luz de una serie de contenidos que los hacen más complejos pero sobre todo se abordan como principios interrelacionados. Los principios abordados en este capítulo deben servir para orientar la incidencia de las oficinas de país del UNFPA cuando de incidir en las agendas de cambio en los sistemas de salud se trate, con el fin de que estas incluyan las dimensiones de población, igualdad de género y salud sexual y reproductiva.

En el Capítulo III el documento retoma estos principios a la luz de algunos de los elementos más críticos que se abordan en los PCSS, particularmente aquellos que son fundamentales para la creación de condiciones que permitan garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos y el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. En este Capítulo se busca ilustrar las formas en que los principios se pueden poner en acción al momento de tomar decisiones sobre los sistemas de salud a fin de que contribuyan a la agenda de población, igualdad de género y SSR y a través de ésta, en forma más amplia, a la salud integral. Con el fin de facilitar una mayor empatía y comprensión, este capítulo se ilustra con experiencias de la Región.

En el Capítulo IV se abordan un conjunto de estrategias –la mayoría de las cuales hacen parte del trabajo del UNFPA en otras áreas- en las que debería basarse la participación de la agencia en el contexto de PCSS, con el fin de que ésta sea más eficaz.

Por último, el Capítulo V aborda una serie de elementos que deberían hacer parte del trabajo interno que el UNFPA debe adelantar en distintos niveles (regional y nacional) con el fin de fortalecer su capacidad de incidencia en los contextos de cambio de los sistemas de salud, muchos de los cuales hacen parte de los esfuerzos de fortalecimiento institucional en un sentido más amplio.

El UNFPA como principal organismo multilateral del mundo en cuestiones de población y salud sexual y reproductiva, brinda apoyo a las decisiones que tomen los países para profundizar el enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad, en el marco de los procesos de cambio de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe a fin de que los derechos reproductivos se consideren un eje fundamental. Con su acción política y técnica el UNFPA promueve la integración del derecho a la salud sexual y reproductiva (SSR) tanto en el análisis de los determinantes de la salud en este ámbito como en los sistemas de salud, para garantizar el nivel más alto de SSR y el acceso de toda la población a servicios integrales a lo largo de todo el ciclo de vida.

La integración de estos temas en los PCSS debe servir al logro de la meta más amplia de reducción de la pobreza en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y especialmente, al logro del acceso universal a la SSR. El UNFPA

como agencia de cooperación para el desarrollo, promueve el derecho de todas las mujeres, hombres y niños/as a disfrutar de una vida sana con igualdad de oportunidades, y a recibir un trato digno y respetuoso orientado a la toma de decisiones sexuales y reproductivas basadas en la promoción de los derechos y la equidad.

Este documento es un esfuerzo por traducir en acciones concretas el espíritu que deberá guiar la cooperación del UNFPA en esta materia.

---

**1** En Derecho a la salud, estado y globalización. María Esperanza Echeverri.

**2** En este documento aparecen en múltiples lugares una serie de siglas que están listadas al final del documento, con el fin de facilitar una consulta rápida de las mismas.

**3** Los sistemas de salud abarcan todas las organizaciones, las instituciones, las políticas y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud. Adaptado del Informe sobre la salud en el mundo 2006. OMS.



## ■ Consideraciones Generales

A partir de 1994, tras la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo - CIPD-el UNFPA fue designado dentro del Sistema de las Naciones Unidas como organismo rector para el seguimiento y aplicación del Programa de Acción de la CIPD. En su condición de principal organismo multilateral del mundo en cuestiones de población, tiene un papel crucial y único a nivel internacional en la promoción de la salud reproductiva para crear conciencia y movilizar apoyo y recursos destinados a las metas fijadas en este Programa.

Su trabajo de décadas para apoyar a los gobiernos en la identificación de los vínculos existentes entre la salud sexual y reproductiva<sup>4</sup> y el desarrollo, es estratégico. El ámbito de la salud se considera imprescindible para avanzar en otras esferas de la vida social y contribuir a la reducción de la pobreza en un sentido amplio. La toma de decisiones relativas a la reproducción es un requisito básico para la toma de decisiones en otros ámbitos, y la carga de enfermedad generada por situaciones relativas a la salud sexual y reproductiva que afecta en forma desproporcionada a las mujeres y su desarrollo, se vincula con la transmisión de la pobreza entre generaciones.

Como una contribución más a este objetivo, el UNFPA ha decidido incorporar a sus esfuerzos de cooperación el análisis de los cambios que durante las últimas décadas se vienen dando en los sistemas de salud en la Región de América Latina y el Caribe los cuales están en directa relación con el desarrollo, e influir en forma activa en los mismos, para que propendan hacia una agenda integral en materia de población, igualdad de género y salud sexual y reproductiva (SSR). Se trata de un esfuerzo por comprender e influir en forma más comprensiva en los sistemas de salud y particularmente en el sector salud, aunque algunas de las acciones propuestas suponen una mirada más amplia hacia otros sectores.

El objetivo fundamental de este documento es el de generar un marco de política regional que dé consistencia y refuerce técnicamente las acciones que en muchos países vienen haciendo las oficinas nacionales, para incorporar la agenda de población, igualdad de género y SSR –y particularmente las prioridades de los programas de país- dentro de sistemas de salud que están en permanente proceso de cambio. Intentar mejorar la comprensión que se tiene de la relación entre el UNFPA y los estados en un sentido amplio y complejo es una base técnica que busca ayudar a la identificación de áreas dentro de estos cambios y a la definición de formas de inserción dentro de los mismos.

A partir de la visión de los representantes en los países es que los temas de la agenda del UNFPA en materia de población, igualdad de género y SSR van a ser fuente de movilización de agendas nacionales amplias como las que provienen de los cambios de los sistemas de salud, de tal forma que puedan incorporar enfoques cruciales como los de derechos y equidad. El documento pretende en síntesis, trascender la visión temática y meramente técnica de los esfuerzos de apoyo en

los países, a una visión que verdaderamente incorpore estos temas en los sistemas de salud. Para ello es necesario que se fortalezca la capacidad política –para tener un lugar en las instancias de definición de agendas sobre los sistemas de salud- al mismo tiempo que se fortalece la capacidad técnica en nuestras áreas de interés. En otras palabras, se trata de mejorar nuestra capacidad política para tener un lugar, y nuestra capacidad técnica para ocupar este lugar con argumentos.

La decisión de impulsar esta perspectiva en nuestro trabajo se enmarca en una serie de actividades que el UNFPA ha venido apoyando en relación con los PCSS, que pueden sintetizarse en: creación y apoyo de espacios de formación y entrenamiento orientados a la generación de una masa crítica en la Región; investigación y documentación de casos; acciones de las oficinas de país cuyo propósito ha sido la incorporación de los asuntos de población y salud sexual y reproductiva en distintos momentos de cambio en los sistemas de salud. Por ejemplo, leyes, políticas y programas en SSR, inclusión de los temas de SSR en los paquetes básicos de atención, el aseguramiento, entre otros.

El UNFPA reconoce que sus retos en esta materia se ubican en el fortalecimiento de la capacidad de los gobiernos nacionales para desarrollar políticas sociales que sean coherentes, trabajando estrechamente con quienes planifican y formulan las políticas. De tal forma que tanto la salud como la educación –como herramienta para el empoderamiento- sean una realidad para toda la población, particularmente, para las poblaciones más pobres y excluidas. Este esfuerzo requiere de una estrategia de incidencia política basada en argumentos que sean sólidos técnicamente así como en un intenso trabajo de acción política, tanto con tomadores de decisión, como con otros actores sociales que impulsan el cambio, para que comprendan cómo integrar las dimensiones de población, género y derechos reproductivos en sus políticas y en este caso en particular, en los sistemas de salud. Todo esto en el marco de la programación conjunta que se está adelantando en la Región para que a través de la misma se puedan precisar los roles que cada una de las agencias del sistema puede jugar en este campo.

Este propósito está claramente sustentado en diversos instrumentos promulgados por las Naciones Unidas y otros organismos adoptados por los gobiernos para obtener progresos en materia de SSR. Algunos de estos instrumentos han definido pautas que son fundamentales<sup>5</sup> para la agenda de SSR, han generado marcos<sup>6</sup> de derechos humanos y han insistido en la necesidad de vincular esta agenda con los cambios en los sistemas de salud. Ya desde la CEDAW (Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Contra la Mujer)(1979) se reconoció la importancia de garantizar servicios apropiados en relación con aspectos de la SSR tales como el embarazo y el parto, desde una perspectiva de no-discriminación.

En lo que refiere específicamente a políticas y programas en salud sexual y reproductiva (SSR), la plataforma de acción de la CIPD (1994)<sup>7</sup> y Cairo + 5 (Nueva York 1999) fijan objetivos claros, propósitos y acciones e involucran con distintos grados de compromiso a diversos actores.<sup>8</sup> Otros instrumentos y compromisos

que merecen destacarse por su trascendencia para la agenda de SSR, son la Plataforma de Acción de Beijing (1995)<sup>9</sup> y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000). Es de resaltar que en fecha reciente, la Asamblea General de las Naciones Unidas (2006), ha adoptado como nueva meta el acceso universal a la salud reproductiva en el año 2015, dentro del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio.

La Declaración de París (2005) sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, establece que los países socios se comprometan a emprender reformas (como la de la gestión pública), que podrían ser necesarias para lanzar y alimentar procesos de desarrollo de las capacidades sostenibles.

De la misma manera, compromisos concretos sobre asuntos relacionados con la agenda de SSR, como la atención de los/as adolescentes y niños y el VIH y SIDA respaldan la importancia del trabajo sobre los sistemas de salud en su conjunto.<sup>10</sup>

El UNFPA, en cumplimiento de este conjunto tan importante de compromisos de los países, debería enfilar esfuerzos para fortalecer sus capacidades y las de los actores nacionales y regionales que impulsan los procesos de cambio en los sistemas de salud, para incorporar en forma consistente la agenda de población, igualdad de género y SSR. La prestación de servicios de SSR así como las acciones orientadas a la promoción de la salud y la prevención en este campo, requieren de sistemas de salud que sean sostenibles financieramente, que garanticen redes de servicios integradas en todos los niveles de complejidad (particularmente en el primario –promoción y prevención–), en lo local, regional y nacional; que provean directrices claras para todos los actores, que promuevan el acceso universal a servicios integrales y de calidad, que estimulen la formación de recursos humanos comprometidos con el ejercicio de los derechos de la población y le permitan su disfrute en las mejores condiciones de igualdad y equidad.

Sin estas condiciones, las políticas, planes o programas de SSR, corren el riesgo de constituirse en programas verticales que no logran incorporarse a los sistemas de salud, poniendo en riesgo el alcance de sus acciones, su financiación, su cumplimiento y en definitiva, excluyendo a los más excluidos. Adicionalmente, existe evidencia suficiente acerca del impacto que muchos de los cambios en los sistemas de salud que se dieron en el marco de las reformas del sector salud de la década pasada, han tenido sobre los servicios de SSR llegando en algunos contextos a la reducción de las coberturas y el acceso a los servicios, deficiencias en la calidad y menor impacto de las acciones que se vuelven fragmentadas y aisladas.

Esta situación ubica al UNFPA, tanto en el nivel regional como nacional (en el marco de los “Country Teams”), frente al reto de influir en los procesos de cambio de los sistemas de salud, para lo cual debe utilizar sus ventajas potenciales de tal forma que dichos cambios, al incorporar enfoques y principios que son constitutivos de su quehacer –y de la agenda del Cairo–, contribuyan realmente a garantizar el derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Estas son algunas de esas ventajas potenciales que pueden contribuir a una transformación sustantiva en los procesos de cambio de los sistemas de salud:

■ Las agencias de Naciones Unidas han adoptado un enfoque basado en derechos -sustentado en múltiples instrumentos internacionales- para reemplazar el enfoque de necesidades e incluir el enfoque de equidad de género en todos los análisis y en todas las políticas. Para el UNFPA, la promoción y protección de los derechos humanos son fundamentales. Este enfoque prioriza el empoderamiento de aquéllos que han sido marginados de los beneficios así como de la participación. Se trata de que al conocer sus derechos demanden servicios de alta calidad.

■ En términos de empoderamiento, el control sobre las decisiones relacionadas con la SSR es una condición para la toma de decisiones en otros ámbitos de la vida y al mismo tiempo una condición para mejorar la participación a otros niveles como el comunitario y el social. En este sentido, las metas de empoderamiento del Programa del Cairo pueden contribuir al desarrollo y a la erradicación de la pobreza así como a la consolidación de la protección y la inclusión social en salud.

■ En relación con el enfoque de género, el UNFPA puede contribuir a hacer visibles las desventajas que generan en la vida de las mujeres los actuales sistemas de salud que trasladan parte del cuidado de las personas enfermas a los hogares, como una extensión de los roles domésticos. Cuidados que recaen sobre las mujeres como principales responsables de las tareas en este ámbito. Así mismo, contribuye a hacer visible la carga que sobre la salud de las mujeres tienen los aspectos relacionados con la reproducción y la sexualidad no solo como resultado de la biología, sino especialmente, como resultado de la asignación social de roles que sistemáticamente las pone en desventaja con relación a la SSR.

■ El enfoque de derechos se basa en la promoción de principios como la equidad, incluida la equidad de género, la diversidad cultural y la solidaridad, para garantizar su pleno disfrute y ejercicio. Este enfoque y estos principios pueden constituirse en una contribución fundamental en los procesos de cambio de los sistemas de salud que buscan superar la inequidad y las exclusiones, y por tal motivo, la agenda de SSR debe constituirse en una puerta de entrada para promoverlos.

■ Por otro lado, el enfoque de población –parte del mandato y la experiencia del UNFPA- ayuda a comprender las dinámicas en que se involucran las personas sobre las que recaen las decisiones que se toman cuando de cambiar los sistemas de salud se trata. Dinámicas que se relacionan tanto con acciones personales como la reproducción, la supervivencia y la movilidad, como con su efecto conjunto, que es el que constituye las tendencias agregadas de población: los comportamientos de ésta, incluidas las condiciones desiguales en que estos se producen, deben incorporarse explícitamente a la agenda y a las políticas públicas.

■ La SSR descansa en la atención primaria en salud y su inclusión en los PCSS es una contribución para la consolidación de estrategias de atención primaria en el marco de modelos de atención integral de la salud que incorporan por tanto recursos para todos los niveles de complejidad.

■ Estos modelos de atención integral suponen acceso universal a lo largo de todo el ciclo vital, por lo que puede ilustrar a los países sobre cómo superar los actuales sistemas de salud segmentados y fragmentados que ponen en riesgo a las población más pobre y excluida, particularmente a las mujeres, adolescentes, indígenas, afrodescendientes, desplazadas, rurales. Las diferencias entre los indicadores de SSR –por ejemplo, el riesgo de embarazo- entre mujeres ricas y pobres- son solo la punta de lanza de profundas inequidades en materia de salud, y por lo tanto, develarlas contribuye a descubrir la base desigual de los sistemas de salud.

■ Las pérdidas en años de vida saludable y la carga sobre la enfermedad que deben soportar millones de mujeres y jóvenes en todo el mundo, generan costos en todos los niveles: para las propias mujeres, para la familia, para la comunidad y para la sociedad. De esta manera, las acciones orientadas a promover la SSR terminan evitando costos enormes a los países, costos que provienen en buena medida, de la SSR no atendida, es decir, “costos de la omisión”, que afectan el desarrollo y contribuyen a perpetuar la pobreza. Atender la salud sexual y reproductiva en forma integral es una forma de contribuir al desarrollo y a la reducción de la pobreza.

■ De cara a una nueva generación de reformas, los sistemas de salud, a fin de garantizar el ejercicio del derecho deben promover la equidad, la atención primaria, evitar costos derivados de la omisión y contribuir a empoderar a la población. Incorporar en los sistemas de salud los componentes de salud y derechos reproductivos desde un enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad, en los procesos más amplios de cambios de los sistemas de salud, produce un impacto económico y social que es aún poco conocido por los países. Es este el desafío al que se enfrenta el UNFPA en este período.

---

4 La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Cairo. 1994. Párrafos 7.2 y 7.3.). Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos

nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas en todo el mundo a causa de factores como los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada.

**5** Declaración de Alma – Ata, 1978. Reafirma la salud como un derecho humano fundamental y concibe como objetivo social el logro del más alto nivel posible de salud, estableciendo metas y directrices para los contenidos de la obligación del gobierno. En su capítulo VI: la atención primaria en salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias...incluye como mínimo educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes. Aquí se refiere específicamente a esferas que hoy integran la denominada agenda en SSR...Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales y planes de acciones para establecer y mantener la atención primaria sanitaria...". Por su parte, la Observación general No. 14: establece la interdependencia del derecho a la salud con otros derechos humanos. Sistema de salud: universal, equitativo, no regresivo, con servicios disponibles y accesibilidad no condicionada a capacidad de pago, con protección de grupos vulnerables y marginados y política de salud pública con igualdad de oportunidades (párrafo 8)

**6** Cabe destacar los Pactos de derechos civiles, sociales, políticos y culturales.

**7** "Debería fomentarse la reforma del sector de salud y la política sanitaria, incluida una asignación racional de los recursos, a fin de alcanzar los objetivos fijados...". Plataforma de Acción de la Conferencia de Población y Desarrollo de Naciones Unidas, capítulo VIII, 8.11, El Cairo, 1994.

**8** "Los gobiernos, en colaboración con la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, los donantes y el Sistema de Naciones Unidas, deberían asignar gran prioridad a la salud reproductiva y sexual en el contexto más amplio de la reforma del sector salud, inclusive en el fortalecimiento de los sistemas básicos de salud, de los cuales se puedan beneficiar en particular las personas que viven en la pobreza (Asamblea General, Cairo + 5). En esta misma línea y como parte del mismo proceso, la Declaración de Santiago insta a los países de la Región a incluir, como parte de los planes para erradicación de la pobreza, y en el marco de los ODM, los objetivos, metas e indicadores del Programa de Acción del Cairo con especial énfasis en lo concerniente a la salud reproductiva. Se urge a los países para que incorporen en las reformas del sector salud, políticas públicas que promuevan el ejercicio de los derechos reproductivos y aseguren la provisión de servicios comprensivos de SSR, con especial énfasis en los sectores más pobres, población indígena, y en general, en grupos excluidos por razón de etnia, edad o condición social.

**9** En esta Plataforma se acuerda que los gobiernos analicen desde una perspectiva de género, las políticas y programas, en cuanto su impacto sobre la pobreza y la inequidad y particularmente, sobre las mujeres. En este sentido se acuerda que los programas de ajuste estructural sean diseñados de tal manera que se minimicen sus efectos negativos sobre los grupos y comunidades más vulnerables y en situación de desventaja.

