Número 4 2007

Recursos Humanos para la atención en salud sexual y reproductiva

Número 4 **2007**

RHM en Español, Número 4
Los artículos de esta edición han sido seleccionados de
Volume 13 Number 25 May 2005
Volume 14 Number 27 May 2006

Comité Editorial:
Ruth Iguiñiz, Nancy Palomino, Mariella Sala

Traducción:
Lucía Guerra, Sandra Vallenas, Rossana Vargas

Editora:
Mariella Sala

Coordinación:
Amelia Villanueva

Impresión:
Servicios Gráficos JMD

Foto de Carátula:
Día de Graduación, Ciudad de México, 2002
Mark Henley/Panos Pictures

Esta edición en español es financiada por RHM

RHM es una institución benéfica registrada en
Inglaterra y Gales, No. 1040450
Limited Company Registered
No. 2959883 (England)
ISSN 0968-8080

Edición en español publicada por:
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración
Av. Honorio Delgado 430, Lima 31, Perú
T: (51-1) 319 0041 – F: (51-1) 381 9072
Correo electrónico: sprhm@upch.edu.pe
Página Web: www.diassere.org.pe
Depósito legal No. 2004-0393
Lima, octubre 2007
1,000 ejemplares

OFICINA EDITORIAL RHM:
Reproductive Health Matters
444 Highgate Studios
53-79 Highgate Road
London NW5 1TL, UK
Tel: (44-20) 7267 6567
Fax: (44-20) 7267 2551

RHM está indexada en:
Medline
PubMed
Current Contents
Popline
EMBASE
Social Sciences Citation Index

Presentación de artículos:
Marge Berer, editora
Correo electrónico:
RHMjournal@compuserve.com
Lineamientos y pautas disponibles en:
<www.rhmjournal.org.uk>

Otra correspondencia a:
Marge Berer
Correo electrónico:
mberer@rhmjournal.org.uk

RHM es parte de la base de datos en
internet Elsevier Reproductive and Women's Health:
<www.rhm-elsevier.com>

Para ser incluido en la lista de envíos u obtener copias
adicionales de este número, contáctese con:
sprhm@upch.edu.pe

Contenido

5 **Presentación**

Editorial

6 *Marge Berer* — Recursos humanos: un apelativo impersonal para quienes brindan atención de la salud.

Artículos

12 *Helen Schneider, Duane Blaauw, Lucy Wilson, Nzapfurundi Chabikuli, Jane Goudge* — Los sistemas de salud y el acceso a las drogas antirretrovirales para el VIH en África Meridional: retos en la entrega de servicios y en los recursos humanos.

25 *Nancy Gerein, Andrew Green, Stephen Pearson* — Implicancias de la escasez de profesionales de salud materna en el África Subsahariana.

40 *Mohammad Tajul Islam, Yasmin Ali Haque, Rachel Waxman, Abdul Bayes Bhuiyan* — La implementación de la formación en la atención obstétrica de emergencia en Bangladesh: lecciones aprendidas.

54 *Fatima Temmar, Bilkis Vissandjée, Marie Harem, Alisha Apale, Devorah Kobluke* — Las obstetrices en Marruecos: búsqueda de reconocimiento como socias calificadas en la atención materna centrada en las mujeres.

63 *Peter S Hill, Rebecca Dodd, Khurelmaa Dashdorj* — La reforma del sector salud y los servicios de salud sexual y reproductiva en Mongolia.

75 *Mini Elizabeth Jacob, Sulochana Abraham, Fusila Surya, Shantidani Minz, Daisy Singh, Vinod Joseph Abraham, Jasmin Prasad, Kurgan George, Anju Kuruvilla, KS Jacob* — Un programa comunitario de salud en Tamil Nadu Rural, India: la necesidad de justicia de género para las mujeres.

83 *Kate Word, Rachel Jewkes* — Bloqueos sanguíneos y enfermeras reprensoras: barreras al uso de anticonceptivos entre las adolescentes en Sudáfrica.

95 *Campaña Mundial por la Educación* — Las niñas no pueden esperar: por qué la educación de las niñas es importante y cómo lograr que ocurra ahora. Ponencia Resumen para la Reunión de Evaluación de Beijing+10.

99 *Berit Austveg, Johanne Sundby* — Noruega y la CIPD+10: La asistencia internacional en salud reproductiva no refleja las políticas nacionales.

111 Mónica Petracci, Silvina Ramos, Dalia Szulik — Evaluación estratégica del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de Buenos Aires, Argentina.