**10** Con relación a la población adolescente, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), establece el compromiso de los gobiernos a trabajar por la defensa del interés superior del niño y el disfrute del nivel posible más alto de salud: "en virtud de los artículos 3, 17 y 24 de ésta Convención, los Estados deben proveer a los adolescentes información sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar y anticonceptivos, los peligros de la maternidad temprana, la prevención del VIH y la prevención de las enfermedades transmisibles por vía sexual" (Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child. Par 11. CRC/GC/2003/4). En cuanto al VIH y SIDA, tal como sucede con otros aspectos de la SSR –embarazo adolescente, cáncer de cuello uterino, etc.- éste se considera causa y efecto de la pobreza y por lo tanto, tal como se expresa en resolución aprobada por la Asamblea General es necesario superar los obstáculos jurídicos, normativos y de otro tipo que impiden el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo, los medicamentos, los productos básicos y los servicios eficaces para luchar contra el VIH, en el marco de programas de atención primaria en salud (60/262. Declaración política sobre el VIH y SIDA. Sexagésimo período de sesiones. 15 de junio de 2006).

# I Estado del Arte Sobre los Cambios de los Sistemas de Salud<sup>11</sup>

## ¿De dónde venimos?

En las últimas décadas todos los países de la Región han realizado procesos de cambio en sus sistemas de salud que han sido variables en cuanto a su profundidad, al tipo de las medidas que se han tomado y a los momentos en que se originaron. En la actualidad se encuentran en distintos estadios y sus desarrollos varían en intensidad. Tal como se ha mencionado, entendemos por procesos de cambio a un conjunto de transformaciones que se han dado en los sistemas de salud (PCSS), con distintos niveles de profundidad y variados alcances cuyo propósito básico ha sido la redefinición y reconstrucción de las funciones del estado y otros actores en el ámbito de la salud. Este concepto incluye tanto los cambios que se originaron en las décadas 60, 70 y 80 (tales como la descentralización y los cuestionamientos al estado de bienestar), como los que posteriormente impulsaron el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), entre otros actores, bajo la denominación de reformas del sector salud. Los que al mismo tiempo que plantearon una mayor equidad y eficiencia, se instalaron, por ejemplo, en contextos de reducción del aparato del estado. Abarcan, así mismo, los esfuerzos recientes que se están dando bajo la denominación de ampliación o extensión de la protección social, estrategias para universalizar los servicios y otros cambios endógenos que se están llevando a cabo en algunos países.

Los sistemas de salud abarcan todas las organizaciones, las instituciones, las políticas y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud. Organización Mundial de la Salud – (OMS)

Los que al mismo tiempo que plantearon una mayor equidad y eficiencia, se instalaron, por ejemplo, en contextos de reducción del aparato del estado. Abarcan, así mismo, los esfuerzos recientes que se están dando bajo la denominación de ampliación o extensión de la protección social, estrategias para universalizar los servicios y otros cambios endógenos que se están llevando a cabo en algunos países.

El debate y análisis sobre la igualdad y los derechos sociales, económicos y culturales, se instala en el Estado de Bienestar que fue a su vez, el blanco inicial de debilitamiento en los estados neoliberales o de mercado donde se gestaron las reformas de finales de los 80 y los 90. Éstas surgen, entre otras causas, ante el colapso financiero, conocido como la crisis fiscal del estado. Entre los cambios más globales que las caracterizan se destacan la liberalización de los mercados –sobre todo el de trabajo-, la reducción del aparato del estado y la privatización de los servicios públicos<sup>12</sup>. Consecuencia del vacío que dejó el estado de bienestar, una de las mayores carencias de las reformas del sector salud en la Región es la inequidad con que se relacionan los diferentes ciudadanos/as a los beneficios del conjunto de cambios (García, 1994) que son propios del modelo neoliberal.

Por un lado, ante la necesidad de reducir la crisis financiera de los estados, dejan como responsabilidad del mercado y del crecimiento económico la superación de la pobreza y la superación de la injusticia social<sup>13</sup>. Así mismo, el estado no es más el responsable de la carga absoluta de la totalidad de la población –como lo era en la lógica del estado de bienestar-. Desde esta visión se amplía la participación del sector privado, se reducen los recursos para políticas sociales, incluidas las del sector salud y se acrecienta el gasto de bolsillo en los hogares. A esto se suma la “pérdida de espacio de las organizaciones tradicionalmente encargadas de la cuestión sanitaria (como la OMS) y el predominio de las temáticas económicas, conducidas por las agencias financiadoras y estimuladoras de los procesos de ajuste y reestructuración, como el BM y el Fondo Monetario Internacional. (FMI)”<sup>14</sup>

Cuba, Jamaica, México y Brasil entre otros, iniciaron sus cambios a comienzos de los años 60, pero la mayoría de los países de la Región ha realizado cambios más profundos que aquéllos, a principios de los 90<sup>15</sup>, la década de las denominadas reformas del sector salud. Los cambios conocidos como “reformas del sector salud” fueron definidos durante la Reunión de Las Américas en 1995, como: *“procesos dirigidos a introducir cambios sustantivos en las distintas instituciones del sector salud y en los roles que ellas cumplen, con el fin de aumentar la equidad en los beneficios, la eficiencia en la gestión y la eficacia en la satisfacción de las necesidades en salud de la población. Este proceso es dinámico, complejo y deliberativo; tiene lugar dentro de un período de tiempo y se basa en las condiciones que lo hacen necesario y posible”*. Otros tres elementos son inherentes a la definición de reformas del sector salud: que sean sostenibles, que tengan un propósito (que partan de procesos basados en evidencia racional y planificada) y que impliquen cambios fundamentales, en el sentido de abordar dimensiones estratégicas y significativas de los sistemas de salud (OPS).

En estas reformas han participado una serie de actores que van desde los bancos de crédito hasta organismos internacionales que, como la OPS/OMS, han jugado un papel más orientado a la promoción de valores, derechos y elementos simbólicos dentro de estos procesos (Brito, 2006). En este plano, el UNFPA ha hecho su inserción a través de la promoción de una masa crítica en la Región que promueva cambios en los que se integre la agenda de población, igualdad de género y SSR.

De acuerdo con información brindada por los países a la OPS<sup>16</sup>, la mayoría de estas reformas se han iniciado con el fin de lograr la estabilidad financiera del sistema y mejorar la calidad y equidad en los servicios de salud. Tal es el caso de países como Brasil, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Honduras, México. En otros países, - Colombia, Argentina, Surinam y también Cuba - han sido parte de las reformas del estado. En general, casi todos los países reconocen que han incluido las reformas del sector salud en el desarrollo y la modernización del estado, incorporándolos en los planes y programas de este tipo.

Como parte de estos procesos muchos países han reformado o enmendado su constitución política para consignar en éstas el derecho a la salud, bien sea a través de definiciones explícitas o usando terminologías más generales, como la protección de la salud, de la seguridad social, de los servicios médicos, la legislación anti-discriminación, etc. En la Subregión Andina prácticamente todos los países han hecho enmiendas a sus constituciones y en el caso de Ecuador, se incluyó explícitamente al derecho a la salud. Otros como Paraguay, Cuba, Haití, Brasil y México se refieren al derecho al cuidado de la salud. En Chile se habla de la protección en salud, en Colombia del derecho a la seguridad social. Sin embargo, pese a que se han hecho avances tan significativos como la creación de las defensorías del pueblo (Colombia y Perú, entre otros), los esfuerzos realizados no han sido suficientes para crear conciencia de este derecho.

En la mayoría de los países estas reformas han sido financiadas por fuentes de crédito externas (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo) y por esta razón, si bien en muchos se han visto incrementos en el gasto total de fondos para el sector salud, éstos no necesariamente son a expensas de incrementos en la inversión pública. Como indica la CEPAL (2006) el nivel de gasto per cápita que indica el nivel absoluto de recursos que se destinan al sector, es en la Región de ALC inferior al promedio mundial. Más aún, el escaso gasto en salud es financiado en gran medida por las propias familias a través del gasto de bolsillo que ha aumentado en toda la Región llegando en algunos países a superar el 50% (Belice, Paraguay, República Dominicana). Según datos de la OPS este gasto es otro indicador de inequidad de género, en tanto que es entre 15 y 43% mayor en las mujeres, contribuyendo a perpetuar las exclusiones.

Los objetivos que se han buscado con las reformas adelantadas en la década de los 90 se relacionan sobre todo con la regulación, el financiamiento y la provisión. Pueden resumirse en:

- Fortalecimiento del rol rector del estado con separación de las funciones de financiamiento/provisión.
- Redistribución de los recursos públicos con eficiencia y equidad.
- Aumento de las coberturas de aseguramiento con la participación del sector privado mediante la “construcción de modelos regulados”<sup>17</sup>.
- Promoción y profundización de la descentralización.

De la misma manera, si bien la eficiencia fue uno de los motores que impulsó la reforma en varios países, pocos han podido demostrar que cuentan con mecanismos más eficientes para la distribución de los recursos como parte del proceso de reforma del sector salud. Algunos incluso, han incrementado los costos de administración –Colombia- y reducido la velocidad de los flujos de recursos. Pocos

países, como Costa Rica pueden mostrar cómo la reforma ha contribuido a mejorar la asignación de recursos a los niveles de atención primaria. Igualmente, la participación del sector privado, cada vez mayor, ha obligado al estado a ejercer controles más fuertes, lo que ha implicado reforzar su rol rector del sistema.

Otros objetivos de las reformas de los 90 fueron realizados con menor énfasis:

■ Mejoramiento de la calidad en la atención y promoción de nuevos modelos de atención. Estos modelos, entre otros, se han orientado a racionalizar la atención médica y fortalecer las prácticas no hospitalarias (como una forma de disminuir el gasto público).

■ El fortalecimiento de estas prácticas no hospitalarias, en principio positivo, ha llevado a que se traslade a los hogares el cuidado de personas enfermas, bajo el supuesto tácito de la presencia de cuidadoras.

■ La participación social.

A estas debilidades en el financiamiento se suma el que los procesos de descentralización, - si bien han dado mayor poder a las autoridades locales - no necesariamente han ido de la mano de una adecuada transferencia de recursos y/o de procesos que fortalezcan la autonomía administrativa. En Guyana y Surinam, por ejemplo, este proceso se ha dado en un marco en el que se ha avanzado poco en la descentralización pública en un sentido más amplio, es decir, más allá del sector salud. En otros casos, la descentralización viene

ocurriendo en contextos en que la estructura de salud está muy centralizada. Es común que la descentralización se haya llevado a cabo sin fortalecer las redes de servicios, con lo cual en muchas ocasiones estos procesos se han convertido en una nueva fuente de riesgos para las poblaciones más vulnerables. En muchos casos, incluso han quedado por fuera los temas de agenda que han dado origen a compromisos explícitos en los niveles nacionales y regionales, tales como la SSR.

En esta misma línea es común encontrar que las reformas profundizaron –o no lo tuvieron suficientemente en cuenta- la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud. La segmentación se refleja sobre todo en inequidades en el acceso y el uso de los servicios (diferencias en los derechos de los asegurados) y los aportes financieros. La fragmentación se refleja a nivel operativo en la superposición de redes, la ausencia de complementariedad de servicios y de continuidad en los cuidados, imposibilidad de atención integral (riesgos) y en costos de transacción elevados (Levcovitz, 2006), que son más críticos en el contexto de la descentralización.

Por otro lado, respecto al principio de equidad, son pocos los países que pueden reconocer que las reformas hayan contribuido con ésta, pese a que muchas veces los cambios fueron desencadenados por la exacerbación de las desigualdades presentes en la Región. Esto se observa, por ejemplo, en las brechas en la cober-

tura en salud –entre poblaciones con distintos ingresos-, en la distribución y el acceso a los servicios de calidad entre poblaciones rurales y urbanas, o en la distribución de los recursos –entre las acciones de prevención y la atención curativa-, es decir en distintos tipos de inequidades que son propias del ámbito de la salud, como, las diferencias en las condiciones de vida derivadas de la falta de justicia social y las inequidades en el acceso a los servicios<sup>18</sup>.

Por tal razón la reducción de las inequidades entendidas como desigualdades que son evitables e injustas (OPS) siguen siendo un imperativo para la Región y un objetivo por alcanzar. La exclusión social en el sector salud es aún “rampante” en muchas áreas, pese a los gastos que se realizan en este sector.

En muchos sentidos las reformas de los 90 contribuyeron a que se desmontaran o debilitaran los sistemas de protección y seguridad social y a perpetuar problemas no resueltos como la desigualdad, la debilidad en las políticas de salud pública y la concentración de profesionales en las grandes ciudades con un desfase de los recursos humanos en lo que se refiere a las necesidades de la población, entre otras (Brito, 2006). No obstante, ha transcurrido solo una década desde esta última generación de reformas y las evaluaciones deben ser entendidas en esta perspectiva.

*“América Latina es la Región más desigual del globo, la más inequitativa en términos de la distribución del ingreso (...) y en el sector salud lo que ha ocurrido es la consolidación en un incremento de lo que llamamos la exclusión en salud, que es en última instancia la negación del derecho a la salud”<sup>19</sup>.*

Pero después de las reformas de la década pasada, otros cambios se han dado en la Región y aunque muchos de ellos están en proceso de discusión y/o implementación, es importante señalarlos. La extensión de la protección social – Colombia y México<sup>20</sup> -, el fortalecimiento de la participación ciudadana para lograr progresos en cuanto al derecho a la salud que alcanzaron su expresión de mayor compromiso con la visita del relator especial para el derecho a la salud de las Naciones Unidas en el Perú; la reforma del sector que se está gestando en el Uruguay en forma endógena a partir de una propuesta del nuevo gobierno que pretende crear un sistema único de salud, y por último, varias iniciativas orientadas a lograr el acceso universal: el plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas en Chile), SUMI (Seguro Universal Materno Infantil en Bolivia) y la ley de maternidad gratuita en el Ecuador –para todas las mujeres independientemente de su nacionalidad-, entre otras.

En cuanto a la protección social, las nociones en las que se está avanzando se relacionan con un nuevo paradigma de la protección social entendida ésta<sup>21</sup> como las “intervenciones públicas para asistir a personas, hogares y comunidades en un mejor manejo del riesgo y prestar apoyo a los más vulnerables”<sup>22</sup>. Los dos son

objetivos de la Protección Social, de ninguna manera son opciones excluyentes, ambos objetivos se articulan en cadena de forma que la intervención para apoyar a los más vulnerables permita acceder a otros instrumentos que mejoran su capacidad de manejar los riesgos. Significa que la Protección Social es universal, aunque contemple algunas acciones especiales de apoyo a quienes se encuentran en problemas para acceder a los instrumentos que la sociedad proporciona para un mejor manejo del riesgo cotidiano.

*“(...) la tarea fundamental de los países consiste en ofrecer a los ciudadanos, independientemente de su capacidad de pago, protección social básica universal en materia de salud que lleve a una reducción de la desigualdad en el acceso a servicios necesarios, eficaces y de buena calidad (...) para eso es necesario consolidar la cobertura efectiva de los grupos excluidos, particularmente de los pertenecientes al sector informal de la economía (las mujeres) y a los grupos marginados por razones culturales y geográficas”<sup>25</sup>.*

En el campo de la salud, tanto la CEPAL (Comisión Económica para América latina y el Caribe) como la OPS han venido impulsando este enfoque y aportando análisis y recuperando algunas experiencias. La protección social en salud supone que a través de los poderes públicos, “un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus necesidades y demandas en salud, obteniendo acceso a servicios

en forma adecuada a través de alguno de los subsistemas existentes sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo”<sup>23</sup>. Este enfoque reconoce que el acceso a los servicios de salud es un componente central de los derechos económicos y sociales (CEPAL, 2006). Siguiendo a Levcovitz se plantean para la extensión de la protección social las siguientes condiciones:

- Acceso a los servicios: disponibilidad de oferta necesaria y oportuna. Eliminación de barreras físicas, geográficas, económicas y culturales –de género-.
- Dignidad en la atención: con calidad, calidez y oportunidad, respetando la etnia, la cultura, las diferencias de género, de edad, de orientación sexual.
- Solidaridad en el financiamiento: entre generaciones, entre grupos de ingresos diversos y entre poblaciones expuestas a diferentes riesgos sanitarios.
- Seguridad financiera en el hogar: que la financiación de los servicios de salud no se convierta en una amenaza para la estabilidad económica de las familias ni para el desarrollo de sus miembros. Esto incluye la protección de las cuidadoras de la salud en los hogares y el reconocimiento de sus aportes a la estabilidad financiera del sistema.

De acuerdo con la CEPAL, la mejor forma de que las naciones puedan conjugar el desarrollo orientado a los derechos con el diseño de instituciones y políticas que permitan asignar los recursos para hacerlos efectivos, está en la generación de pactos como el de la protección social (CEPAL, 2006). La principal característica de este

cambio de enfoque en la política social es que ésta se centra en la titularidad de los derechos siendo la salud parte de los derechos económicos y sociales. Esto significa por ejemplo pasar del enfoque de necesidades al de derecho, de los enunciados éticos a los compromisos vinculares, del verticalismo a la horizontalidad, de las políticas gubernamentales a las de estado, del asistencialismo a la inversión en instituciones y prácticas culturales para el desarrollo, etc. Implica además fortalecer la descentralización, la participación, la demanda y la evaluación de procesos<sup>24</sup>.

Este panorama de cambios recientes como los que se están gestando en Uruguay, México, Ecuador, Bolivia, Chile y Colombia entre otros, tienen en común el interés de poner en el centro de la discusión la idea de derechos y reconocer que como generadoras de equidad, las reformas de los años 90 dejaron muchas lecciones y situaciones críticas que resolver. Cambios que en buena medida se enmarcan en un nuevo contexto político de América Latina, especialmente en lo que se refiere a la consolidación de tendencias de gobiernos centro izquierdistas, con más enfoque comunitario y con una marcada necesidad de consulta y participación popular. Proceso democrático creciente que es favorable para nuevos procesos de reforma en salud tendientes a la universalidad o equidad.

Asuntos críticos para una nueva generación de reformas, desde el enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad:

- La consolidación de sistemas de salud que protejan y promuevan el derecho a la salud y contribuyan a la reducción de la pobreza.
- La promoción del derecho a la salud con garantías para ejercerlo de acuerdo a las necesidades particulares, incluida una mejor información para tomar decisiones y mecanismos de participación que sean reales y efectivos.
- El fortalecimiento del rol rector del estado y la creación de sistemas de información que permitan tomar decisiones adecuadas y oportunas.
- La sostenibilidad financiera de los sistemas con aumento del gasto público y reducción del gasto de bolsillo.
- El reconocimiento y valoración del trabajo de cuidado de salud en los hogares que las mujeres hacen como una extensión de sus tareas domésticas.
- La universalidad con equidad en el acceso evitando la exclusión de las poblaciones más vulnerables.
- Evitar la segmentación y la fragmentación.
- La formación de recursos humanos con nuevas habilidades orientadas al ejercicio del derecho a la salud.
- El fortalecimiento de la salud pública<sup>28</sup> y el impulso de modelos de atención primaria en el marco de organizaciones apropiadas culturalmente.

Sin embargo, al mismo tiempo que en estos países se fortalecen las iniciativas que ponen el énfasis en esfuerzos que ayuden a cambiar las profundas desigualdades, otros hechos no menos críticos nos permiten avizorar esfuerzos de amplios sectores conservadores que están adelantando acciones que buscan recortar el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres y de los/as adolescentes en forma particular. Acciones en contra de la anticoncepción de emergencia, del aborto legal, de los servicios y la información para adolescentes, entre otras. Dos panoramas y un solo reto: enfrentar las inequidades y exclusiones y fortalecer los enfoques de derechos, género e interculturalidad, en las decisiones de cambio para consolidar sistemas de salud sostenibles.

Estos hechos hacen necesario que los países se enfrenten a lo que podríamos denominar una nueva generación<sup>26</sup> de cambios/reformas orientadas al logro del ejercicio real del derecho a la salud, que permita eliminar barreras financieras y de otros tipos (geográficas, culturales, socioeconómicas, etc.), garantizar el aseguramiento y el acceso a servicios con calidad, pero sobre todo, superar las desigualdades e inequidades entre países y al interior de los mismos en cuanto a las condiciones y el acceso a la atención de salud y su financiamiento. Cambios que promuevan los enfoques de derechos, género e interculturalidad, en salud sexual y reproductiva y la atención primaria en salud y cambien la lógica de la atención a la enfermedad por la de su prevención, en la perspectiva de fortalecer la salud pública como una responsabilidad del estado<sup>27</sup> en donde se incorpore la salud sexual y reproductiva. Sistemas en los que las personas reciban los servicios de acuerdo a sus necesidades y contribuyan al financiamiento de acuerdo a sus posibilidades.

---

**11** La mayor parte de esta información proviene de los diagnósticos de los sistemas de salud que han hecho los países en el marco del seguimiento de la OPS y de informes provenientes de este organismo.

**12** UNFPA. Reformas del sector salud y salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Tendencias e interrelaciones –una revisión. 2005.

**13** “Los enunciados de principios de los noventa que proponían que bastaba crecer para que a través del goteo y después de los costos del primer período de ajuste, los beneficios del crecimiento llegaran al resto de la población, demostraron no ser sostenibles contrastados con la evidencia (...) el crecimiento económico ayuda a reducir la pobreza, pero sólo explica la mitad de esa reducción”. Grynspar. 1998: 86

**14** Ver nota 9.

**15** Organización Panamericana de la Salud. “Analysis of Health Sector Reforms. Region of the Americas”. No. 12. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Washington D.C. 2004. El análisis de situación en este aparte se basa en este documento que se centra, especialmente, en los cambios ocurridos bajo la denominación de reformas del sector salud.

**16** Analysis of Health Sector Reforms. OPS. 2004. La información recuperada en este aparte proviene en su gran mayoría de este documento que está referenciado en la bibliografía.

**17** Ver documento UNFPA. Nota 12.

**18** Málaga, 2000

**19** Brito, P. Políticas de salud en las Américas. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. Vol. 24. Número especial. Marzo de 2006.

**20** Es importante anotar que si bien estos países están trabajando reformas bajo la denominación conceptual de sistemas de protección social, las propuestas desarrolladas en los años recientes merecen un análisis cuidadoso a fin de definir si la incorporan, o no, en toda su complejidad.

**21** Carmen Helena Vergara. Documentos de trabajo. Colombia. 2005, 2006.

**22** Holzmann R. y Jorgensen S. (2000). *Manejo Social del Riesgo: Un nuevo Marco Conceptual para la Protección Social y más allá*. Documento de Trabajo No.0006 sobre Protección Social. Banco Mundial. Página 3.

**23** Levcovitz, E. Nuevas estrategias para extender la protección en salud. Desafíos de la protección social para la organización de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Conferencia Regional Americana. Asociación Internacional de la Seguridad Social. (Levcovitz es el Jefe de la Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud en la Organización Panamericana de la Salud). Belice. 2006.

**24** Estas ideas fueron adaptadas por Carmen Helena Vergara a partir de un modelo sintetizado por UNICEF (1998), para CPPS Proyecto Piloto (2001) en Colombia.

**25** López-Acuña, Brito, Crocco, Infante, Marín, Zeballos. Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones. *Rev. Panam Salud Pública* 8 (1/2). 2000.

**26** Expresión que está siendo acuñada por diferentes actores, y que organismos como la OPS están impulsando en la Región.

**27** Esta coyuntura histórica a la que se enfrentan las reformas del sector de la salud al iniciarse el Siglo XXI podría ofrecer una oportunidad importante para superar las insuficiencias de las reformas actuales que han omitido la salud pública como responsabilidad social. López-Acuña, Brito, Crocco, Infante, Marín, Zeballos. Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones. *Rev. Panam Salud Pública* 8 (1/2). 2000.

**28** Entendemos por salud pública la integración de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, para garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, síquicas y sociales de todos los individuos y las colectividades. Mediante la salud pública se busca mejorar los determinantes de la salud y alcanzar mayor equidad, fomentar acciones intersectoriales amplias a través de la participación social y ciudadana. Un componente importante es la vigilancia en salud pública que se orienta a la recolección y organización sistemática de datos, el análisis e interpretación, la difusión de la información y su utilización en la orientación de intervenciones en salud pública.



## II Principios para una nueva generación de las reformas

### ¿Hacia dónde queremos ir?

La inserción del UNFPA en los debates macro que buscan la generación de cambios a los sistemas de salud, debe orientarse fundamentalmente a la incorporación de la agenda de población y desarrollo en forma comprensiva. Esto implica la inclusión de una amplia gama de contenidos relativos a la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva del análisis de las dinámicas –individuales y colectivas- de población<sup>29</sup> el enfoque de género y derechos humanos y su vinculación con la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible. El objetivo es que estos sistemas tengan las condiciones deseables para garantizar el ejercicio de los derechos en el ámbito de la salud y particularmente de la sexualidad y la reproducción. Esto supone un acercamiento a todos los actores que hacen parte de los sistemas de salud y particularmente a quienes toman decisiones, a partir de un marco ético.

Este capítulo trata de este marco ético y desarrolla una serie de principios<sup>30</sup>, que deben servir para orientar los esfuerzos de cooperación del UNFPA y los procesos de incidencia en que éste participe, de forma tal que se conviertan en principios orientadores de las decisiones en materia de cambio de los sistemas de salud de la Región. Todos estos principios están interrelacionados y aunque han sido propuestos en otros momentos de cambio –como en algunas de las denominadas reformas del sector salud de la década pasada- acá se resignifican y se vinculan, tanto con la conducta y las obligaciones de los estados, como con los resultados que generan en los niveles de salud.

La comprensión de estos principios debe inscribirse en la promoción de los derechos humanos como el enfoque que orienta y dinamiza la cooperación del UNFPA en todas las áreas: *“...los derechos humanos cumplen el rol de empoderar a las personas y a las comunidades...ayudando a prevenir los conflictos que se basan en la pobreza, la discriminación y la exclusión...”*. (Mary Robinson)<sup>31</sup>.

Este enfoque de derechos humanos, implica dos niveles de análisis en el campo de la SSR: el de la SSR como parte del derecho a la salud y éste como parte de los derechos económicos y sociales por un lado, y la inclusión de los contenidos nuevos de los cuales se dota a los derechos humanos a partir de la sexualidad y la reproducción, por el otro.

## El derecho a la salud

En primer lugar, el derecho a la salud –incluida la SSR– como parte de los derechos económicos y sociales es un derecho fundamental que los estados democráticos tienen el deber de garantizar a toda la población hasta lograr su satisfacción en forma progresiva (la seguridad social y los paquetes básicos son formas de hacerlo posible)<sup>32</sup>. Los contenidos de este derecho, más allá de lo establecido por los pactos internacionales, están condicionados por las cláusulas de no regresividad y por la relación de la salud con la vida digna, lo que supone que no sean tomadas medidas que impliquen regresión u omisión<sup>33</sup>.

Dentro de las medidas inmediatas que deberían tomarse en contextos de cambio merecen especial atención: i. Prohibir la discriminación en el acceso a los servicios de salud; ii. Evitar medidas regresivas; iii. Avanzar en forma constante y concreta de la manera más expedita y eficaz posible; iv. Respetar las obligaciones básicas en la salud, entre las cuales están las acciones de salud pública y atención primaria.

El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalentes en un determinado Estado Parte<sup>36</sup>:

- Disponibilidad
- Accesibilidad<sup>37</sup>:
  - No discriminación
  - Accesibilidad física
  - Accesibilidad económica
  - Acceso a la información
- Aceptabilidad –culturalmente apropiados–
- Calidad.

Según el derecho internacional las obligaciones estatales en materia de salud son de tres tipos<sup>34</sup>:

■ **Respeto**: tiene que ver con abstenerse de limitar el acceso universal y equitativo a bienes y servicios de salud; abstenerse de limitar la participación en salud, evitar la discriminación y evitar la regresividad en las políticas públicas (por ejemplo, no contribuir a la mortalidad evitable).

■ **Protección**: garantizar el acceso igual a servicios (garantizar iguales servicios entre los grupos poblacionales: evitar la segmentación); proteger a los grupos vulnerables; garantizar la continuidad en los servicios y su calidad.

■ **Satisfacción/cumplimiento**: Adoptar marcos legales, normativas y políticas como las de salud pública; educar e informar; disponer de forma equitativa de los servicios de salud en todo el territorio nacional.

La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios como la formulación de políticas en materia de salud. El acceso a servicios de salud –incluida la SSR- es una forma de hacer efectivo este derecho. Los debates en este sentido apuntan a que en razón de la progresividad, las sociedades deberían privilegiar los programas de salud básica –dentro de los cuales están incluidos los programas de SSR- beneficiando a las poblaciones más vulnerables bajo la convicción de que son un componente central del derecho a la salud y por ende de los derechos económicos y sociales. La salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental<sup>35</sup>, especialmente si consideramos que la “mala” salud sexual y reproductiva representa casi el 20% de la carga global de la mala salud de las mujeres, y el 14% de la de los hombres. En este sentido el derecho a la salud comprende el derecho a un sistema de protección, incluida la atención sanitaria y atención a los factores determinantes –e involucra dimensiones individuales y colectivas-, que faciliten la igualdad de oportunidades para las personas a fin de que disfruten del máximo nivel asequible de salud. Por ejemplo, las mujeres deben gozar de igualdad de acceso, de hecho y de derecho, a la información sobre las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva. Así pues, los Estados tienen la obligación de proporcionar servicios de salud reproductiva.

## ***El derecho a la Salud Sexual y Reproductiva***

En segundo lugar nos referiremos a la aplicación del lenguaje de los derechos -universales, indivisibles, interdependientes e interrelacionados<sup>38</sup> - en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, en el que el enfoque de derechos ha sido fundamental para cambiar el foco de las acciones. Desde aquellas orientadas meramente al logro de metas demográficas, al de las orientadas a garantizar el pleno respeto de las decisiones –creando las condiciones que se precisan para ello- para alcanzar el nivel más elevado de SSR.

Como lo afirma el Programa de Acción de El Cairo, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos ya incluidos en diversos instrumentos internacionales y han servido para dar nuevos contenidos a los derechos humanos clásicos. En este marco de los DDHH (Derechos Humanos) los derechos reproductivos (DR) como parte del derecho a la salud, integran los denominados DESC (Derechos humanos económicos, sociales y culturales) y por lo tanto, es fundamental comprender algunas de sus características.

Niveles de análisis para la incorporación del enfoque de derechos en el campo de la SSR:

Primero: el derecho a la salud es parte de los DESC e incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva.

Segundo: la sexualidad y la reproducción dotan de contenidos a los derechos humanos clásicos y estos contenidos se expresan en la salud sexual y reproductiva.

Los derechos a la vida, a la libertad y la seguridad, a la igualdad, a la privacidad, a la libertad de pensamiento, a la información y la educación, a elegir sobre la reproducción (si tener o no tener hijos, si formar una familia), al cuidado a la salud, a los beneficios del progreso científico, a la libertad de reunión, a estar libres de tortura y trato cruel, y a estar libres de todas las formas de discriminación, se expresan en forma particular en la salud sexual y reproductiva<sup>39</sup> y configuran el campo de los derechos reproductivos. (DR) Esta relectura de los derechos humanos clásicos da origen a un compromiso desde el cual la protección de estos derechos es fundamental para el pleno respeto de los derechos humanos y ubica a los sistemas de salud frente al reto de garantizar las condiciones necesarias para su protección y garantía, y a la sociedad civil frente al reto de vigilar su cumplimiento y hacer realidad su ejercicio<sup>40</sup>.

Desde esta perspectiva, el derecho a la vida incluye el derecho a no morir por causas relacionadas con la maternidad o el VIH y SIDA; el derecho a la igualdad y a estar libres de discriminación implica el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para todas las personas independientemente de su sexo, edad, raza, etc.; el derecho a la libertad implica que las personas no sean forzadas a tomar decisiones en materia anticonceptiva (por ejemplo, esterilizaciones forzadas); el derecho a la privacidad incluye el respeto del consentimiento informado de los/las adolescentes; el derecho a la salud incluye el nivel más alto de salud física y mental y particularmente el acceso a cuidado en todas las áreas relacionadas con la SSR en relación estrecha con el derecho a decidir el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos (métodos anticonceptivos, prevención del VIH y SIDA, de la violencia, del embarazo no deseado, de los cánceres del tracto reproductivo, etc.); el derecho a estar libre de tortura incluye el no ser obligadas a continuar un embarazo, a vivir sin violencia y a ser protegidas en situaciones de conflicto armado.

Este enfoque de derechos se fundamenta en los principios de equidad – con énfasis especial en los derechos de las voces discriminadas, excluidas y minoritarias, particularmente de la equidad de género, la diversidad cultural y el ciclo de vida. Adicionalmente, una mirada desde los derechos humanos y los DR a los cambios en los sistemas de salud implica que estos apunten a la universalidad, la solidaridad, la integralidad y la participación social y se basen fuertemente en la atención primaria privilegiando áreas como la SSR. Todos estos principios están interrelacionados y son interdependientes.

### ***Equidad***

Se refiere a la eliminación de todas las desigualdades que son evitables e injustas (OPS), siendo de particular interés para la incidencia en materia de cambio en los sistemas de salud, todas aquellas estructuras generadoras de desigualdad y exclusión en materia de salud en general y en particular en SSR: social y de género, ciclo vital y cultura. Al hablar de equidad, hablamos de inclusión, y desde esta perspectiva estamos reconociendo tres dimensiones de la equidad: género, ciclo vital y cultura.

La equidad de género implica la eliminación de todas aquellas situaciones que resultan de las relaciones desiguales entre mujeres y hombres. Esta dimensión de la equidad forma parte de la equidad social que tiene en las diferencias socio-económicas su otra faceta. En el ámbito de la salud, las inequidades se expresan básicamente en (Gómez, OPS y otras):

■ El área de los determinantes socioeconómicos: igualdad en el acceso y control de los recursos que hacen posible el ejercicio del derecho a la salud (se relaciona, entre otros, con los niveles de ingresos y el trabajo doméstico no remunerado).

■ En el estado de salud: niveles de salud y bienestar comparables entre mujeres y hombres, que están determinados también por la calidad en los servicios, la cuál es, generalmente, menor para las mujeres y los/as adolescentes.

■ En el ámbito de la atención (acceso y utilización de los servicios): servicios que se reciben de acuerdo con las necesidades (y el riesgo) y no con la capacidad de pago, es decir que la carga financiera del cuidado de la salud –incluidos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción- se distribuye socialmente.

■ En la asignación de recursos (ámbito en el cual es de particular importancia el análisis de las cuentas nacionales en salud).

■ En la participación en la gestión de la salud: no hay balance en la distribución por sexo tanto en la toma de decisiones en el sector salud, como en el trabajo remunerado y no remunerado (el que incluye el cuidado de la salud en el hogar, las tareas comunitarias en salud, etc.).

En todas estas dimensiones subyacen las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres que tienen una expresión particularmente crítica en el ámbito de la SSR y por lo tanto el empoderamiento –toma de conciencia y transformación de la situación mediante ejercicio del poder en forma positiva- es el punto más crítico en esta búsqueda de la equidad.

La equidad de género debe reflejarse en las políticas, en las normas, en las prácticas y en los sistemas de valores<sup>41</sup>.

La equidad implica un énfasis en las mujeres cuando se trata de la SSR porque la mayor carga de las enfermedades recae sobre ellas; porque se encuentran mayoritariamente entre las pobres; porque tienen mayor necesidad de servicios de salud (rol biológico de la reproducción y mayor longevidad); porque son las cuidadoras de la salud en el hogar y en las comunidades y esta situación no se revierte en mayores beneficios en la toma de decisiones; y porque las Metas del Milenio han fijado como uno de sus objetivos la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Sin embargo, la inclusión de los varones en la responsabilidad y el cuidado sobre la SSR es también un nivel decisivo para lograr estos cambios.

En esta misma línea, la equidad como principio implica que se eliminen las desigualdades que existen entre generaciones, dando paso entre otras, al reconocimiento del ejercicio de los derechos de la población adolescente en materia de atención de la salud, educación, oportunidad económica y adquisición de aptitudes para la vida. El enfoque del ciclo vital supone considerar no solo la edad de las personas sino también el contexto social y cultural en que estas se desarrollan en cada momento de su vida. Como abordaje permite identificar un conjunto de necesidades en cada una de estas etapas de la vida.

■ Adolescentes: lograr el acceso a una información completa y a servicios integrales en SSR a partir de sus especificidades y de la comprensión de los determinantes socio-culturales -para lograr reducir sus vulnerabilidades frente a problemas que les afectan en forma especial en América Latina: el embarazo adolescente, la transmisión de ITS, VIH y SIDA y la prevención de la violencia. En relación con este grupo de población es importante que sean incluidos no solo como beneficiarios sino fundamentalmente como titulares de derechos, en los sistemas de salud.

Los análisis de equidad deben tener en cuenta una serie de elementos que determinan vulnerabilidades y diferencias en la situación de salud y en el acceso a los servicios de SSR:

- La zona de procedencia: rural o urbana
- El nivel educativo
- El nivel socio-económico
- La edad
- El sexo
- La etnia
- La región dentro del país
- La presencia de conflicto armado, desplazamiento o migraciones

■ Mujeres adultas en edad reproductiva: lograr la reducción de la mortalidad materna y proteger su derecho a decidir libremente el número de hijos garantizando el acceso a métodos anticonceptivos en forma continua para evitar los embarazos no planeados, la prevención del cáncer de cuello uterino y de seno, la prevención del VIH y SIDA y la prevención de la violencia de género incluida la violencia sexual.

■ Mujeres adultas sexualmente activas en período post-reproductivo: atención integral de la menopausia y otras enfermedades asociadas.

■ Varones adolescentes y adultos.