123 Henry P David — Nacidos no deseados, 35 años después: el Estudio de Praga.

Análisis

134 Guido Pennings — Armonización legal y turismo reproductivo en Europa.

144 Carta al Editor — Estamos descubriendo algunos tabúes ¿Pero qué hay del resto?

147 **Resultados de investigaciones**

Estudio multicéntrico en salud de la mujer y violencia doméstica: Resultados iniciales en prevalencia, salud y respuestas de las mujeres.

Seguridad de los implantes de seno aún en duda.

El conocimiento del periodo fértil no afecta significativamente el fracaso de la abstinencia periódica en los países en vías de desarrollo.

Estrógeno no protege a mujeres posmenopáusicas de la declinación de funciones mentales.

El cáncer de seno aumenta en el mundo pero las tasas de mortalidad caen.

Una de cada 100 muertes en Estados Unidos puede ser atribuida a comportamiento sexual.
Distribución global de tipos de VPH y las implicancias para la investigación y vacunas.

PRESENTACIÓN

Desde esta edición saludamos al equipo de *Reproductive Health Matters* (RHM) en Londres por su XV aniversario, en especial a Marge Berer por su compromiso y dedicación para difundir y alentar la difusión del conocimiento sobre la problemática de la salud de las mujeres y sobre la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva crítica.

Reproductive Health Matters se ha constituido en un importante referente para la academia, profesionales de salud, redes internacionales y activistas en el mundo que trabajan sobre estas temáticas. Indexada a Medline, PubMed, Current Contents, Popline, EMBASE y Social Sciences Citation Index, los artículos de la revista son revisados por pares antes de ser aprobados por la editora. La rigurosidad en el trabajo de elaboración de cada número, es garantía de una información seria y confiable. Además, los artículos de análisis de políticas y estrategias sobre la salud sexual y reproductiva en distintos contextos locales, nacionales y regionales nos permite comparar con lo que sucede en nuestros respectivos países y ampliar nuestras visiones.

A lo largo de los últimos diez años, la revista RHM ha ido diversificando sus públicos al editar versiones en diferentes idiomas que son publicadas y distribuidas por regiones. Desde 1997 la revista publicada originalmente en inglés se traduce al chino, árabe, hindi, español, francés y portugués, llegando de esta manera a las mujeres y hombres interesados en estos temas de todos los continentes.

La Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia está a cargo de la edición en español de la revista y de su distribución en los países de habla hispana, principalmente en América Latina y El Caribe. Hasta el momento se distribuyen cerca de mil ejemplares impresos entre lectoras y lectores de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico y República Dominicana. Se llega también a España, Portugal, Canadá, Estados Unidos de América, Suiza, Suecia, Dinamarca, Francia y Holanda. Adicionalmente, cerca de 1500 personas tienen acceso a la versión electrónica que se publica en la web.

Los artículos de este número recogen estudios y experiencias de países tan lejanos como Mongolia, Marruecos, Bangladesh, e India; los países del África Meridional o Subsahariana, Sudáfrica, Noruega, la República Checa y los países de la Unión Europea; además de Argentina. Varios de los artículos, así como el editorial de Marge Berer, abordan la problemática de los recursos humanos y sus condiciones laborales para la implementación de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva en distintos contextos geográficos y socioculturales. Las implicancias de la falta de reconocimiento o de la escasez y la inadecuada distribución de profesionales de salud materna, las tensiones entre las y los profesionales de obstetricia, enfermería y medicina son estudiadas a partir de casos concretos. Otros artículos abordan los desafíos para la salud sexual y reproductiva en situaciones de cambio de sistemas y de transiciones políticas como en el caso de la República de Mongolia; o el turismo reproductivo y las tensiones entre la armonización legislativa y el pluralismo ético, cultural y religioso de los países de la Unión Europea. Incluye también el famoso estudio de Praga, que hace el seguimiento, durante un periodo de hasta 35 años, a personas que nacieron de embarazos no deseados.

No dudamos que estos y otros artículos que se refieren a la problemática de las adolescentes, las iniciativas para disminuir la mortalidad materna y la discusión sobre los avances y limitaciones para el cumplimiento de los acuerdos y consensos internacionales serán de sumo interés para nuestras lectoras y lectores.

Lima, octubre 2007

Nancy Palomino
Unidad de Sexualidad y Salud Reproductiva
FAcultad de Salud Pública
Universidad Peruana Cayetano Heredia

© 2006 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2006;14(27):6–11
0968-8080/06 $ - see front matter
PII: S0 968 - 808 0 (06) 27 241-0

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

EDITORIAL

Recursos humanos: un apelativo impersonal para quienes brindan atención de la salud

Marge Berer

Editora, Reproductive Health Matters, Londres, UK

El tema de este número de la revista es crucial, y los artículos son harto elocuentes con relación a la importancia que los proveedores de atención de la salud tienen para el buen funcionamiento de los servicios de salud, medida por el nivel de capacitación y competencias, la magnitud del apoyo para la gestión que se les otorga, la paga y los beneficios que reciben, sus oportunidades de crecimiento en la carrera, las condiciones en las que se espera que trabajen, y los recursos de que disponen para realizar su trabajo. Los documentos revelan la enorme carencia de los servicios de salud para ofrecer proveedores de salud bien capacitados, bien pagados y altamente motivados, en prácticamente todos los países examinados.

El número de esta revista[1] incluye artículos sobre mujeres y hombres que forman, colectivamente, la base de recursos humanos de servicios de salud sexual y reproductiva públicos en Bangladesh, Guatemala, Indonesia, Kenya, Lituania, Mongolia, Marruecos y Zambia, y sobre programas de tratamiento del SIDA en Malawi y Sudáfrica. En cada uno de los casos los elementos del relato son los mismos. Dadas las elevadas expectativas crecientes con respecto a los sistemas de salud y a los/las trabajadores de la salud –por ejemplo, reducir las muertes maternas, prevenir la infección del VIH– se necesita más trabajadores de salud, mejor capacitación y mayores competencias, así como mejoras sustantivas en las condiciones de trabajo y de los salarios.

Más personal, más formación, más competencias y sistemas de salud fortalecidos

La magnitud del problema de los recursos humanos está siendo rápidamente cuantificada, y la recapitulación sobre el tema de los recursos humanos en este número aporta alguna data y una imagen más general del problema.

Buena parte de la data existente no focaliza la atención en los servicios específicos, sino en la fuerza de trabajo de los sistemas de salud en su conjunto. Esta revista reune artículos que tratan específicamente de la temática alrededor de los recursos humanos en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, con monografías que enfatizan principalmente la planificación familiar, la atención materna, el aborto inseguro y los programas de tratamiento del SIDA. El artículo de Gerein, Green y Pearson muestra, apoyándose en data nacional y regional, las implicancias que tienen para el África subsahariana la escasez de matronas, enfermeras y médicos en el cuidado de la salud materna, así como la distribución desigual de profesionales de salud materna entre áreas geográficas y establecimientos de salud. Esta situación está ilustrada dramáticamente en este número en la carta al editor, que describe cómo un médico joven, recién egresado de la escuela de medicina en Europa, visitó un pabellón de maternidad en un país del África subsahariana y no solo no pudo encontrar a los doctores que había

[1] Nota de la editora: la autora hace referencia a la versión original en inglés. En este número en español no se han reproducido todos los artículos a los que se hace mención.

ido a entrevistar, sino que tampoco halló a ningún otro miembro del personal. Habiendo atendido en el parto a dos mujeres, se le pidió que practicara una cesárea de emergencia; todo ello dentro de la primera hora desde su arribo. Queda corta la expresión «escasez de profesionales de la salud» para describir como totalmente inadecuada esta situación.

El espacio más obvio para empezar a abordar la falta de servicios esenciales tales como los cuidados obstétricos de emergencia (COE) parecen ser el reclutamiento de más personas para las escuelas de medicina y de enfermería y el fortalecimiento de la capacitación y competencias; pero esta no es una tarea fácil. Islam, Haque, Waxman y Bhuiyan describen un programa nacional de cuatro años en Bangladesh, en el que se capacitó a los funcionarios médicos, las enfermeras, los gestores de los establecimientos y los técnicos de laboratorio en los ocho hospitales docentes del país. El objetivo fue poner en completo funcionamiento los servicios de COE en los hospitales subdistritales y distritales del país. En 2004, 105 de los 120 hospitales subdistritales habían quedado operativos para los COE, en tanto 53 de los 59 de los hospitales distritales estaban ofreciendo los COE comprehensivos, en comparación con los 35 que lo hacían en 1999. Son demandas muy elevadas el sostener y conservar a estas personas en sus puestos de trabajo, continuar con el involucramiento de los actores clave (especialmente los instructores), incorporar nuevo personal en la formación, introducir protocolos basados en la evidencia para estandarizar la práctica y mejorar la calidad del cuidado, elevando el nivel de más de los servicios restantes y asegurar una cobertura de 24 horas.