Finalmente, el principio de equidad implica el reconocimiento de que la sexualidad varía culturalmente y por lo tanto es fundamental la comprensión de los significados y actitudes que frente a la misma se adoptan en cada cultura para lograr el respeto por la diversidad evitando aquellas prácticas que puedan afectar los DR o que acarreen riesgo para la SSR. Esta diversidad cultural implica también que se tomen en consideración los grupos tradicionalmente excluidos y sus visiones del mundo sobre la salud, la enfermedad, la medicina, etc., en los procesos de toma de decisión.

La diversidad cultural tiene que ver con todos los grupos sociales (subculturas) que se definen en torno a patrones culturales, que a menudo generan exclusión, y que pueden ser propios de la pertenencia a un grupo étnico (indígenas, afrodescendientes, gitanos), a un grupo poblacional (adolescentes y jóvenes), a un grupo social (migrantes) o a una identidad (orientaciones sexuales diversas), entre otras. Esta visión es importante puesto que existe un vínculo claro entre las diferentes poblaciones o grupos culturales y la exclusión, y este hecho es crítico para la SSR, si se tiene en cuenta que esta pertenencia puede constituirse en una barrera de acceso para la atención en salud. Este hecho nos ubica frente a la oportunidad de mejorar la atención -al derribar las distintas barreras de acceso- y mejorar la arquitectura institucional, entre otras, de tal forma que pueda responder a estas diversidades.

### ***Universalidad***

La universalidad implica el reconocimiento del derecho a la salud de todas y todos los ciudadanos en cualquier sistema social. Este principio es inherente a los pactos de ampliación de la protección social y se relaciona con el logro de la igualdad y la equidad, en tanto contribuye a garantizar derechos a los más excluidos. Reconoce que es necesario avanzar con medidas progresivas que contribuyan a la meta más grande de universalidad. Es decir que la inclusión social y el foco en los más vulnerables y excluidos, deben ser asumidos como un camino hacia la universalidad.

En el contexto de los cambios a los sistemas de salud y de cara a la inclusión de la SSR en estos procesos, este principio se expresa en el acceso de toda la población (cobertura) en forma real a un conjunto de servicios que abarcan desde las prestaciones hasta los bienes públicos incluidos los suministros -medicamentos, métodos anticonceptivos, a lo largo de todo el ciclo vital y abarcando toda la geografía nacional.

### ***Solidaridad***

Se habla de sistemas solidarios cuando mediante pactos sociales, todas las personas contribuyen al financiamiento de la salud de acuerdo a su capacidad de pago, pero reciben los beneficios de acuerdo con sus necesidades. Esta solidaridad debe darse tanto entre generaciones como entre poblaciones con diferentes necesidades (por ejemplo, que la carga financiera de la reproducción sea distribuida socialmente), con diferentes niveles de ingreso, con diferentes pertenencias culturales y con diferente localización geográfica. Implica fundamentalmente una participación del estado –por la vía de impuestos y otros recursos propios- que sea suficiente para cubrir las deficiencias de quienes, por su precariedad económica, no tienen capacidad para contribuir al sistema en forma complementaria con los aportes solidarios como el resto de la sociedad. Este principio es una puerta de entrada fundamental para consolidar la inclusión de los distintos grupos sociales –poblacionales- y la sostenibilidad de los sistemas de salud.

### ***Integralidad***

Implica que los cambios en los sistemas de salud incorporen en forma integral la SSR —es decir, en todos sus componentes y con mecanismos que permitan el monitoreo de las políticas en este campo; que existan las instituciones y redes de servicios necesarias en todos los niveles para garantizarla (arquitectura institucional con mecanismos de control claramente establecidos), particularmente en los niveles primarios de atención donde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tienen lugar. Es decir, el fortalecimiento de la salud pública bajo un modelo de atención primaria como pilar fundamental de la SSR. Este principio implica así mismo que las personas sean consideradas como un todo —con sus especificidades de género, generación y cultura— y que en este sentido la garantía de un conjunto de prestaciones sirva a una mirada y a una atención integrales. Incluye además la calidad vista como la capacidad del sistema de atender en forma integral, oportuna y segura, todas las necesidades de las personas a lo largo de su ciclo vital, contribuyendo a la reducción de riesgos y fortaleciendo los factores protectores.

### ***Eficiencia***

Se refiere al mejor uso de todos los recursos disponibles del sistema, sean estos financieros, administrativos, técnicos o humanos, de tal manera que la ciudadanía obtenga en forma oportuna, adecuada, suficiente y con calidad los beneficios que le otorga cada sistema<sup>42</sup>.

Si bien este principio orientó, en teoría, las decisiones en materia de cambio en los sistemas de salud en una buena proporción de los países de la Región, sus componentes no han sido aplicados en forma adecuada y suficiente (su aplicación se redujo a los aspectos financieros). Por lo tanto aparece como un principio vigente en esta nueva generación de reformas.

### ***Participación social***

Este principio reconoce los derechos y deberes de la sociedad en su conjunto en el proceso de consolidar sistemas de salud que sean transparentes. Implica el ejercicio pleno de la ciudadanía por la vía de la participación consciente, co-responsable, activa e informada<sup>43</sup> de los diversos actores sociales y particularmente de aquellos que han estado excluidos históricamente de los procesos de toma de decisión. Este principio es fundamental para avanzar en una nueva generación de reformas, porque si bien durante la última década se creó un conjunto de espacios para garantizar la participación —en algunos países—, ésta aun dista de ser real —incluyente— y efectiva, y no ha servido para que se tengan en cuenta las decisiones y visiones de las distintas comunidades, ni para garantizar la diversidad cultural, generacional y de género. Adicionalmente el fortalecimiento del principio de participación debe servir para consensuar temas en la sociedad y de esta manera crear mayor solidaridad entre quienes tienen mayor capacidad económica para contribuir al financiamiento de los sistemas de salud de quienes no la tienen.

El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, considera la participación ciudadana como un derecho que fue definido como un aspecto importante de la implementación del derecho a la salud<sup>44</sup>.

El derecho a la participación en salud, involucra la generación de mecanismos, procedimientos y orientación de recursos por parte de los estados para promover, proteger y garantizar el derecho a la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones en los planos nacional, regional y comunitario; en la promoción de la salud, la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, y en la organización del sector de la salud, incluyendo la participación en las políticas públicas y presupuestos. Incluye la transparencia y la rendición de cuentas; el desarrollo de mecanismos sectoriales de participación y exigibilidad de derechos; la remoción de barreras para la participación, la construcción de capacidades y la ampliación de oportunidades para una participación inclusiva, plural e intercultural<sup>45</sup>.

La participación supone organización –y por lo tanto existencia de instancias legítimas para su ejercicio con capacidad de decisión-, y procesos de rendición de cuentas<sup>46</sup> y exigibilidad claramente establecidos para el control de la gestión de las instituciones y de los sistemas en su conjunto<sup>47</sup>. Este principio debe contribuir a la transparencia de las acciones que adelantan todos los actores del sector salud.

---

**29** “El conjunto de la población, su crecimiento y distribución, es en definitiva el resultado acumulativo de acciones y circunstancias personales, así como de un conjunto de condiciones sociales, económicas, culturales y políticas en cada situación concreta...los comportamientos individuales y las tendencias agregadas constituyen los dos componentes que configuran la situación de la población...los comportamientos atañen a todas las acciones personales que se relacionan directamente con la reproducción, la supervivencia y la movilidad, cuyo efecto conjunto constituye lo que se denomina tendencias agregadas de la población”. Guía para el análisis de situación en población (ASP). Propuesta conceptual y metodológica. División de América Latina y el Caribe. UNFPA con CELADE. 2006.

**30** De acuerdo con las definiciones del diccionario de la Real Academia Española, se entiende por principio la base, origen, razón fundamental sobre la cual se procede discutiendo en cualquier materia...norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta.

**31** Tomado del documento Rights into Action.

**32** Estas ideas son retomadas del salvamento de voto del Magistrado Rodrigo Uprimy de la Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-654/04.

**33** Para los DS la idea de la no omisión es fundamental como argumento, tal como se verá en el capítulo sobre paquetes integrales.

**34** Observación general No. 14 (2000). Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/C.12/2000/4.

**35** Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt. Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS. E/CN.4/2004/49. 2004.

**36** Observación general No. 14 (2000). Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/C.12/2000/4.

**37** En cuanto al acceso a la salud, se consideran asuntos de especial protección, el acceso de la mujer a la salud sexual y reproductiva. Gargarella, en la misma sentencia de la Corte Constitucional de Colombia, Nota 32.

- 38** Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos, Viena. 1993.
- 39** UNFPA, Rights into Action. IPPF, carta sobre derechos sexuales y reproductivos.
- 40** También diferentes teorías de los derechos humanos han avanzado en la aclaración de este vínculo. Con ello los DDHH clásicos han recibido nuevos contenidos sirviendo para la protección de las personas en todo lo concerniente con su reproducción y su sexualidad.
- 41** Documento Rights into Action.
- 42** Adaptado de la Ley 100 de 1993. Colombia.
- 43** Política nacional de salud de Costa Rica.
- 44** Artículo 17 de la Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4.
- 45** Guézmes, A. Definición preparada para el FOROSALUD. Perú.
- 46** Son inherentes a estas ideas sobre participación: El control social y la rendición de cuentas. El primero es el derecho y la capacidad de la sociedad civil para intervenir en la gestión pública orientando las acciones y los gastos estatales y públicos-no estatales- como es el caso de la salud en dirección a los intereses de la colectividad. La rendición de cuentas se refiere a la responsabilidad de los Estados por su desempeño y por el resultado de sus decisiones u omisiones y el derecho de exigibilidad de la ciudadanía a acceder a información pública de buena calidad y a reivindicar sus derechos en caso de que sean vulnerados.
- 47** Colombia. Ley 100 de 1993.

### III Los principios en acción: orientaciones estratégicas

Este capítulo presenta un análisis acerca de las formas en que el marco ético de principios que son críticos para la consolidación de sistemas de salud basados en el respeto y en la protección de los derechos, debería incorporarse en los procesos de cambio de los sistemas de salud – en relación a algunos de sus componentes más importantes- de tal manera que sirvan para la adecuada implementación de la agenda de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos. Estos componentes son la rectoría, el financiamiento, la descentralización, los planes de salud y los recursos humanos. En muchos de ellos el UNFPA en los niveles nacionales, ha venido adelantando acciones concretas, lo que reafirma la importancia de fortalecer el trabajo en estas áreas como la mejor forma de garantizar acciones sostenibles de SSR.

Los cambios en los sistemas de salud que se basan en un enfoque de derechos, género e interculturalidad y que incorporan los principios antes mencionados, deberían contribuir a: la existencia de leyes antidiscriminación, la garantía del acceso a los servicios de salud –a través de paquetes básicos o planes integrales-, la existencia de arreglos financieros que apunten a la equidad, la ampliación de la protección social y el cuidado de poblaciones vulnerables, el fortalecimiento de las instituciones en los niveles locales, etc.

Las reformas del estado implican intrínsecamente una redefinición del alcance y contenidos de la política social. En este caso particular de las políticas y los sistemas de salud y por lo tanto, deberían considerar en el núcleo esencial de sus discusiones, el derecho a la salud como derecho social que es interdependiente e indivisible del resto de los derechos. El derecho a la salud es una condición clave para el ejercicio, por ejemplo, de los derechos civiles y políticos: *“sin inclusión social no hay una base material –en términos de condiciones de vida- para la deliberación pública y para la apropiación y despliegue de las libertades públicas”*<sup>48</sup>.

A partir de esta premisa podemos reafirmar que la SSR y el ejercicio de los derechos reproductivos, - al tener en su centro la autodeterminación, el empoderamiento y la libertad, y por ejemplificar un ámbito de la salud que se sustenta en la salud pública y la atención primaria en salud-, es un área crítica que debe ser incluida en forma integral y comprensiva en los procesos de cambio en los sistemas de salud -de una nueva generación- que tiene como retos cruciales la contribución a la ciudadanía –por la vía del ejercicio de derechos- y el logro de la equidad. Adicionalmente, las políticas de SSR sólo podrán ser implementadas efectivamente si se enmarcan en los sistemas de salud y cuentan con los recursos necesarios para sostenerlas.

Esta afirmación es especialmente válida toda vez que los jefes de estado presentes en la Cumbre Mundial 2005 señalaron que para alcanzar los ODM es indispensable lograr que la población tenga acceso universal a la salud reproductiva.

### **Rectoría**

En la mayoría de los países de la Región la prestación de los servicios de salud está a cargo de un conjunto de actores tanto públicos como privados, y corresponde al estado –como garante del derecho a la salud- regularlos de manera que existan reglas de juego claras para su participación y se logre eliminar la segmentación y la fragmentación. La regulación es una forma de hacer operativa la obligación del estado –mediante sus instituciones- de proteger el derecho a la salud y garantizar la salud pública, e implica que se tomen medidas tanto en el sector salud como en otros sectores -educación, justicia, finanzas públicas, etc.- con el fin de lograr un conjunto de metas sociales más amplias, entre las que se destaca la reducción de la pobreza por su intrínseca relación con los niveles de salud de las poblaciones. Esta función se orienta a garantizar el acceso a los servicios mediante el aseguramiento, la financiación y su provisión, de tal forma que se logre la equidad en el acceso.

En términos generales, la regulación se hace a través de la promulgación de leyes –que pueden ser propuestas desde el ejecutivo- y de la definición de regulaciones que emanan del mismo. La primera expresión de esta función es la adopción de una política nacional de salud en la que se indique la organización del sistema, se determinen los mecanismos para lograr su conducción y se establezcan las prioridades<sup>49</sup>. Hace parte de esta función la expedición oportuna de todas las regulaciones (decretos, resoluciones, ordenanzas, normas, guías, etc.) que deben orientar a los sistemas de salud, entre ellas, las normas sanitarias, las de control y las de vigilancia – tanto epidemiológica como de la gestión de los diversos actores del sistema - .

No obstante ser un campo de acción sectorial, es importante que en este proceso de definición de las regulaciones, el sector salud involucre a otros actores que son clave, sobre todo para ahondar en el modelo de atención primaria e integrar en la sociedad una política de salud pública fundada en la promoción del derecho a la salud y la prevención de la enfermedad. Los sectores de educación, justicia, hacienda y crédito público, desarrollo social –mujer, juventud- y comunicaciones, están entre los más importantes cuando se trata de instaurar este tipo de modelos, particularmente en todas aquellas acciones relacionadas con la SSR.

Hay una serie de aspectos a los cuales debe contribuir el estado en ejercicio de su función de rectoría, para lograr la protección del derecho a la salud, y lograr su pleno reconocimiento. Entre estos, los más importantes son:

■ Contribuir a que las instituciones tanto públicas como privadas que participan de los sistemas de salud, sean transparentes, tengan mecanismos para la rendición de cuentas y generen condiciones para la participación de la ciudadanía

■ Definir mecanismos e instancias de control que sean independientes –por ejemplo las superintendencias, las defensorías- de los actores a quienes deben vigilar y que funcionen tanto para las instituciones públicas como privadas en todos los niveles –nacional y local-. Este control (en el que debe tener participación la sociedad civil) tiene que ver tanto con la ejecución de los recursos como con la puesta en práctica de las medidas de política, es decir, tanto con el control y la sanción como con la vigilancia epidemiológica que se requieren para avanzar en materia de salud y particularmente en SSR. En relación con las medidas de control, estas deberían incluir tanto mecanismos para sancionar como para generar incentivos y deberían incorporar las acciones que puedan adelantarse desde otras instancias distintas al propio poder ejecutivo, control desde el legislativo, defensorías del pueblo.

■ Establecer normas que tengan claramente definidas las fuentes de recursos para lograr su adecuada difusión, cumplimiento y control.

■ Contribuir a la coordinación interinstitucional y a la consolidación de los sistemas de referencia y contrarreferencia.

■ Contribuir a consolidar sistemas de información estándares en el país de tal manera que las decisiones se basen en evidencia sistemática, oportuna y segura, así como en la introducción de tecnología apropiada.

■ Permitir la evaluación de los cambios que se introducen en los sistemas de salud, mediante el establecimiento de indicadores de impacto sobre la equidad (incluida la equidad de género), como también indicadores sobre calidad de vida y otros contenidos del derecho a la salud.

■ Velar por la difusión de la información concerniente al derecho a la salud y por involucrar en esta tarea a otros sectores.

Una característica central del estado social de derecho es la garantía de los derechos sociales, que debe sustentarse en las normas.

Todas estas medidas son formas concretas de operar todos los principios mencionados en el capítulo anterior por ser la rectoría una función transversal a los sistemas de salud: equidad, universalidad, solidaridad, integralidad, eficiencia y participación.

En materia de la SSR la función de rectoría debe orientarse a:

■ La creación de regulaciones sanitarias (directrices técnicas) de obligatorio cumplimiento en todas las áreas que señala el Programa de Acción de El Cairo, con énfasis que serán variables de acuerdo a la situación de cada país: anticoncepción incluida la anticoncepción de emergencia – prevención de embarazos no planeados-; maternidad segura; prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de ITS, VIH y SIDA; de la violencia sexual y de género; de los cánceres del aparato reproductivo; atención integral de la salud de la población adolescente; participación y responsabilidad masculina; prevención y manejo de la infertilidad y prevención y atención del aborto inseguro.

En países como Honduras, Paraguay y Perú, el UNFPA ha contribuido, en alianza con otros actores como la OMS y la OPS en la diseminación e instrumentación de lineamientos normativos nacionales en materia de planificación familiar y manejo de infecciones de transmisión sexual.

■ Consolidar normas en otras áreas que no son las tradicionales programáticas de SSR. Las normas sanitarias relacionadas con SSR no son suficientes para garantizar el ejercicio de los derechos en este campo y algunas veces las normas que se formulan en otras áreas se contradicen con las políticas y programas de SSR. Hay un conjunto de temas que afectan la prestación de los servicios y que por lo tanto deben ser revisados de tal manera que sus contenidos contribuyan al acceso oportuno, eficaz y seguro de todas las áreas relacionadas con la SSR. Dentro de estas se encuentran: las medidas sobre presupuesto y descentralización (bien sean leyes, decretos, etc.); las normas sobre garantía de calidad y acreditación de las instituciones; la organización de redes de servicios; las medidas sobre recursos humanos incluidos los estándares de acreditación.

■ Contar con regulaciones adecuadas que permitan la disponibilidad de insumos para SSR. Esto incluye, por ejemplo, los anticonceptivos y los medicamentos y la decisión de incluirlos dentro de los listados de medicamentos esenciales. Esto implica que se cuente con procesos claros para la adquisición de insumos y requisitos de calidad basados en normas internacionales, entre otros.

■ La creación de herramientas que permitan controlar el cumplimiento de las normas, y sobre todo, el impacto que las acciones de política tienen sobre los indicadores de salud relacionados con SSR en toda la población y de acuerdo con las diversas variables que fueron mencionadas en el Capítulo II bajo el principio de equidad.