No obstante, ni siquiera la mejor capacitación por sí sola es suficiente. En una monografía sobre el mejoramiento de los servicios de atención posaborto en 22 de los hospitales distritales del sector público en Guatemala, Kestler, Valencia del Valle y Silva describen un programa de intervenciones de 18 meses, que incluía el fortalecimiento del conocimiento y de la capacidad técnica del cuerpo de proveedores, la expansión de la atención posaborto, mejoras en la infraestructura relacionada, la distribución de materiales informativos y la institución de un sistema de seguimiento del aborto. Pero, a pesar de haber logrado una mejor calidad de la atención en estos hospitales para muchas más mujeres, el nivel de muertes y complicaciones severas siguió siendo el mismo durante el periodo del estudio. Esto se debe a que los abortos a los que se habían sometido las mujeres antes de llegar a los hospitales en busca de atención continuaban siendo tan inseguros como lo habían sido antes de que empezara la intervención. Todo lo que podían hacer los/las proveedores de salud –y se trata de una tarea crucial de la salud pública en estas circunstancias– era cumplir de la mejor manera posible el tratamiento de las complicaciones con las que se presentaban las mujeres. De haber obtenido la autorización del gobierno para informar a las mujeres sobre la disponibilidad de estos servicios, estas se habrían acercado en busca de la atención con mayor prontitud, antes de que las complicaciones se tornaran severas. A la larga, sin embargo, solamente se resolverán estos problemas haciendo que los abortos sean seguros.

Por cierto, no es que las necesidades de las mujeres estén increíblemente desatendidas únicamente en el caso de los abortos inducidos. En la mayor parte de los países más pobres del mundo, la combinación de enfermeras y otros proveedores de nivel intermedio a los que se les encomienda el cuidado de la maternidad solo puede recibir el apelativo de «personal calificado», porque muy pocas de ellas están plenamente capacitadas como matronas. No obstante, este personal que no llega a tener la capacitación de matronas y que es convocado para entregar atención calificada a las embarazadas y a los recién nacidos, está notablemente subvaluado. En Marruecos hay una persistente falta de reconocimiento profesional de las matronas que, según arguyen Temmar, Vissandjée, Harem, Apale y Kobluk, es consistente con un sistema de desigualdad de género extendido, y asociado, de manera más general, con el bajo nivel de la posición de la mujer. Su artículo, en este número de la revista describe la historia de la capacitación de matronas en Marruecos, iniciada en la década de los años cincuenta con un programa que tan solo requería un certificado de educación primaria, en tanto que la mayoría de las mujeres eran atendidas por auxiliares, enfermeras o parteras, capacitadas o no

capacitadas. Fue solo en los años noventa que el país instituyó un programa de pregrado para capacitar a las matronas en las competencias esenciales. Las autoras enfatizan la importancia del reconocimiento y tratamiento de las matronas como miembros del equipo competentes, diestras y valoradas, al mismo nivel que las enfermeras y los gínecoobstetras. Es solo sobre esta base, arguyen, que la práctica de las matronas en países como Marruecos puede evolucionar progresivamente hacia el cuidado de la maternidad centrado en las mujeres.

Un artículo de Schneider, Blaauw, Wilson, Chakibuli y Goude parte de la premisa de que el acceso significativo a la terapia antirretroviral difícilmente será alcanzado en muchos países en desarrollo sin el fortalecimiento de los sistemas de salud y sin un adecuado abastecimiento de trabajadores de la salud calificados y motivados, a los que se percibe actualmente como la clave para elevar el nivel del tratamiento del VIH. En el África subsahariana esto significa afrontar los problemas del abastecimiento, las migraciones, la distribución, la combinación de habilidades, las remuneraciones, la productividad y la gestión, así como la atención a una gama de tareas de orientación. También es necesario abordar las restricciones con las que la macroeconomía confronta al empleo de proveedores de cuidados de salud; también se necesita de la evaluación del desempeño de los cuadros como, por ejemplo, los del nivel intermedio y los trabajadores de salud comunitarios, y de su papel potencial en la ampliación del tratamiento del VIH.

El rostro humano de los recursos humanos en el cuidado de la salud sexual y reproductiva es usualmente el de una mujer

Varios de los temas de los artículos de este número de la revista centran la atención en asuntos cualitativos -el rostro humano de los recursos humanos en la atención de la salud sexual y reproductiva- y los puntos de vista corresponden, principalmente, a pacientes mujeres y a proveedoras de servicios mujeres. Word y Jewkes examinan los efectos de los intentos que hacen las enfermeras a cargo de la planificación familiar por estigmatizar la sexualidad adolescente debido a que desaprueban la práctica sexual en este grupo etario. Esto conduce a un tratamiento severo de las adolescentes y a la falta de voluntad por reconocer las experiencias de las jóvenes como usuarias de anticonceptivos, limitando así la utilización efectiva de la anticoncepción. Además de que las jóvenes son reprendidas, están temas tales como el respeto a la confidencialidad de parte de las trabajadoras de salud, que hace que frecuentemente las adolescentes carezcan de la garantía de confianza de los ambientes de la atención primaria de salud.

A veces, la influencia positiva que los proveedores de salud buscan tener en los resultados en la salud de las mujeres puede quedar frustrada por las comunidades a las que sirven. A pesar de las cinco décadas de trabajo en un programa de salud comunitaria y de desarrollo en la India, con un sesgo evidente a favor de las mujeres -descrito en un artículo por Jacob, Surya, Minz, Singh, Abraham, Prasad, George, Kuruvilla y Jacob- las mejoras en la salud y en el empoderamiento de las mujeres han estado a la zaga de las alcanzadas por los hombres. Las autoras creen encontrar la explicación en el hecho de que la comunidad, con su intenso sesgo masculino, utiliza los servicios de salud y los programas de educación y empleo prioritariamente en beneficio de los hombres y de los niños en desmedro del de las mujeres y de las niñas.

Los esfuerzos nacionales por desarrollar habilidades en las trabajadoras de salud y dar servicios de calidad pueden quedar minados por un cambio en el gobierno que lleva a cambios en las políticas. También pueden estar adversamente afectados por la falta de consenso entre el gobierno y las comunidades de donantes, entrando en competencia las prioridades de salud y la politización de los debates sobre asuntos tales como la fecundidad y el aborto. Hill, Dodd y Dashdorj muestran que esto fue lo que sucedió muy recientemente en Mongolia, un país que venía haciendo avances significativos en el uso anticonceptivo, en la educación de las mujeres y en la reducción de la mortalidad materna, y que ha instalado servicios de salud innovadores y sintonizados con los adolescentes, y desarrollado prácticas de grupo familiares que están alcanzando a poblaciones marginadas. Así, la política puede amenazar con truncar las metas y las iniciativas de

la salud pública, frecuentemente desempoderando a los proveedores de cuidados de la salud.

Otras características

El derecho de las mujeres a decidir si es que van a continuar con el embarazo o no es un derecho con cuya promoción las páginas de la revista RHM ha estado comprometida desde el principio. Nos complace poder publicar en este número un artículo de Henry David, que destaca las consecuencias que tiene para los niños haber nacido de mujeres a las que se les había negado un aborto. Su trabajo reúne los hallazgos de un estudio que durante 35 años hizo el seguimiento de niños nacidos en Praga, entre 1961 y 1963, a mujeres a las que se les había denegado dos veces el aborto con relación a un mismo embarazo no deseado. Los resultados del estudio sugieren que, en conjunto, el rechazo a la solicitud de aborto de un embarazo no deseado acarrea el aumento del riesgo de un desarrollo psicosocial negativo y pone también en riesgo el bienestar mental de la criatura producto de dicho embarazo hasta la edad adulta, generando la necesidad de tratamiento psiquiátrico, especialmente si el niño fue un hijo único.

Una perspectiva de género

Uno de los aspectos casi invisibles de este número sobre los recursos humanos que emerge, sin embargo, en los artículos aquí publicados, está relacionado con el género. Especialmente en los países en los que la posición de las mujeres está muy por debajo de la de los hombres, no solo hay mayores probabilidades de que se desatienda a las pacientes mujeres y se las trate deficientemente, sino que las trabajadoras de salud también están más expuestas a tener una posición más baja y una paga (si la hay) también más baja que la de los profesionales de salud y trabajadores varones. Las probabilidades son también mayores de que tengan menos competencias de las requeridas para estar en condiciones de dar a sus pacientes el cuidado óptimo. No es ni un accidente ni mala suerte que la mortalidad materna, incluyendo las complicaciones derivadas del aborto inseguro, continúe siendo un problema de salud pública gravitante en tantos países. Se debe a que son principalmente las mujeres las que están involucradas y a las que afecta el problema.