■ La incidencia sobre el legislativo de tal forma que las regulaciones en salud en todos los temas críticos, se conviertan en medidas de estado –mediante la promulgación de leyes- que permitan lograr cambios en el largo plazo.

Algunos países de la Región vienen avanzando, con el apoyo del UNFPA, en el desarrollo de estrategias nacionales para el aseguramiento de los insumos de salud reproductiva, particularmente anticonceptivos y en algunos casos preservativos (Argentina, Brasil, Caribe Inglés, Ecuador, Uruguay y Venezuela). Como parte de estas iniciativas se han promovido leyes para garantizar el financiamiento (Ecuador y Paraguay) y se han elaborado guías nacionales para mejorar la calidad de los servicios de consejería y planificación familiar (Venezuela, El Salvador, Nicaragua).

■ La incidencia en los ministerios que definen y orientan el manejo de los recursos públicos -hacienda y crédito público, planeación nacional- y/o con otros actores que tienen la responsabilidad del control, como las superintendencias de salud. Cuando se trate de definir poblaciones y áreas prioritarias, éstas deberán incluir la SSR para las más excluidas y vulnerables.

■ La creación y consolidación de sistemas de información que sean oportunos y que garanticen la calidad en la información. Los sistemas de información son la base para la adecuada vigilancia epidemiológica como herramienta crucial para avanzar en la SSR mediante, por ejemplo, la creación de indicadores centinela como el acceso a métodos anticonceptivos o la mortalidad materna. Son la base también para el control de la gestión de las instituciones. Los indicadores deberían ser formulados a partir del enfoque de derechos humanos de tal manera que permitan hacer monitoreo de la realización progresiva del derecho a la salud. Dentro de las acciones relacionadas con la información está la promoción de investigación y estudios periódicos que permitan un control de la situación de salud. En materia de SSR esta actividad debe obligar a las autoridades a un trabajo consistente de revisión de la información que se utiliza para generar indicadores que son clave, pues a menudo padecen de sesgos por subregistro, mala calidad en la información, problemas en la recolección, metodologías disímiles entre los actores y falta de oportunidad, entre otras.

#### VARIABLES CLAVE PARA EL ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE SSR:

- La zona de procedencia: rural o urbana
- El nivel educativo
- El nivel socio-económico
- La edad
- El sexo
- La etnia
- La región dentro del país
- La presencia de conflicto armado, desplazamiento o migraciones.

Los indicadores relacionados con la mortalidad materna, la infección por el VIH/SIDA y el aborto inseguro, continúan expresando las limitaciones de los sistemas de información desarrollados a la fecha, así como los sesgos que limitan el uso de la información relativa a estos ámbitos, para la toma de decisiones.

El foco de los sistemas de salud en la SSR es sin duda una estrategia para avanzar en el logro de la equidad y en el empoderamiento. Por tratarse de un enfoque que contribuye a hacer visibles problemas de salud/enfermedad que son propios de uno de los sexos, más prevalentes en uno de ellos o que tienen impactos diferentes, pone a los sistemas de salud ante el reto de que las personas reciban los servicios de acuerdo con sus necesidades y no con sus ingresos.

Por último, los modelos que deben ser impulsados para garantizar la SSR de toda la población deberían integrarse en la salud pública

La información deberá estar disponible (recabada y consolidada) de la siguiente manera:

- Desagregada por sexo y edad
- Desagregada por zona de procedencia y ubicación geográfica, nivel educativo, etnia
- Actualizada
- De fácil acceso
- Fidedigna
- Oportuna para la toma de decisiones

con base en la atención primaria, por tratarse la salud pública de una función indelegable del estado, independientemente de la participación de otros actores –privados- en los respectivos sistemas de salud.

### **Financiamiento**

El estado, principal garante de los servicios de salud, debe velar porque se garantice la financiación de los mismos para una amplia gama de prestaciones integrales –en este caso en materia de SSR- dirigidas a toda la población sin tener en cuenta su capacidad de pago y de acuerdo con sus niveles de necesidad y riesgo. Esto implica que se amplíen las coberturas de aseguramiento y se reduzca o elimine la segmentación.

Los esquemas de financiamiento deben ayudar a reducir la segmentación (entendida como la división de los sistemas de salud en sub-sistemas en diversos grupos de población), que se expresa tanto en la provisión como en el aseguramiento, en un subsistema público orientado a los pobres; un subsistema de seguridad social orientado a los trabajadores formales y sus familiares, y un subsistema privado con fines de lucro concentrado en los segmentos más ricos de la población (OPS/OMS). Los sistemas segmentados reflejan los patrones de segmentación y discriminación de un grupo social determinado. Además de todos los efectos perversos de la segmentación, existe un riesgo inminente para la SSR, el de dificultar las intervenciones costo-efectivas.

Los análisis sobre el financiamiento deben incluir una mirada a las fuentes de las cuáles éste proviene. Por un lado, para impulsar la ampliación de recursos públicos, y por el otro, para crear mecanismos que garanticen la sostenibilidad y la definición estratégica de las acciones, cuando se trate de recursos provenientes de la cooperación externa. En muchos países las acciones del sector salud se sustentan en recursos internacionales que a veces constituyen constreñimientos para avanzar en la atención de sus necesidades desde visiones más comprensivas que las que permiten las propias prioridades de la cooperación. Estrategias como por ejemplo, la reducción del VIH/SIDA en población infantil, que a menudo no consideran las acciones que sería necesario realizar con esta misma población una vez que alcance la adolescencia.

Desde una perspectiva de derechos, equidad –género y generaciones- y empoderamiento la financiación debe orientarse a:

■ La ampliación de los recursos públicos en el sistema de salud: fomentando, por ejemplo, los sistemas basados en impuestos al licor, a la explotación de productos propios en lugar del financiamiento basado en cooperación externa.

■ Garantizar una adecuada asignación de recursos para las prioridades establecidas por el sector salud y evitar la corrupción.

■ Fomentar modelos solidarios que no se reduzcan al aseguramiento basado en empleo, especialmente para las poblaciones adolescentes y jóvenes.

■ Hacer visibles, mediante la cuantificación, los aportes que hacen las mujeres a los sistemas de salud, con el cuidado de personas enfermas en el hogar y/o con el desempeño de tareas comunitarias y tomar medidas para favorecer su acceso.

El financiamiento equitativo es aquel que se basa en contribuciones – impuestos- que son distribuidas entre toda la población de acuerdo con sus niveles de riesgo y no a su capacidad de pago, y atendiendo exclusivamente a sus necesidades.

■ Reducir el gasto de bolsillo especialmente de aquellos para quien este gasto se convierte en una barrera de acceso para la prestación –vía la eliminación de todos los copagos en todas las acciones de primer nivel

■ Establecer mecanismos de pago que no generen exclusión de poblaciones o servicios o negligencia –capitación versus pago por servicios-.

■ Fomentar mecanismos regionales de compra que contribuyan a reducir costos.

■ Todas las estrategias que se dirijan a garantizar el financiamiento deben tener en cuenta la equidad y diversidad cultural, puesto que a menudo la etnia, la pertenencia a un grupo cultural determinado o el aislamiento geográfico, generan exclusión y dado que el acceso a los servicios de salud va más allá del aseguramiento.

Todas estas premisas son fundamentales para asegurar la existencia de esquemas financieros que sirvan para garantizar planes integrales de salud en esta materia, teniendo en cuenta que la SSR no puede reducirse exclusivamente a las situaciones relativas a la reproducción. En términos de financiamiento, es necesario considerar otros aspectos que son críticos para las mujeres una vez han concluido su ciclo reproductivo, y que se relacionan con su mayor esperanza de vida y una menor calidad asociada a la sobrecarga del trabajo doméstico, que puede expresarse en enfermedades crónicas. Por tratarse de la oportunidad de consolidar un modelo de atención primaria y por lo tanto, de generar ahorros en el mediano y largo plazo –por la vía de la prevención y de la reducción de los costos de la omisión<sup>50</sup> - los recursos para la SSR deben estar calculados e integrados a los gastos propios de los países.

La omisión - cuánto cuesta la no realización de las acciones en términos de vidas humanas y desarrollo- en el campo de la SSR genera costos en distintos niveles. Cuando una muerte materna evitable ocurre, se producen costos:

- En el ámbito individual de los derechos: por la pérdida evitable de vidas humanas.
- En el ámbito del desarrollo: por la pérdida de capital humano.
- En el ámbito de la sociedad y la comunidad: por la pérdida de un eslabón fundamental para la cohesión social y un recurso humano clave para la promoción de la salud.
- En el ámbito familiar: por las consecuencias sobre el bienestar y la salud del núcleo familiar.

#### ■ La eficiencia:

- Promueve mecanismos para el manejo eficiente de los recursos: por ejemplo la compra estratégica de insumos de SSR a través de los fondos regionales.
- Valora el costo de la omisión y el cuidado de los enfermos de los hogares al que muchas mujeres se ven expuestas como una extensión de su rol doméstico
- Asigna recursos financieros para la ejecución de las políticas prioritarias.

Cuando se trate de realizar créditos externos o recibir financiamiento externo –incluidas las donaciones- éstas deben ligarse a la generación de recursos propios para garantizar la sostenibilidad y la generación de estrategias sostenibles financieramente para servicios prioritarios como los de SSR.

Los esquemas de financiamiento que privilegian la inclusión de la SSR en forma integral se basan en:

#### ■ La solidaridad:

- Contemplan la distribución, entre toda la sociedad, de la carga financiera que sobre los sistemas de salud tienen los riesgos reproductivos, a fin de garantizar la cobertura de toda la población independientemente de su edad, sexo, etnia, nivel educativo, nivel socio-económico.

#### ■ La equidad:

- Garantiza el acceso a los servicios de salud de acuerdo con la necesidad y el riesgo y no con la capacidad de pago.
- No incorpora los copagos o cuotas de recuperación en las acciones relacionadas con la SSR.
- Evita la segmentación.

En Argentina, como resultado de una misión conjunta de cooperación del UNFPA con el Banco Mundial, se logró que los componentes estratégicos de salud reproductiva quedarán incorporados entre las prioridades de financiamiento dentro del Plan Nacional de Salud.

## ■ La integralidad:

■ Incluye las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el marco de políticas integrales de salud pública, con el fin de consolidar la atención primaria en salud, crítica para la SSR.

■ La calidad de la atención es igual independientemente del tipo de afiliación o aseguramiento.

Las medidas de recuperación de costos afectan en forma drástica y desproporcionada a las mujeres, entre otras razones, por tener éstas mayor necesidad de servicios y mayor esperanza de vida. A esto se suma que se ocupan en el mercado de trabajo que les ofrecen menores ventajas económicas y a que tienen, en general, menor remuneración a igual trabajo

Los costos de oportunidad que las personas pagan por no acceder en forma oportuna, segura y eficaz a los servicios de salud, son enormes en el ámbito de la SSR donde una acción de promoción de la salud o prevención de la enfermedad puede ser la diferencia para evitar muertes injustas.

## ***Descentralización***

Buena parte de los países de la Región han llevado a cabo procesos de descentralización como una de las medidas vertebrales de cambio en los sistemas de salud. Estos procesos se iniciaron, en buena parte, antes de las denominadas reformas de los 90 y fueron parte de las reformas más amplias del estado. Lamentablemente esta descentralización se ha dado, con frecuencia, sin la creación de condiciones en lo local que garantizan:

- Un adecuado uso de los recursos
- Una adecuada gestión de los servicios con consolidación de modelos de salud
- La participación ciudadana
- El control de las instituciones
- La eficiencia

En muchos contextos no se han trasladado o los recursos o las funciones administrativas en forma completa, a lo que se suman las complejidades propias de los distintos sistemas socio-políticos de la Región, como el federalismo.

Con el fin de fortalecer esta dimensión de las reformas, es imprescindible que los procesos de descentralización incorporen, especialmente, los principios de equidad – pues en los niveles locales se reproducen o exacerban las exclusiones-, de integralidad –por las debilidades en la creación de modelos de atención, incluidas las redes de servicios; de eficiencia – por la falta de capacidades en lo local- y de participación –

pues a menudo se reproducen esquemas que perpetúan la marginación de quienes tradicionalmente no participan. Dado que en una buena parte de los países la salud “acontece” en el escenario de la descentralización, es fundamental que se apliquen en estos niveles todas las medidas que sean tomadas desde el nivel nacional por el Ministerio de Salud como rector del sistema, así como por otras autoridades sanitarias o medidas que tengan un especial impacto sobre el sector salud.

La descentralización se define como la transferencia de poder y autoridad –recursos financieros y autonomía administrativa– hacia los niveles locales<sup>51</sup> con el fin de que allí se tomen las decisiones. Estos procesos tienen efectos sobre la implementación de los cambios en los sistemas de salud, particularmente sobre el desarrollo del recurso humano y las capacidades institucionales en lo local.

Los modelos de atención, si bien son una dimensión propia de los sistemas de salud, se analizan en este documento en el marco de la descentralización, dado que es en los niveles locales donde “acontece” la prestación de los servicios. Estos modelos incluyen al menos, las siguientes dimensiones: el acceso, las redes de servicios, la calidad de la atención, el recurso humano, la gestión de los servicios y los recursos con eficiencia, la participación ciudadana, etc., y deberían ser estructurados desde los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad.

Para que la descentralización se haga a partir del marco ético de los principios discutidos en el capítulo anterior y de esta manera aporte a la consolidación de modelos de atención para la SSR, debe contribuir a:

■ Garantizar el acceso equitativo a una amplia gama de servicios de SSR para toda la población, independientemente de su edad, sexo, pertenencia cultural y/o ubicación geográfica, con especial énfasis en las poblaciones más vulnerables.

■ Garantizar el acceso real a los servicios implica también que en los niveles locales se creen mecanismos para incluir a los más vulnerables y marginados – sistemas de identificación de beneficiarios de subsidios, por ejemplo-, así como la cobertura a lo largo de todo el ciclo de vida.

■ El acceso incluye todos los bienes públicos/insumos en SSR tales como los medicamentos, métodos anticonceptivos, suministros, pruebas de laboratorio y equipos de diagnóstico de SR incluida la atención obstétrica de emergencia.

■ Generar redes de servicios que faciliten la referencia y la contrarreferencia. La primera es crítica, por ejemplo, para reducir la mortalidad evitable (para lo cual es fundamental la existencia de Cuidados Obstétricos de Emergencia (COE), y la segunda es particularmente importante para garantizar el acceso a Métodos Anticonceptivos (MAC) como una de las medidas de mayor eficacia en SSR por su impacto sobre múltiples áreas -maternidad segura, salud sexual y reproductiva de la población adolescente- y por su alto contenido de derechos en cuanto a la libertad y la autodeterminación.

■ Garantizar la calidad de la atención bajo el enfoque de integralidad: seres humanos abordados integralmente y prestaciones no fragmentadas: integralidad en las instituciones.

■ Formar recursos humanos capaces de responder a las exigencias de modelos de atención basados en derechos, es decir, que sirvan como garantes al ejercicio del derecho a la salud, que puedan actuar en forma apropiada en el marco de la equidad y la diversidad cultural y que estén disponibles en todo el territorio nacional.

■ Fortalecer la capacidad de gestión de los actores en lo local de tal manera que puedan garantizar la ejecución de los recursos en forma oportuna y que se implementen las políticas de acuerdo con las necesidades locales en el marco de políticas nacionales.

■ De particular relevancia para la SSR es el principio de eficiencia en relación con la descentralización, pues debe contribuir a mejorar la productividad en la provisión de servicios —especialmente de todas las acciones de atención primaria- y al desarrollo de mecanismos de adquisición de insumos para generar economías de escala y favorecer la disponibilidad en forma oportuna.

■ Definir claramente los mecanismos de control a la gestión con participación social y en ambientes de transparencia.

■ Garantizar la participación especialmente de aquellos grupos tradicionalmente excluidos y sus necesidades: las mujeres, los indígenas, las poblaciones afrodescendientes, las y los adolescentes, las poblaciones en situación de especial vulnerabilidad, tales como desplazadas y migrantes. Esta participación debe permitir que se definan claramente tanto los mecanismos como los recursos que han de garantizarla.

El enfoque en poblaciones vulnerables, sin embargo, no puede ser considerado una medida definitiva de acción política sino una estrategia para garantizar la universalización de los servicios. Esto no significa que el Estado pueda ser eximido de su responsabilidad con los más vulnerables. Las políticas sociales no se orientan exclusivamente a aliviar la pobreza — si bien este es un objetivo inaplazable— sino que deben contribuir también a la equidad, la inclusión y la cohesión social<sup>52</sup> y la conciliación entre políticas productivas y reproductivas. Esto implica redistribución de recursos y asignaciones para el gasto social. Además, centrarse solamente en los más vulnerables, puede generar enormes costos y pérdida de oportunidad para ser efectivos con la población en una escala más amplia, al tiempo que puede obviar la realidad que se expresa en nuestros países en donde conviven la pobreza coyuntural — a veces más crítica— con la pobreza histórica. La focalización no puede marginar y excluir más a los pobres históricos.

La prestación de los servicios de salud y la educación para la promoción, “acontece” en los niveles locales en aquellos escenarios donde se está adelantando la descentralización y por lo tanto es crucial que se fortalezca a este nivel la atención primaria en salud como un eslabón crítico en el funcionamiento de los sistemas de salud que han privilegiado, hasta ahora, las acciones en niveles de vocación más curativa.

■ Diseñar estrategias que permitan ampliar la participación de las organizaciones no gubernamentales en la prestación de servicios, especialmente en aquellas áreas en donde los movimientos de mujeres han logrado consolidar modelos de prevención y atención –tales como la violencia contra las mujeres, la atención del aborto inseguro-. Esta participación se favorece solo si existen condiciones institucionales para que la ciudadanía la ejerza –espacios legalmente creados, mecanismos de seguimiento y consideración de las decisiones colectivas en la formulación de políticas.

La descentralización es clave, en síntesis, para evitar la fragmentación de los sistemas de salud que se produce cuando los subsistemas no operan en forma coordinada sino más bien tienden a ignorarse o a competir entre sí<sup>53</sup>. Fragmentación que puede manifestarse en el ejercicio de todas o alguna de las funciones del sistema como múltiples agentes operando sin mecanismos de coordinación lo que impide una estandarización adecuada de la calidad, contenido, costo y aplicación de las intervenciones; uso poco eficiente de los recursos al interior del sistema. Estas situaciones pueden tener consecuencias nefastas para la SSR.

Los procesos de descentralización deben contribuir al fortalecimiento del estado y a garantizar la salud pública y el suministro de servicios básicos pasando de la visión de paquetes a la de planes integrales.

### ***Planes integrales de Salud Sexual y Reproductiva***

El enfoque de derechos aparece siempre como la cara opuesta de la definición de paquetes de prestaciones –paquetes mínimos, prestaciones prioritarias- y por lo tanto una propuesta de incidencia en los procesos de reformas a partir de este enfoque, debe tener en cuenta una serie de consideraciones que permitan armonizar las limitaciones financieras –principal razón para promover estos paquetes- de los sistemas de salud, con el enfoque de los derechos.