Conclusiones

Es frustrante que la producción del conocimiento con tanta frecuencia no conduzca a la acción tangible. También es preocupante que las mejores mentes y los mayores esfuerzos se orienten a la descripción de las causas y parámetros de los problemas mientras que los equipos y las instituciones en el terreno, que son las responsables de la implementación de las soluciones, con frecuencia tengan insuficiencia de personal, de financiamiento y de apoyo. Las conclusiones que pueden derivarse de los artículos de este número de la revista son obvias. Los países deben trabajar conjuntamente para abordar la necesidad global de proveedores calificados del cuidado de la salud en una escala global. Para afrontar las necesidades crecientes de atención de la salud de poblaciones en mayor demanda y con frecuencia aún en crecimiento, en las que los recursos humanos desempeñan un papel central, debe otorgársele a la salud una mayor proporción de los presupuestos nacionales. Ello incluye al mundo desarrollado, que tiene el dinero para capacitar a todos los trabajadores de salud que necesita, sin arrebatárselos a los sistemas de salud que tienen mucho menos recursos. Por último, los proveedores de cuidados de la salud deben unirse en asociaciones profesionales y sindicatos para luchar por una mejor capacitación y mejores condiciones laborales, y por sistemas de salud pública sólidos, porque sus intereses son también los intereses de sus pacientes.

Presentaciones futuras de artículos a la revista RHM

RHM, ahora en su decimocuarto año, se está convirtiendo cada vez más en una revista «conocida», incluyendo a la academia. Ello está resultando en la recepción de más artículos que reportan sobre investigaciones, en las que los hallazgos se presentan principalmente a través de data y en cuadros y gráficos. Dichos artículos también tienden a exceder las 5,000+ palabras que RHM pide. Muchos de esos artículos contienen importantes hallazgos, y tienen implicancias sumamente relevantes para las políticas,

la entrega de servicios y la abogacía, y nos complace publicarlos. Sin embargo, otros se quedan cortos en cuanto al componente de acción que RHM busca en este género. Más aún, su apariencia puede desanimar a la presentación de artículos no académicos, consecuencia que queremos evitar.

El tipo de artículos que RHM está dispuesta a publicar también incluye trabajos de discusión y comentarios en los que se presenta el pensamiento crítico sobre temas actuales y en los que se explora la naturaleza multifacética de los problemas y de sus soluciones. Estamos interesadas en artículos que describan el contenido y las actividades de programas educativos, actividades de promoción de la salud y del sexo seguro y campañas de abogacía, y trabajos que analizan la legislación y las políticas alrededor de temas específicos. Y seguimos buscando una gama de investigaciones cualitativas en profundidad sobre las perspectivas de las mujeres y de los hombres, de los proveedores de servicios y de las instancias decisorias de las políticas. Les invocamos a los/las autores potenciales a leer nuestra política editorial y a tomarla seriamente.*

El número de noviembre de 2006 sobre los condones, es un buen lugar para tales artículos, como lo será el número de mayo de 2007 sobre las estrategias para abordar la oposición a la salud y derechos sexuales y reproductivos. Convocamos a los autores que deseen escribir artículos «no académicos» a que nos los envíen con más frecuencia. E invocamos a los autores académicos a considerar si es que los artículos plenos de cuadros, números, porcentajes al último decimal e intervalos de confianza son siempre la mejor forma de presentar lo que es realmente importante en sus hallazgos. Desde el punto de vista de muchos de los lectores de RHM, que les echan una mirada a los complicados cuadros, se quedan bizcos y pasan a la página siguiente, les pedimos a los autores que encuentren formas alternativas de presentar su data en la medida de lo posible, especialmente la data cualitativa. En tanto que la data precisa es crucial para dar sustento a las propuestas de política y programáticas así como a las intervenciones, presentarla de manera tal que quienes no tienen las habilidades estadísticas las puedan comprender y absorber; así habrá mayores probabilidades de convencer a otras personas que se desempeñan en el campo para que actúen a partir de lo que aprenden de dichos estudios y lo usen para cambiar el mundo.

Traducción: Sandra Vallenas.

---

* Gracias a la reunión del comité consultivo editorial de RHM 2005 por plantear estos temas.