La formulación de paquetes no puede convertirse en una amenaza para la puesta en práctica de los principios antes mencionados. Por el contrario, debe contribuir al logro del derecho a la salud en forma progresiva. En cualquier circunstancia, las prestaciones deben evitar las inequidades entre distintos grupos poblacionales por razón de los beneficios que reciben unos y otros; deben promover la universaliza-

ción y la integralidad en las intervenciones en toda la población; ser brindadas con eficiencia de tal manera que se puedan ampliar sus contenidos y alcances y tener en cuenta la participación como un mecanismo fundamental para abordar las necesidades particulares de las poblaciones con todas sus diferencias y de acuerdo a sus propios contextos. En cualquier caso debería promoverse legislación para incentivar el ejercicio responsable de los DR y el acceso no discriminatorio a los servicios dándole a la SSR un estatus de política de estado.

Adicionalmente, tal como se desprende de los debates internacionales en materia del derecho a la salud, está dentro de las obligaciones del estado la progresividad, es decir, el avance sistemático en la inversión y en las acciones orientadas a lograr la cobertura universal, lo cual implica no regresividad. En términos de prestaciones, la progresividad puede expresarse pasando de paquetes mínimos a planes integrales, garantizando que las políticas no representen un retroceso<sup>54</sup>.

Desde esta perspectiva, hay una serie de elementos que han de contribuir a la definición de prioridades en materia de SSR a partir de un enfoque de derechos, género e interculturalidad, basado en los principios antes mencionados. Estas prioridades pueden ser definidas en el marco de dos tipos de modelo: el del ciclo vital y el de los componentes de la SSR y en cualquiera de los dos es posible formularlas. Dos aspectos son clave en las discusiones sobre paquetes de prestaciones: los contenidos y la arquitectura para garantizar las prestaciones.

Argentina, México y Nicaragua elaboraron reglamentos para asegurar la inclusión de la anticoncepción dentro de los paquetes básicos de prestaciones. A este proceso ha contribuido el UNFPA, quien ha realizado un acompañamiento en el Uruguay, para la definición de un plan integral de prestaciones que será incorporado gradualmente.

## De los contenidos:

■ En materia de SSR en lugar de paquetes mínimos –y por razón de su elevadísimo costo/efectividad y el enorme costo que genera la omisión de acciones en este campo<sup>55</sup>- deben impulsarse planes integrales de salud en el marco de políticas de salud pública. Por tratarse de un ámbito que se centra fundamentalmente en la atención primaria, no se justifica focalizar esfuerzos tan sólo en algunos de ellos. En cualquier caso estas prestaciones deben ser gratuitas para las poblaciones más vulnerables y excluidas, no sólo en función de su pobreza sino de otras variables.

■ Estos planes integrales (información y servicios) deben contemplar desde un enfoque de población, acciones en al menos las áreas más críticas que son comunes a una buena parte de los países de la Región<sup>56</sup>: acceso a anticoncepción y anticoncepción de emergencia –ACE-; maternidad segura –incluida la prevención del aborto inseguro-;

El grave problema de la violencia contra las mujeres –incluida la violencia sexual– debe incorporarse a los debates sobre los sistemas de salud con el fin de lograr un manejo más integral de éste. Así, el sector salud podría estar contribuyendo más fuertemente a la detección y atención adecuada de las mujeres que se encuentran en situación de violencia.

salud sexual y reproductiva para adolescentes – con énfasis en la prevención de embarazos no planeados y en la prevención del VIH y SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) así como de la violencia; prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino –o el cáncer de mama u otros del tracto reproductivo en mujeres o varones según la situación epidemiológica concreta–; la prevención y el tratamiento de las ITS y el VIH y SIDA incluida la reducción de la transmisión vertical; y la prevención y tratamiento oportuno de la violencia contra las mujeres. Estas áreas deben ser revisadas en cada contexto y ajustadas según las necesidades locales, pero en ningún caso deben estar al margen de las prioridades de cualquier política de salud pública.

Deben considerarse tanto aquellas situaciones que provienen del rezago epidemiológico –por la debilidad en la salud pública, entre otras– como aquellas que son emergentes en cada contexto particular o que se han agravado por las deficiencias en la calidad de la atención.

■ La focalización, debe ser una estrategia para lograr la universalización y no una medida única y permanente. Debe tener en cuenta las distintas vulnerabilidades que se derivan de una serie de variables sociales, culturales y económicas y además a aquellas capas sociales que por no estar entre las más pobres –pero que no tienen capacidad de pago– persisten al margen de los beneficios.

■ Las metodologías con que usualmente se definen los paquetes mínimos de prestaciones de servicios, tienen enormes limitaciones cuando de atender integralmente la SSR se trata, y esta consideración debe estar presente en los debates de reforma:

La promoción y el acceso continuo y oportuno a una amplia gama de métodos anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia y la promoción de la doble protección, es una medida transversal –altamente costo/efectiva– de cualquier plan de prestaciones que se pretenda integral. Su garantía debe ser una responsabilidad del estado.

■ Se basan fundamentalmente en la carga de enfermedad y no dan lugar a las acciones de promoción y prevención propias de la SSR –no cuantifican los años de vida saludable– solo los años perdidos– que se derivan de las acciones de promoción ni tienen en cuenta la calidad de vida.

■ Ignoran los enormes costos que genera la omisión en materia de SSR: muertes maternas evitables –pérdidas para la familia, la comunidad y la sociedad–; años de vida saludable perdidos por situaciones que no son medidas habitualmente como la violencia sexual y de género.

■ No son sensibles para situaciones que no constituyen enfermedad tales como la adecuada atención del embarazo y el parto; la elección del número de hijos; la provisión de métodos anticonceptivos (MAC).

■ Múltiples situaciones relacionadas con la SSR están subregistradas y reflejan debilidades en la calidad de la atención: el aborto, la mortalidad materna, el VIH y SIDA.

■ No son sensibles a los determinantes sociales y culturales de la enfermedad que tienen una importancia crucial en materia de SSR: las relaciones desiguales de poder, las situaciones evitables e injustas.

La definición de planes integrales de SSR debe trascender las clásicas visiones sobre la epidemiología y la carga de la enfermedad y abordar el análisis de los determinantes de la salud, sociales, económicos, culturales, de género, etc., y el costo de las omisiones en materia de salud sexual y reproductiva.

■ Los modelos basados en la atención primaria deben privilegiar áreas como la SSR por lo que esta debería estar considerada en forma integral dentro de los planes de beneficios y no ser objeto de cuotas de recuperación o copagos de tal manera que el gasto de bolsillo no sea una barrera para el acceso.

## De la arquitectura institucional

Sería recomendable que los países adelantaran estudios de costos sobre la SSR para demostrar las ventajas que ofrecen los paquetes integrales y los ahorros que significan las atenciones integrales de carácter preventivo. Los análisis de cuentas nacionales que están siendo llevados a cabo en diversos países deberían considerar prioritarios los temas de la agenda de los SSR y al mismo tiempo el desarrollo de modelos de costos debería servir para informar a los tomadores de decisión sobre los problemas relacionados con la SSR.

■ Con respecto a la arquitectura, los planes integrales de salud requieren de la existencia de instituciones que en todos los niveles puedan garantizar las prestaciones en materia de SSR:

■ fortalecimiento de los niveles primarios – calidad y capacidad de gestión.

■ sistemas de referencia y contrarreferencia.

■ existencia de insumos –incluidos los MAC– y equipos para exámenes y diagnósticos

■ acceso a medicamentos en el marco de una política de compra que favorezca el uso de genéricos de alta calidad y haga más equitativo el acceso entre los distintos grupos sociales.

■ recursos humanos debidamente calificados y disponibles en todos los niveles.

Finalmente, la definición de planes integrales de SSR deben considerar las políticas de medicamentos, de tal manera que se incluyan todos aquellos necesarios para garan-

tizar la SSR y especialmente que los MAC y otras medicinas costo/efectivas para situaciones prioritarias, entren en la categoría de medicamentos esenciales en salud pública tal como ha determinado el listado interagencial de medicinas esenciales para la SSR. Deben considerar también la asistencia en casos de crisis o emergencia, tales como las migraciones, los desastres naturales y las situaciones de conflicto con desplazamiento interno. Estas son situaciones donde la SSR merece una especial atención para evitar los embarazos no planeados, las violaciones, las ITS, el VIH puesto que la población se torna más vulnerable en contextos de sobresexualización de la vida cotidiana y de pérdida de referentes. Esto es especialmente crítico porque la ayuda humanitaria suele concentrarse en la reducción de otras necesidades básicas –también cruciales- pero que ignoran el ámbito de la sexualidad.

### ***Recursos humanos***

Las políticas de recursos humanos son tal vez uno de los elementos más frágiles en las RRS en la Región. Tanto porque el recurso humano no es considerado como un actor clave en las definiciones de cambio, como porque no se han tenido en cuenta en forma consistente e integral los problemas inherentes al mismo. Para la SSR la transformación del recurso humano es crítica en todos los niveles: son éstos quienes tienen la responsabilidad y la tarea práctica de llevar adelante un enfoque de atención que por estar basado en los derechos demanda una mirada nueva de todo recurso humano involucrado en la prestación y dirección de los servicios y las políticas de salud.

La transformación del recurso humano para la implementación adecuada de la agenda de SSR requiere acciones que van desde el cambio cultural hasta actividades más concretas de entrenamiento y formación, pasando por una distribución más equitativa del poder en todas las estructuras del sector salud, favoreciendo los principios de equidad y participación. Los análisis sobre el recurso humano, sin embargo, deben abarcar profesionales de otros sectores: justicia, educación, etc., que tengan contacto directo con la población a fin de garantizar el derecho a la salud. Por lo tanto, es necesario trabajar con ellos/as para incorporar en su quehacer los enfoques de derechos, género y diversidad cultural, entre otros.

Las acciones estratégicas en el área de recursos humanos son:

■ Incluir en los currículos de las facultades de ciencias de la salud las materias relativas a los sistemas de salud pero también los enfoques que hacen a las nuevas agendas en el ámbito de la SSR como: los derechos (educación en derechos humanos), la justicia -equidad, género- y la diversidad cultural.

■ Promover actividades permanentes de educación y entrenamiento en las instituciones prestadoras, de tal manera que toda la práctica en salud se oriente al logro de estos principios a partir de un enfoque de derechos, género e interculturalidad, en donde el profesional sea un eslabón en la cadena que garantiza el ejercicio de los mismos. Estas deben incluir en forma prioritaria, desde un enfoque de población, todos los componentes relativos a la SSR y los derechos reproductivos.

■ La generación de procesos de acreditación y actualización de la formación profesional que permitan la certificación.

■ La promoción de incentivos orientados por ejemplo, a garantizar la presencia de profesionales debidamente calificados en las áreas rurales. Estos incentivos deben ser definidos a partir de un enfoque de derechos, género e interculturalidad y de ninguna manera dar lugar a un manejo de la salud como mercancía.

■ Creación y/o fortalecimiento de los sistemas de información sobre recursos humanos para garantizar una adecuada distribución de éstos en todos los niveles y en toda la geografía de los países, contribuyendo a la equidad en la prestación de servicios.

■ El análisis sobre los derechos sociales –laborales- del personal de salud de tal manera que puedan trabajar en las mejores condiciones. Esto puede implicar, por ejemplo, la inclusión, como parte de los procesos de cambio, de criterios que permitan consolidar la carrera pública a fin de brindarles estabilidad. La carrera pública debe estar, en todos los casos, ligada a los resultados –en términos de salud pública- y a los procesos de acreditación y certificación.

■ La participación de los recursos humanos del sector salud en los procesos de cambio en los sistemas de salud.

En términos de equidad, es fundamental revisar las estructuras de poder dentro de la institucionalidad del sector salud, con el fin de promover, entre otros, una mayor participación de las mujeres en las instancias de toma de decisión y ampliar la participación de los hombres en oficios considerados tradicionalmente como femeninos. Esta revisión debe incluir también una mirada a las desigualdades salariales que existen entre mujeres y hombres en el sector incluso cuando se trata del mismo nivel de responsabilidad y profesión.

Esta labor implica además, reconocer y hacer visible el cuidado de la salud que hacen las mujeres en el hogar como una extensión de sus tareas domésticas y contribuir a la conciliación entre las políticas productivas y reproductivas. Este reconocimiento es de mucha relevancia para avanzar en el logro de la equidad y también es importante porque permite demostrar que su aporte no se transforma en un reconocimiento ni en mayores beneficios dentro de los sistemas. De la misma manera es fundamental considerar el trabajo doméstico –doble jornada- de una buena mayoría de las mujeres que son prestadoras formales de salud.

La educación a los profesionales de la salud debe abordar temas como el enfoque de género, la objeción de conciencia, el consentimiento informado, la autodeterminación, los derechos reproductivos en el marco del derecho a la salud, la equidad, los determinantes socio-culturales, etc., de tal manera que no se conviertan en barreras culturales en el proceso de atención en materia de SSR ni impidan que se garanticen los servicios en forma integral o que se cumplan adecuadamente las regulaciones en esta materia.

**48** María Esperanza Echeverri. Rev Fac Nac Salud Pública. Vol. 24 Número especial. Marzo de 2006. Universidad de Antioquia.

**49** En cuanto al establecimiento de las prioridades más adelante se abordará el tema de las limitaciones que tienen las metodologías utilizadas para priorizar, en cuanto su sensibilidad para captar las prioridades en materia de SSR.

**50** Este concepto apareció originalmente en varios textos de Cristovan Buarque. Brasil. En este documento aparece adaptado al ámbito de la SSR.

**51** Es importante anotar que varios autores distinguen entre la descentralización, la desconcentración (transferencia de poder a oficinas locales del gobierno central) y la devolución (unidades subnacionales de gobierno cuyas actividades están fuera del control directo del gobierno central e implica que estas pueden invertir recursos adicionales). La principal diferencia tiene que ver con el grado de responsabilidad, autoridad y autonomía. Ver Sociedad Internacional por la Equidad en Salud – Capítulo de las Américas- y Priscila Rivas-Loria.

**52** Poverty in Focus. June 2006. International Poverty Centre. UNDP. Social protection. The role of cash transfers.

**53** Definición OPS.

**54** Obligaciones estatales en derechos sociales. María Esperanza Echeverri. PIDES

**55** La mortalidad materna, por ejemplo, sigue siendo un indicador que no se corresponde con los niveles de desarrollo alcanzados en los países y además muestra enormes diferencias al interior de los mismos.

**56** Estas áreas por supuesto, deberán definirse en cada contexto particular.

## **IV Lineamientos para la Acción Política**

Con el fin de incorporar la agenda de población, igualdad de género y SSR en los debates de cambio de los sistemas de salud en los distintos países de la Región – en el marco del objetivo de acceso universal a la salud sexual y reproductiva a ser alcanzado antes del 2015-, el UNFPA deberá centrar sus esfuerzos en el fortalecimiento de sus capacidades técnicas en este ámbito (Capítulo V) teniendo como marco la reforma del sistema de las Naciones Unidas y los esfuerzos de programación conjunta de las agencias en los niveles nacionales.

Pero además deberá orientar sus acciones a partir de una serie de líneas estratégicas que ayuden a garantizar el logro de este objetivo. Se trata de las líneas generales de acción política –hacia el afuera- en las que el UNFPA deberá basarse para avanzar en un diálogo verdaderamente efectivo entre las dos agendas mencionadas. Quienes llevan adelante los cambios de los sistemas de salud deben entender que la SSR es una puerta de entrada para la promoción y puesta en práctica de un conjunto de principios que deben orientar las nuevas generaciones de cambio en los sistemas de salud. Al mismo tiempo, quienes promueven la SSR deben convencerse de que es fundamental su presencia en estos escenarios de cambio para hacer sostenibles las leyes, políticas, planes y programas de SSR.

Las estrategias que se detallan a continuación –y que en gran medida se vienen aplicando en el trabajo del UNFPA en otras áreas- deben ser sostenibles en el tiempo y ajustarse a las condiciones políticas y técnicas de cada país. En todos los casos deben contribuir a la construcción de capacidades tanto en las oficinas del UNFPA como entre los actores de los sistemas de salud con los que se han de profundizar las interacciones en materia de reformas.

### **1) El diálogo político**

La base de toda estrategia de incidencia política es la negociación apoyada en argumentos sólidos técnicamente, pero también en el conocimiento y análisis de las condiciones políticas que ofrecen los sistemas como límites y oportunidades para el cambio. En tanto autoridad nacional en los países en materia de la agenda de El Cairo, el UNFPA cumple una precondition para esta negociación –diálogo político- que es la legitimidad que tiene como agencia del sistema de las Naciones Unidas. La credibilidad, segunda condición clave, se basa en su profundo conocimiento de la agenda de población, igualdad de género y SSR, de los objetivos con los que se han comprometido los países y de las principales estrategias para avanzar en su implementación.

Toda acción de incidencia requiere de un análisis cuidadoso del contexto, tanto en términos sociales, como políticos y económicos. En materia de reformas o cambios a los sistemas de salud, esto supone una clara comprensión de dichos siste-

mas en cada uno de los países y de las principales propuestas de cambio –PCSS– que se estén adelantando, de tal manera que la SSR pueda ser incorporada dentro de los sistemas y que éstos garanticen la solidez y continuidad de las acciones que se requieren para avanzar en la situación de SSR. El diálogo tiene que darse en distintos niveles –leyes, políticas, programas, planes– y a lo largo de todo el proceso.

Dentro de los elementos más críticos para favorecer un diálogo político que permita incluir de manera comprensiva la agenda de SSR están: el análisis de las coyunturas (que incluye, por ejemplo, la definición de estrategias concretas en situaciones de emergencia, conflicto y post-conflicto); la identificación de todos los actores que están participando de los procesos de cambio; la definición de las fortalezas del UNFPA en un contexto amplio de actores; y la construcción de argumentos basados en datos y evidencias sólidamente establecidas. Esta estrategia de diálogo supone entonces otras dos estrategias: las alianzas y la generación de información acerca de los vínculos existentes entre la SSR y las agendas más amplias de pobreza, con los sistemas de salud. En el Uruguay, por ejemplo, el UNFPA ha llevado a cabo un diálogo estrecho con las autoridades sanitarias a fin de incorporar la SSR, dentro de los planes integrales de salud.

## **2) Creación y fortalecimiento de alianzas**

En cuanto a esta estrategia, el UNFPA, debe tener en cuenta diferentes niveles de alianzas para favorecer el trabajo colectivo y lograr cambios que privilegien los principios considerados inaplazables para una nueva generación de reformas.

### *Alianzas con actores multilaterales*

Muchas agencias –por sus mandatos particulares– se encuentran en una situación privilegiada para la interacción con las autoridades nacionales o locales en los procesos de discusión e implementación de los cambios de los sistemas de salud. La especificidad de cada mandato ubica a cada una de las agencias en un lugar particular en cuanto a sus fortalezas políticas y técnicas, y esta es la razón por la que en temas tan complejos como los cambios de los sistemas de salud, es imperativo fortalecer el trabajo conjunto en todos los niveles. Por un lado, la OMS ha venido avanzando en trabajos que vinculan la SSR y la equidad de género con estas agendas y por lo tanto deben ser aliados fundamentales como ya lo son en otras áreas de trabajo. De particular relevancia por su trayectoria consistente en el trabajo en materia de reformas y sistemas de salud en la Región, es la alianza que el UNFPA debe fortalecer con la OPS a través de las distintas áreas en las que la organización aborda los temas de reforma y cambio: desarrollo de sistemas, género, etnia, sistemas de información, etc. Por otra parte, es fundamental profundizar vínculos –en el marco de la programación conjunta– con UNICEF, ONUSIDA, UNIFEM, así como con la CEPAL para lograr una mayor armonía en los temas de SSR y derechos reproductivos en un contexto de cambios políticos tan amplio como el que determinan las reformas.

De otro lado tenemos a la banca internacional que ha sido fundamental para definir el norte de las reformas y para garantizar su financiamiento en muchos países. El Banco Mundial y el BID son actores con quienes es fundamental la existencia de una alianza estratégica en materia de cambio en los sistemas de salud, a partir del cual se pueda trabajar conjuntamente por la inclusión de los enfoques de derechos y equidad y se brinden orientaciones sobre el uso de los recursos.

#### *Alianzas con actores bilaterales*

En muchos países, los organismos bilaterales de desarrollo de distintos gobiernos (Noruega, Suecia, Holanda, España, Canadá, Reino Unido, Alemania y Estados Unidos, entre otros) que canalizan ayuda a los países en vías de desarrollo, proporcionando asistencia económica, técnica y humanitaria, han impulsado iniciativas de cambio, orientando en buena parte las decisiones que se toman en los sistemas de salud y promoviendo estrategias para avanzar en el acceso a ellos. Por tratarse de actores clave en este campo, es importante fortalecer las alianzas para trabajar conjuntamente estas temáticas en los ámbitos internacional y nacional.

Así mismo, están las alianzas con Fundaciones internacionales con las cuales es importante fortalecer vínculos en distintos niveles: Fundación Gates, Rockefeller, etc.

#### *Alianzas con actores de Estado y gobierno*

Con respecto al sector salud, es fundamental que el UNFPA vaya más allá de la clásica interacción con las áreas de programas responsables de las políticas de SSR. Divisiones/áreas como las de planeación, financiamiento, organización de los servicios, etc., son cruciales para avanzar en los vínculos entre SSR y RSS. Lo son también las áreas o instituciones que trabajan los temas de población e igualdad de género.

En este mismo sentido otros actores de los sistemas de salud, más allá de los ministerios, son clave cuando de discutir los cambios en los sistemas de salud se trata: la seguridad social, las superintendencias, las instituciones responsables de los medicamentos, los actores privados, etc., así como alianzas con otros ministerios distintos al de salud (educación, justicia, hacienda) son imprescindibles con el fin de incorporar en la corriente principal el enfoque de derechos, género e interculturalidad y los principios.

En el plano del Estado y decisivas para la agenda de SSR están las potenciales alianzas –ya existentes en muchos países y en distintos niveles- con grupos de congresistas favorables a la agenda de SSR y altos funcionarios de otras instancias como las altas cortes, defensorías del pueblo, autoridades policiales, militares, entre otras. Es importante también fortalecer las relaciones con el Poder Judicial, los mecanismos de la mujer y los institutos de estadísticas.

*Alianzas ya existentes e identificación de nuevos actores de la sociedad civil*

Las alianzas son fundamentales para potenciar la incidencia política y dar mayor visibilidad al tema de SSR en los contextos de cambio en los sistemas de salud.

A partir de la Conferencia de El Cairo, el UNFPA reconoció con mayor claridad la importancia de involucrar a la sociedad civil, con énfasis especial en los grupos de mujeres, como un actor y aliado fundamental para lograr avances en la agenda de SSR. Estas alianzas deben vigorizarse y ampliarse a otros actores de la sociedad civil clave en materia de reforma tales como las asociaciones científicas y profesionales –tanto nacionales como regionales-, organizaciones gubernamentales mixtas

que trabajan en investigación, en prestación de servicios o en “lobby” político (especialmente de jóvenes, indígenas, afrodescendientes, grupos a favor de la diversidad sexual, VIH y SIDA) en materia de reformas, universidades, etc. En el nivel regional también es importante destacar las instituciones regionales de investigación.

Así como fortalecer las relaciones con el Poder Judicial, los medios de comunicación, y otras instancias como los mecanismos de la mujer y los institutos de estadísticas.

### **3) Generación y sistematización de conocimiento**

Siendo el diálogo político central para las estrategias del UNFPA, es imprescindible que las oficinas nacionales basen su trabajo de incidencia para lograr cambios de los sistemas de salud que sean favorables a la SSR, en argumentos y evidencias sólidamente establecidos. La investigación es una herramienta que puede servir a la construcción de estos argumentos pero también son cruciales la evidencia empírica, el conocimiento en el campo de los niveles locales, la creación de sistemas de información, etc.

La investigación debe ser sobre todo una actividad que se impulse desde los niveles regionales del UNFPA y que se fortalezca a través del trabajo de alianzas que con instituciones de investigación tiene en los países. Se trata de avanzar por distintas vías en la sistematización de argumentos para lograr cambios. Argumentos que deben orientarse fundamentalmente a demostrar la importancia que puede tener para los sistemas de salud –equitativos, universales, eficaces- la inclusión de la agenda de población, igualdad de género y SSR en forma integral.

La investigación, es también la herramienta principal para construir evidencia sólida de tal manera que sea posible hacer monitoreo al impacto que las decisiones de las RSS tienen sobre la SSR. Es necesario que los países –a nivel de sus oficinas- dispongan de información clara para comprender los contextos de reforma (con sus debilidades, vacíos, fortalezas) e identificar los espacios desde los cuales se puede participar.

## 4) La visibilidad

La legitimidad –dada como se explicó antes por el reconocimiento que dentro del Sistema de las Naciones Unidas tiene el UNFPA para la agenda de población, igualdad de género SSR y que se expresa hacia el afuera- y la credibilidad –dada por la calidad y confianza de la información técnica que posee el UNFPA en materia de SSR- son dos condiciones fundamentales para lograr visibilidad en los ámbitos de discusión tanto nacional como regional, en materia de reformas del sector salud.

El UNFPA requiere ser un actor visible –definiendo sus voceros en los escenarios técnico/políticos- para poder lograr la inclusión de la SSR en los procesos de cambio y para hacer de éstos verdaderas oportunidades para avanzar en la concreción del derecho a la salud y el logro de la equidad.

Para ser “visible” hay que estar en la “jugada” y tener claridad acerca de los impactos que cada una de las decisiones que se toman en materia de reformas, tiene sobre el logro de la SSR: la rectoría, los esquemas de financiamiento, la definición de paquetes básicos, la descentralización, las políticas de recursos humanos.

La información debe servir para:

- I. Construir argumentos técnicos y políticos para la incidencia.
- II. Generar instrumentos para el monitoreo/seguimiento.
- III. Mejorar la evaluación de los cambios en los sistemas de salud.
- IV. Construir indicadores de impacto de los cambios/reformas del sector salud sobre la equidad y la SSR.
- V. Construir metodologías – como la de costos de paquetes integrales de SSR, las cuentas nacionales en SSR o la cuantificación del cuidado de la salud en el hogar como extensión de las tareas domésticas- que puedan ser utilizadas en los distintos países.
- VI. Definir áreas de investigación.

La visibilidad supone que el UNFPA cuente con personal entrenado para la incidencia política, lo cual implica habilidades que van desde la capacidad de negociación hasta la presencia en los medios de comunicación. El UNFPA puede ser eco de múltiples voces sociales que defienden sistemas de salud que sean equitativos y respeten el enfoque de derechos, género e interculturalidad. Esta visibilidad se orienta tanto a que el UNFPA sea un actor predominante, como a que la SSR desde un enfoque de población sea un eje central en las discusiones que se dan sobre los sistemas de salud en los países y en la Región.

## 5) La cooperación orientada a la creación de capacidades en los países

Cada vez es más claro que la cooperación técnica que brindan a los países, organizaciones como el UNFPA, es verdaderamente importante, transformadora y sostenible siempre que contribuya a la creación y fortalecimiento de las capacidades de los mismos. Esta cooperación, en el caso del UNFPA, se basa en una enorme experiencia acumulada de apoyo a los países y se enmarca dentro de los compromisos más amplios de reducción de la pobreza. Adicionalmente, los esfuerzos para avanzar en la inclusión de agendas comprensivas de SSR en el contexto de los sistemas de salud, deben considerar también la consolidación de estrategias subregionales como la creación de mecanismos de adquisición y la definición de estándares subregionales que contribuyan a garantizar, entre otros, la presencia de insumos. Con el fin de contribuir a crear capacidades debería tener algunas de las siguientes características:

Tal como lo reconoce la CEPAL<sup>57</sup> los servicios de salud deben contribuir a reducir la carga de la enfermedad y comprender actividades de salud pública altamente costo-efectivas, como las campañas y actividades preventivas o curativas a nivel de la atención primaria.

- Ampliar las oportunidades de cooperación Sur/Sur.

- Ayudar a la formación de nuevos cuadros técnicos en sistemas de salud, reformas y SSR

- Apoyar a la gestión y desarrollo de servicios y acciones de salud pública en materia de SSR.

- Crear metodologías, herramientas o modelos en temas críticos como la definición de planes de salud.

- Analizar las distintas modalidades de contratación (capitación o evento, entidad pública o privada, facturación) y las dificultades y beneficios de cada una de ellas en materia de prestación de servicios en SSR para contribuir a la construcción de modelos que orienten a los países en esta materia.

- Fomentar la compra de insumos de SSR, como métodos anticonceptivos, a través de distintos mecanismos, tales como los fondos rotatorios para lograr economías de escala y ampliar el uso de las metodologías del UNFPA en materia de adquisición de MAC. Esta estrategia debe identificar las dificultades legales y administrativas propias de cada contexto para la realización de este tipo de compras.

- Diseminar la información producida por el UNFPA—documentos técnicos y de posición política-, así como resoluciones y otros instrumentos de las Naciones Unidas o de otras instancias internacionales de reconocida legitimidad, entre el mayor número de tomadores de decisión—más allá del sector salud- y otros actores sociales dentro de los sistemas de salud.

57 La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad.

## **V Recomendaciones Internas para el UNFPA**

Con el propósito de dar cumplimiento a este nuevo reto –la incorporación de la agenda de población, igualdad de género y SSR en los contextos de cambio de los sistemas de salud- el UNFPA (oficinas de país, equipos de apoyo técnico –EAT-, la Sede), deberá avanzar en la inclusión - tanto dentro de sus actividades de formación como en los debates sobre orientaciones políticas y reuniones de planeación estratégica- de una serie de consideraciones que van a servir para garantizar el cumplimiento de esta nueva agenda y su mejor desempeño en términos de orientación política y de asistencia técnica a los países.

Estas actividades deben enmarcarse dentro de las orientaciones del nuevo Plan Estratégico del UNFPA y del nuevo Programa Global y Regional que busca incluir una sólida perspectiva de derechos humanos, género e interculturalidad y enfocarse en abogacía política de alto nivel y en el desarrollo de capacidades para la implementación práctica de la CIPD. Este plan tiene, justamente, la intención de que se establezcan prioridades corporativas y apunta a la administración basada en resultados, con resultados e indicadores para medir el desempeño del programa y la administración. Debe hacerse dentro de un marco de rendición de cuentas e informes de tal manera que pueda indicarse claramente la contribución del UNFPA a la reducción de la pobreza en el marco de la Declaración de París sobre Efectividad de la Asistencia<sup>58</sup>.

Este capítulo aborda las capacidades internas que deberían fomentarse en los distintos niveles del UNFPA para acompañar la agenda antes planteada. Para ello se debe tener en cuenta que el trabajo que se avizora en una agenda tan compleja como la de incidir sobre los cambios de los sistemas de salud, implica que las oficinas del UNFPA comprendan el alcance de las recomendaciones en relación con el tiempo, pues hay acciones de corto y largo plazo cuyo desarrollo requiere niveles distintos de profundización y de programación al interior de los países. Este esfuerzo demanda claridad organizacional y lineamientos para avanzar en los objetivos.

En cualquier escenario los cambios deseados implican que el UNFPA profundice el modelo de cooperación orientada hacia la construcción de capacidades en lugar de la mera asistencia técnica basada en productos. Entre los más importantes ámbitos de trabajo para avanzar en este nuevo objetivo del UNFPA en las reformas, señalamos las siguientes capacidades.

### **1. Diagnóstico de capacidades del UNFPA**

Con el fin de avanzar en forma armónica y lograr una mayor eficiencia y oportunidad en las intervenciones en los PCSS para la incorporación de la SSR, el UNFPA, en todos sus niveles, debería realizar un análisis de situación en términos de sus capacidades para prestar asistencia técnica y apoyo financiero en esta materia.

Esto supondrá un diagnóstico rápido y la elaboración de un plan de trabajo con prioridades, basado en las necesidades de cada país y en las capacidades de cada oficina. Esta tarea implica que exista un diálogo apropiado entre los distintos programas del UNFPA y entre los niveles de decisión y los técnicos, así como entre la Sede y el EAT con las oficinas de país. La tarea debe conducir a un mejoramiento en las capacidades técnicas del UNFPA en todos los niveles y a que se definan estrategias para la difusión de este documento y para apoyar a las oficinas de país en esta área.

El diagnóstico debe llevar a la identificación de recursos o bases técnicas y programáticas ya existentes en la región y en los países que de una u otra manera se han involucrado en los debates nacionales –incluidas las reformas- para incorporar las agendas de población y SSR.

De la misma forma, esta tarea supone un análisis de contexto que permita al UNFPA comprender la dinámica de los procesos de cambio y analizar las oportunidades de incidir en ellos en forma eficaz de manera que se logren incorporar los contenidos de la agenda de SSR al tiempo que se promueven principios y enfoques que den una nueva mirada a estos procesos de cambio. Este análisis debe considerar la realización del mapa de actores políticos involucrados (y la comprensión de sus dinámicas) y el análisis situacional en relación con las distintas propuestas de cambio y los componentes de los sistemas a los que estas pretenden afectar (rectoría, financiamiento, paquetes integrales, etc.), con el fin de diseñar una estrategia que se enfoque en aquellas áreas en las que existen mas posibilidades de incidencia y para que se definan prioridades. Dicha tarea favorecerá la planificación de los programas de país, así como la determinación de las áreas que requieren asistencia técnica y desarrollo de capacidades.

## **2. Fortalecimiento de las capacidades internas**

A partir del diagnóstico interno de recursos técnicos y programáticos existentes en todos los niveles del UNFPA –Sede, EAT y oficinas de país- la tarea más estratégica del UNFPA consiste en generar espacios continuados de formación dirigidos a todo su personal, en materia de sistemas de salud -acordes con el marco de derechos, género e interculturalidad impulsado por la entidad- (como se viene haciendo en otras áreas). Estos espacios pueden variar desde cursos hasta seminarios, foros internos o foros abiertos con otros actores. En aquellos países donde existan condiciones para crear un equipo de trabajo en el tema de PCSS, éste no debería trabajar en forma aislada de las demás áreas del UNFPA pues no se garantizaría una inclusión real de la SSR en los sistemas de salud y mucho menos el enfoque de población. Preferiblemente el personal del UNFPA debería fortalecer (salud sexual y reproductiva, derechos reproductivos, género y empoderamiento de las mujeres, población y desarrollo y adolescentes) las capacidades en este sentido y planear estratégicamente sus acciones de tal forma que se lleven a cabo en el contexto de los sistemas de salud en todas sus áreas de trabajo: población, igualdad de género y SSR.

Dentro de las áreas específicas que merecen especial atención en materia de habilidades para las que debería prepararse el UNFPA, hay una gama muy amplia que puede variar de acuerdo con los contextos y necesidades propias de cada país. Algunas de ellas son:

- Desarrollo de metodologías para el establecimiento de prioridades en SSR con énfasis en las metodologías de cálculo de costos para el logro del acceso universal a la SSR. Esta tarea es crítica para avanzar con mayor eficacia en la incorporación de la agenda de SSR en los sistemas de salud.
- Conocimiento de los flujos de recursos del sector salud (presupuestos de los ministerios, prioridades para ministerios de economía, recursos privados, recursos de la seguridad social, recursos propios de las entidades públicas en los niveles locales, etc.).
- Cuentas nacionales de salud –énfasis en SSR- (incluir el cuidado de la salud en los hogares).
- Conocimiento sobre los procedimientos técnicos a seguir para la definición de normativas legales y sanitarias.
- Gestión financiera y programática en los niveles locales en el marco de procesos de descentralización.
- Apoyo para la compra de insumos –buscando eliminar las propias barreras administrativas -incluidas las del UNFPA- en todos los niveles y para toda la cooperación.
- Metodologías para la definición y evaluación de estándares de calidad para servicios de SSR.
- Estrategias de incidencia política (advocacy) con énfasis en comunicaciones.

### **3. Trabajo coordinado con otras agencias del Sistema u otras organizaciones**

Con el fin de mejorar la eficacia de la cooperación el UNFPA debería estrechar sus vínculos de trabajo para avanzar en la agenda de población, igualdad de género y SSR, con otras agencias (mencionadas en el Capítulo anterior) y lograr avanzar en el marco de la programación conjunta y la armonización de la cooperación externa en un trabajo coordinado más eficaz. Esta estrategia puede evitar en buena medida la duplicación de esfuerzos y lograr una mayor movilización de recursos humanos y financieros para una agenda conjunta que promueva cambios en los sistemas de salud en donde, tanto la SSR como la equidad de género, sean elementos transversales que el UNFPA contribuya a impulsar.

Dentro de las ventajas comparativas del UNFPA es importante destacar: su enfoque de trabajo –basado en derechos y equidad-; su contribución global al empoderamiento y la equidad de género; la SSR como una puerta de entrada para fortalecer la atención primaria en salud; su credibilidad en el área de SSR; la información acumulada en años de cooperación; o ventajas más concretas como el aseguramiento de insumos para SSR.

Esta decisión se fundamenta en la reciente Declaración de París (2005), que busca aumentar la eficacia de la ayuda al desarrollo y demanda la integración de los programas en esta amplia agenda, evitar fragmentación de actividades y dispersión de la ayuda, entre otros. La eficacia aumentará también en la medida en que los actores tengan claras sus ventajas comparativas como cooperantes/donantes. Estas ideas van a contribuir a que se armonice la asistencia humanitaria y la ayuda al desarrollo en el marco de agendas de crecimiento y reducción de la pobreza.