SEAN SPRAGUE / PANOS PICTURES

Encargadas del parto con nuevo equipo de UNICEF, Delta

©2006 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2006; 14(27): 12–23
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S096 8- 80 80 (06) 272325- x

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Los sistemas de salud y el acceso a las drogas antirretrovirales para el VIH en África Meridional: retos en la entrega de servicios y en los recursos humanos

Helen Schneider,[a] Duane Blaauw,[b] Lucy Wilson,[c] Nzapfurundi Chabikuli,[d] Jane Goudge[e]

[a] Profesora Asociada, Centre for Health Policy, University of Witwatersrand, Johannesburg, Sudáfrica. Correo electrónico: Helen.Schneider@nhls.ac.za
[b] Investigadora Principal, Centre for Health Policy, University of Witwatersrand
[c] Profesora Asociada Centre for Health Policy, University of Witwatersrand, y Profesora, Health policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, RU
[d] Investigadora Principal, Centre for Health Policy, University of Witwatersrand
[e] Investigadora Principal, Centre for Health Policy, University of Witwatersrand

Resumen: *En muchos países en desarrollo, es improbable que se logre un mayor acceso a la terapia antirretroviral (ARV) sin antes fortalecer los sistemas de salud. En este artículo, basado en la experiencia de los autores en África Meridional y en el marco de la Organización Mundial de la Salud sobre el desempeño de los sistemas sanitarios, se reflexiona sobre los retos sistémicos relacionados con la ampliación del acceso a los ARV en los países con grandes epidemias y sistemas de salud deficientes. Aunque se reconoce la brecha aún considerable en financiamiento, se destacan los retos en reorientar la prestación de servicios hacia el tratamiento de enfermedades crónicas y la crisis de recursos humanos en los sistemas de salud. El suministro inadecuado, la deficiente distribución, la baja remuneración y la acelerada migración de los trabajadores sanitarios calificados, son considerados cada vez más como limitaciones clave de los sistemas en la ampliación del tratamiento del VIH. Otros problemas son la productividad y las culturas de prestación de servicios. A medida que más países reciben fondos para los programas de acceso a los ARV, también aumenta la necesidad de contar con una sólida administración nacional de esos programas. En este artículo se propone una serie de tareas administrativas de corto y largo plazo: resistencia a la verticalidad del tratamiento del VIH, evaluación de los trabajadores de la salud comunitarios y su posible función en ampliar el acceso al tratamiento del VIH, acción internacional respecto al éxodo de profesionales y una mayor inversión en las funciones de planificación, producción, remuneración y administración de los recursos humanos nacionales.* © *2006 Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.*

Palabras clave: *fármacos antirretrovirales VIH, expansión del tratamiento y de los servicios, sistemas de salud, África Meridional.*

Negar el acceso a la terapia antirretroviral (ARV) salvadora de vidas, sea por el precio o por la infraestructura inadecuada, se ha hecho insostenible globalmente. Numerosas sedes y proyectos piloto, algunos internacionalmente aclamados, han demostrado que es posible usar los ARV de manera efectiva en contextos de escasos recursos.[1,2]

A medida que más y más países reciben recursos externos para embarcarse en programas de tratamiento del VIH, surge una serie de preguntas. ¿Es posible poner las ARV a disposición de grandes cantidades de personas que las necesitan? y ¿cuáles son las restricciones que se deberá superar? ¿Cómo se mantendrá el principio de equidad en el proceso de incremento inevitable del redimensionamiento o

expansión? ¿Es factible administrar la inversión en los ARV de modo de no desviar los recursos escasos de otras actividades esenciales y, por el contrario, beneficiar al sistema de salud en la entrega de servicios en todos sus programas de salud?

Estas preguntas no son exclusivas de la expansión de los ARV. Una preocupación global renovada por afrontar las abrumadoras cargas de la enfermedad en el Sur ha golpeado insistentemente contra «el estado precario de los sistemas de salud en muchos países en desarrollo».[3] Se ve que los fracasos de los sistemas de salud están en la raíz de los resultados decepcionantes de las estrategias de control (DOTS, por sus siglas en inglés) de la tuberculosis (TB),[4] del Manejo Integrado de la Enfermedad en la Niñez (IMCI, por sus siglas en inglés)[5] y de la integración de servicios de salud reproductiva.[6] Varios autores[7-9] han hecho advertencias sobre la creciente fragmentación y el caos de los sistemas de salud en el despertar de la proliferación global de las asociaciones público-privadas que pretenden atacar el VIH de una manera u otra. La tendencia a pasar por encima de los sistemas de salud creando estructuras verticales que agotan los recursos de un «centro en proceso de desmoronamiento»[10] puede enfrentar necesidades de corto plazo, pero no puede tender las bases para el acceso universal. El tratamiento del VIH, así como en el caso de los servicios de salud reproductiva o los de cuidado de la TB, y en contraste con la inmunización contra la polio o el mercadeo social de los mosquiteros y condones, no puede entregarse en un programa vertical independiente sin recrear la infraestructura de todo un sistema de salud paralelo. Para que los ARV lleguen a la enorme cantidad de personas que la necesitan, y para que ello ocurra de manera organizada y regulada, tendrá que recurrirse a la infraestructura de atención de la salud existente. Los sectores privados lucrativos, no gubernamentales y los brindados en los centros laborales pueden tener un papel, pero no pueden sustituir la función central del sector público de salud, tanto como proveedor de servicios como de gestor de la distribución de estos.[11]