#### **4. Banco de argumentos**

La elaboración de argumentos es una acción clave para lograr incidencia. En el capítulo IV hablábamos de la necesidad de contar con argumentos para la incidencia y de las formas en que es posible construirlos, pero esto requiere un trabajo interno del UNFPA. Por lo tanto se propone aquí, dentro de las recomendaciones para el trabajo interno, la creación de un banco de datos con argumentos técnicos acerca de los vínculos entre los cambios en los sistemas de salud, las reformas y la SSR, tarea que debe liderarse el EAT a partir de las experiencias de los países y en un trabajo conjunto con éstos.

Estos argumentos deben incluir por ejemplo, ideas sobre el impacto de los cambios en los sistemas de salud sobre la SSR, los costos de incluir y no incluir – costos de la omisión- planes integrales de SSR pero también sobre la importancia de incluir la SSR en los PCSS como una manera de fortalecer el enfoque de derechos, género e interculturalidad y los principios. Esta información debe permitir, entre otras, que se conozca el impacto social y económico de los cambios sobre los sistemas de salud en la SSR.

Los argumentos pueden nutrirse, además, de las experiencias de trabajo que se han dirigido a incorporar los enfoques sectoriales amplios (Sector-wide approaches) para lograr los objetivos relacionados con la SSR, dado que estos enfoques se basan en la definición de una estrategia y una política sectorial clara con el sector salud.

El UNFPA sigue avanzando en la elaboración de marcos conceptuales –como el que ofrece este documento o el de adolescentes- para orientar sus acciones en los PCSS, tanto en lo global como en lo regional y lo nacional. Los argumentos que se utilicen en los contextos nacionales deberían reflejar los principios anteriormente propuestos y estar enmarcados en un enfoque de derechos, género e interculturalidad. Deben además proveer datos para la formulación de políticas y programas en SSR orientados a las estrategias más amplias de reducción de la pobreza. Así como movilizar conocimiento y experiencia.

## 5) Rendición de cuentas y transparencia

La mejor manera de conocer el impacto que la cooperación y participación que el UNFPA está teniendo sobre los resultados de los PCSS es crear instrumentos que le permitan monitorear los resultados de sus actividades. Este monitoreo tiene en principio dos niveles. Por un lado, el conocimiento de los resultados que están teniendo los proyectos que se desarrollan en la región y en los países, el cual debe contribuir a consolidar un modelo de gestión orientado a resultados.

Por el otro, la evaluación del impacto de las medidas que se toman en los PCSS y las formas en que éstas generan impacto sobre la SSR, a partir de la cooperación que se hace en los países. Entre las estrategias que pueden ayudar a avanzar en esta recomendación está la creación de un observatorio en materia de PCSS/SSR –derechos y equidad- en donde participe un número significativo de actores sociales y del sector salud.

Ambos niveles deben contribuir a hacer más transparente la cooperación y a establecer mecanismos para la rendición de cuentas.

## 6) Comunicaciones

La base del éxito de cualquier proceso de incidencia política es la comunicación – como uso político de nuestras capacidades técnicas- tanto al interior como hacia el exterior de las instituciones. En relación con el UNFPA, deberán fortalecerse y/o crearse mecanismos que permitan a las oficinas de país, conocer y discutir los marcos propuestos para avanzar en esta decisión de incidir en los PCSS, de tal forma que incorporen en forma apropiada la agenda de SSR a partir de un enfoque de población. Esto implica niveles de comunicación interna entre la Sede, el EAT y las oficinas de país, a través de espacios como las reuniones regionales de planeación y otros más específicos sobre la materia, pero además la difusión adecuada –hacia las oficinas- de los materiales que se produzcan.

La comunicación interna supone además que se fortalezcan los canales entre las oficinas de país, de tal manera, que puedan potenciarse experiencias que han resultado exitosas en un determinado contexto, al tiempo que analizar otras que han tenido limitaciones políticas, técnicas o financieras, en relación al tema que compete a este documento.

El otro nivel de comunicación es “el afuera” y aquí nuevamente es importante considerar dos ámbitos. Las habilidades de comunicación y negociación con los actores políticos de gobierno y Estado y aquellas que se requieren de cara a los medios de comunicación. Con respecto a los actores políticos es importante resaltar que el tipo de audiencia determina la forma en que se deben transmitir los mensajes de cambio. No es lo mismo negociar con los niveles técnico/políticos de

los ministerios que con los niveles meramente políticos –ministros- o con congresistas u otras autoridades de Estado como las defensorías del pueblo, por ejemplo. Los argumentos y las formas de transmitirlos se combinan con la intención que se tenga con las alianzas, por ejemplo, en cada caso en particular.

En cuanto a los medios de comunicación es importante desarrollar habilidades para transmitir en forma precisa aquellos mensajes para los cuales se quiere encontrar eco en la sociedad y entre los periodistas. Pero se requiere además la definición clara de quiénes serán voceros en la organización y cuáles serán las posiciones sobre los temas más controversiales o críticos. Se trata de que, utilizando los medios, además de una aproximación semántica, se dé una interacción simbólica, es decir, una comunicación cargada de significados pero a la vez, válida para la acción. Este nivel de las comunicaciones es imprescindible para que los cambios que se den en los sistemas de salud, realmente se hagan desde un enfoque de derechos, género e interculturalidad y signifiquen un mejor nivel de vida para las mujeres y hombres en todos los aspectos relacionados con la reproducción.

## **7) Directorio de expertos/as**

Con el fin de apoyar la participación activa de las oficinas de país de cara a la cooperación en materia de PCSS y SSR, el UNFPA debería ampliar su directorio de expertos/as para incluir profesionales que puedan ayudar, tanto en la identificación de las oportunidades del contexto nacional en materia de cambios a los sistemas de salud, como en la orientación de las tareas técnicas más concretas. Esta tarea se enmarca dentro de la función del EAT de constituir grupos de consultores expertos por áreas de trabajo que pueden ser tanto personas como instituciones. La constitución de este directorio debería incluir información que vaya más allá de la formación profesional: las áreas de experiencia –de acuerdo a los componentes de los sistemas de salud-; las fortalezas técnicas en cuanto a formación; el perfil político, etc. Además de los datos de contacto y de la búsqueda de un equilibrio regional de expertos/as.

## SIGLAS

<b>ACE</b>	Anticoncepción de Emergencia
<b>ALC</b>	América latina y el Caribe
<b>AUGE</b>	Acceso Universal con Garantías Explícitas
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>BM</b>	Banco Mundial
<b>CEDAW</b>	Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América latina y el Caribe
<b>CIPD</b>	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
<b>COE</b>	Cuidados Obstétricos de Emergencia
<b>DDHH</b>	Derechos Humanos
<b>DESC</b>	Derechos Humanos Económicos, Sociales y Culturales
<b>DR</b>	Derechos Reproductivos
<b>EAT</b>	Equipo Regional de Asistencia Técnica
<b>FMI</b>	Fondo Monetario Internacional
<b>MAC</b>	Métodos Anticonceptivos
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PCSS</b>	Procesos de cambio a los sistemas de salud
<b>RSS</b>	Reforma del Sistema de Salud Sexual
<b>SSR</b>	Salud Sexual y Reproductiva
<b>SUMI</b>	Seguro Universal Materno Infantil
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>UNICEF</b>	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
<b>UNIFEM</b>	Fondo de Naciones Unidas para la Mujer
<b>USAID</b>	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional



## Bibliografía

1. Antrobus P. Enfoque de género en los sistemas de atención de salud. El caso del Caribe. Adaptación de un documento presentado en la serie de ponencias de conferenciantes notables auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud. Trinidad y Tobago. 1990.
2. Banco Interamericano de Desarrollo, BID. El sector salud en los proyectos del BID: Una evaluación preliminar. Nota técnica de discusión de salud No. 01/2002. Washington. 2002.
3. Banco Interamericano de Desarrollo. La agenda ética pendiente. Mirta Roses. Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo. Reproducido por Le Monde Diplomatique, Edición del Cono Sur. Buenos Aires.
4. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Financiamento público e privado em saúde na América Latina e no Caribe: uma breve análise dos anos 1990. Médici André / Departamento de Desenvolvimento Sustentável, Divisão de Desenvolvimento Social. Nota Técnica de Saúde No. 3/2005.
5. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Como mejorar la calidad em el contexto de las Reformas de Salud em América Latina. Médici André / Ponencia realizada em el taller Promoviendo la Calidad em um Mundo Unificado; 2001 May 10-12; Cuneo, Brasil.
6. Braveman P. Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. *J Health Popul NUTR.* 2003 Sep;21 (3):181-192. Center for Health and Population Research. Datos de la autora: Center on Social Disparities in Health. Department of Family Community Medicine, School of Medicine, University of California, San Francisco.
7. Brito Pedro. Políticas de salud en las Américas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* Número especial. Universidad de Antioquia. 2006 ;24.
8. La Paz, Bolivia. Ley del Seguro Universal Materno-Infantil. L No. 2426 (2002).
9. CEPAL. La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. Trigésimo Período de Sesiones CEPAL. Montevideo: CEPAL; 2006.
10. CEPAL. Indicadores sociales en América Latina y el Caribe. Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos. Cecchini Simone. Chile: CEPAL; 2005.
11. CEPAL. La Política Social en la Globalización. Programas de Protección en América Latina. Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos. Serrano Claudia. Chile: CEPAL; 2005.
12. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, CIESS. La reforma del sector salud y la política de salud para el adulto mayor: ¿agendas contradictorias o complementarias?. Abrantes Pego Raquel. *Revista CIESS* 2004;8.
13. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, CISS. Una evaluación de las reformas. Capítulo II: Factores políticos y económicos que influyen en las reformas de la seguridad social. Meléndez Jorge. 2003. Disponible en: URL: <http://www.ciss.org.mx/espanol/index.html>
14. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, CISS. Una evaluación de las reformas. Capítulo III: Contexto social, económico y político de las reformas: visión desde los países. Ruezga Antonio (edit). 2003. Disponible en: URL: <http://www.ciss.org.mx/espanol/index.html>
15. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, CISS. Una evaluación de las reformas. Capítulo VIII: Reformas de los esquemas de salud de la seguridad social. Arzo Jacqueline y Meléndez Jorge (edits.). 2003. Disponible en: URL: <http://www.ciss.org.mx/espanol/index.html>
16. Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general No. 14 (2000). E/C.12/2000/4. Ginebra.

17. Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 60º Período de sesiones. Informe del Relator Especial Paul Hunt. Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. E/CN.4/2004/49.
18. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. CEDAW. 1979.
19. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-654/04. Salvamento de voto. Uprimy Rodrigo.
20. Cumbre de las Américas. Plan de Acción de la Primera Cumbre. Miami. 1994.
21. Cumbre de las Américas. Plan de Acción de la Segunda Cumbre. Santiago. 1998.
22. Chile. Temas públicos. Reforma al sistema de salud: ¿solidaridad o ideología?. No. 256. 2001. Disponible en: URL: <http://www.lyd.com>.
23. Declaración de Alma Ata. Salud para Todos. 1978.
24. Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo. Apropiación, Armonización, Alineación & Resultados y Mutua Responsabilidad. 2005.
25. Echeverry E. Derecho a la salud, Estado y Globalización. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Número especial. Universidad de Antioquia. 2006;24.
26. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. ECLAC. Committee on Population and Development. Santiago Declaration. 2004.
27. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Orientación estratégica sobre la prevención del VIH. Prevención del VIH, promoción de la salud reproductiva. 2002.
28. González A.C. Justicia social, derechos humanos y equidad de género: abordajes inaplazables para la salud reproductiva en el marco de las reformas del sector salud. Washington: 2001.
29. Grynspan R. "Políticas económicas, gasto público y efectos según género". En Macroeconomía, Género y Estado. Bogotá: DNP; 1998. p. 83-95.
30. Guézmes A. Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos. Washington: Organización Panamericana de la Salud – Unidad de Género, Etnia y Salud; 2004.
31. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. PAHO/WHO. Analysis of Health Sector Reforms. Region of the Americas. No. 12. Washington. 2004
32. Indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio. Base de datos. 2005.
33. Interamerican Development Bank. William D. Savedoff. Is Any Body Listening? Ignoring Evidence in the Latin American Health Reform Debates. Washington. 2000.
34. International Planned Parenthood Federation. IPPF. Charter Guidelines on Sexual and Reproductive Rights. United Kingdom. Reprinted 2003.
35. International Planned Parenthood Federation. IPPF. Sexual and Reproductive Rights.
36. Levcovitz E. Nuevas estrategias para extender la protección en salud. Desafíos de la Protección Social para la Organización de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe. Asociación Internacional de la Seguridad Social. Conferencia Regional Americana; 2006 May 28-31; Belice.
37. López Montaña Cecilia et al. Fundación Agenda Colombia. Costos de Implementar el Plan de Acción de Salud Sexual y Reproductiva (PASSR) en Colombia. 2004.
38. Málaga H. et al. Equidad y Reforma en Salud en Colombia. En Revista de Salud Pública, Vol. 2, No. 3. 2000.
39. Naciones Unidas. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 14. Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Agosto 11 de 2000.
40. Naciones Unidas. Plataforma de Acción de Beijing. Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer. 1994.

41. Nanda P. Health Sector Reforms in Zambia. Implications for Reproductive Health and Rights. Center for Health and Gender Equity. Working Papers. 2000.
42. Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma, NAADIIR. Los retos de la Reforma en salud y la ampliación de la cobertura en salud a las poblaciones pobres de América Latina. Boletín trimestral del NAADIIR/AL. Informando & Reformando. No. 18. Octubre/Diciembre. 2003.
43. OPS. Equidad, género y salud: retos para la acción. Gómez Elsa. Adaptado del trabajo presentado por la autora en el Seminario Género y Cuentas Nacionales de Salud; 2001 Nov; Santiago, Chile.
44. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Desarrollo de los sistemas y servicios de salud. Informe Anual del Director. Washington. 2000.
45. OPS. Perfiles de los sistemas de servicios de salud: Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, México, Perú, Uruguay. Disponible en: URL: <http://www.ops.org>
46. OPS. Estrategia interagencial para transversalizar un enfoque de equidad de género en las reformas del sector salud. Propuesta preliminar.
47. OPS. Guía para el análisis de la equidad de género en las políticas de salud en América Latina y el Caribe. Oficina de la Subdirección. Unidad de género, etnia y salud. Documento interno pendiente publicación. 2005.
48. OPS/OMS. La rectoría de salud como componente esencial de la gobernabilidad del sector. La dimensión regulatoria de la función rectora. García Tarina.
49. OPS/ OMS. La descentralización de la provisión de los servicios de salud. Priscila Rivas-Loria.
50. OPS/OMS. Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe. (OPS/UNFPA/UNICEF/Family Care Internacional/Population Council/Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/Banco Mundial/USAID); 2003.
51. OPS-OMS-ASDI-CIES. Curso internacional sobre desarrollo de sistemas de salud. Background paper. 2005.
52. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. 1966.
53. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Naciones Unidas. 1966.
54. Palma I. Salud y derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes en el contexto de la reforma de salud en Chile. Chile. 2001.
55. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo de San Salvador.
56. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Globalización, Reformas y el Derecho a la Salud. Revista Mujer Salud. 2/2006.
57. Revista Panamericana de Salud Pública. Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones. 8(1/2). Comité editorial: López-Acuña Daniel, Brito Pedro, Crocco Pedro, Infante Alberto, Marín José María y Zeballos José Luis. 2000.
58. Revista Panamericana de Salud Pública. La necesidad de hacer reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad. V. 11. n. 5-6. Gwatkin Davidson. 2002.
59. Rodríguez-Oreggia E. Economía política de las reformas a la Seguridad Social en América. Artículo preparado para el informe sobre la seguridad social en América 2003. Revista de Seguridad Social.
60. Sandoval Landivar C. Consideraciones sobre la seguridad social. Disponible en: URL: [http://www.sns.gov.bo/viceministro/consideraciones\\_sobre.htm](http://www.sns.gov.bo/viceministro/consideraciones_sobre.htm).
61. Serrano J.F. El "consenso de Washington" ¿Paradigma económico del capitalismo triunfante?. Papeles. Cristianisme I Justicia.

62. Sociedad Internacional por la Equidad em Salud (ISEqH) – Capítulo de las Américas. Equidad y reformas del sector salud en América Latina y El Caribe. Enfoques y limitantes durante el período 1995-2005. 2006.
63. Tobar Federico. Cómo construir una política de Estado en salud. Revista Médicos. Paraguay. Diciembre de 2002 Dic.
64. United Nations Development Programme. Internacional Poverty Centre. Poverty in Focus. Social Protection the role of cash transfers. June 2006.
65. UNFPA. El UNFPA en el sistema de las Naciones Unidas. Disponible en: URL: <http://www.unfpa.org>.
66. UNFPA. Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo. 1994.
67. UNFPA. Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Aprobadas por la Asamblea General en su vigésimo primer período extraordinario de sesiones. New York. 1999.
68. UNFPA. Framework for Action on Adolescents & Youth. 4 Keys to Open With Young People. DRAFT. 2006.
69. UNFPA. Strategic Guide for HIV/AIDS Prevention Programming in Latin America and the Caribbean. DRAFT. 2004.
70. UNFPA. Rights into Action. UNFPA Implements Human Right-Based Approach.
71. UNFPA. Estado de la población mundial. La promesa de igualdad. Equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2005.
72. UNFPA. Informe reunión técnica “Reformas del Sector Salud: Lineamientos para la Acción”. México. Documento de trabajo interno. 2006.
73. UNFPA. Intercountry Programme 2004-2007. Executive Board of the United Nations Development Programme and of the United Nations Population Fund. First regular session 2004. DP/fpa/2004/3.
74. UNFPA. Regional Planning Meeting Report Latin America and Caribbean Region. Documento interno.
75. UNFPA. Office for the High Commissioner for Human Rights. “Application of Human Rights to Reproductive and Sexual Health”. Recommendations.
76. UNFPA. An Operational Tool on the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women –CEDAW- for UNFPA Programmes. 1999.
77. UNFPA. Reformas del sector salud y salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Tendencias e interrelaciones –una revisión. 2005.
78. UNFPA. División de América Latina y el Caribe. Con CELADE. Guía para el análisis de situación en población. NYC. 2006.
79. USAID. A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned?. Data for Decision Making Project. Paper prepared for the DDM Symposium. Peter Berman, Thomas Bossert. Washington. 2000.
80. World Health Organization. Technical Consultation on Health Sector Reform and Reproductive Health. Geneva. 2005.
81. World Health Organization. What Evidence is There About the Effects of Health Care Reforms on Gender Equity, Particularly in Health?. Health Evidence Network. Pirooska Ostlin. Geneva. 2005.
82. World Health Organization. Monitoring Equity in Health: A Policy Approach in Low-Income and Middle-Income Countries. Paula Braveman. Division of Analysis, Research and Assessment.
83. World Health Organization. The Interagency List of Essential Medicines for Reproductive Health. WHO/PSM/PAR/2006.1. Geneva. 2006.