En este artículo se reflexiona acerca de la tarea de expandir el tratamiento del VIH a la luz de la epidemia generalizada del VIH (es decir, necesidades masivas) y de la fragilidad de los sistemas de salud. Se basa en los recuentos publicados y en las experiencias de las autoras en la región sur del África, donde los sistemas de salud corresponden a países que están entre las categorías de ingresos bajos e ingresos medios. Tomando como referencia el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los sistemas de salud, el trabajo empieza con un resumen de los retos para alcanzar el acceso universal. Luego se discute, en mayor profundidad, sobre la necesidad de que los sistemas de atención de las enfermedades crónicas se integren al continuo de atención del VIH, y a la base de recursos humanos y de culturas de atención que esto presupone. Mientras que en muchos países el acceso universal seguirá siendo una meta distante, casi todos los sistemas de salud tienen elementos de buen desempeño que pueden formar la base para iniciar un proceso de redimensionamiento que simultáneamente, también, fortalezca al mismo sistema de salud. El manejo de estas oportunidades presenta desafíos frente a la «gestión», especialmente cuando se le confronta con la multiplicidad de iniciativas y los ritmos de la expansión en muchos países. Concluimos haciendo un resumen de las que consideramos como tareas de gestión, esquematizadas en una matriz de tareas para el fortalecimiento de los sistemas de salud, de corto y largo plazo, micro y macro.

Visión general de los retos de sistema de salud

Actualmente los sistemas públicos de salud, particularmente en el África subsahariana, donde más se necesitan los ARV, están en problemas. Las décadas de crisis económica, ajustes estructurales y el descenso del gasto público han minado severamente, en muchos lugares, la capacidad de abastecimiento de las redes de seguridad de salud más elementales. Son muchas las restricciones para introducir nuevas intervenciones sanitarias en tales escenarios, lo que ha sido descrito de manera comprehensiva por Hanson et al.[12] Incluyen barreras desde el lado de la demanda (capacidad de pago, estigma) para el acceso a los servicios, infraestructura inadecuada para la entrega de servicios, sistemas de reglamentación farmacéutica y de abastecimientos débiles, y la dificultad de gestionar múltiples insumos de los

donantes. El Cuadro 1 resume las restricciones del sistema de salud específicas para el redimensionamiento de los ARV, en línea con el marco propuesto por la OMS en el año 2000.[13] Este marco divide los sistemas de salud en tres objetivos (bondad, justicia y capacidad de respuesta) y en un conjunto de funciones (entregar servicios, crear recursos, financiar y gestionar) necesarios para lograr estos objetivos. Si bien algunos lo ven como la representación estrecha de un sistema de salud o de la expansión[12], sí tiene utilidad como heurística útil para considerar una intervención clásica de entrega de servicios tal como en el caso del tratamiento del VIH.

Obviamente, el financiamiento adecuado es clave en el desafío de la expansión de los ARV. Si bien el financiamiento global para el VIH/SIDA se ha incrementado de manera significativa en los últimos años, los recursos movilizados para el tratamiento siguen quedando cortos para las necesidades,[14] sin hablar de la reconstrucción de los sistemas de salud.[8] Muchos de los fondos nuevos también pasan por alto los mecanismos nacionales establecidos y están en peligro de hacerles sombra en la gestión de la asistencia externa al sector salud, como sucede en los enfoques sectoriales (SWAps, por sus siglas en inglés).[15] Sin embargo, incluso si se pusieran a disposición los fondos adecuados a través de sistemas

Cuadro 1. Definiciones de las dimensiones de los sistemas de salud y los retos del redimensionamiento de la TARGA[a]

Dimensión del sistema de salud	Definición	Reto clave para el redimensionamiento
Objetivos		
Bondad	**Estado de la salud**	Prolongar y asegurar la calidad de vida
Capacidad de respuesta	Grado en el que el sistema de salud cumple con las expectativas de la población sobre cómo ésta desea que la traten	Cambiar la relación paciente - proveedor y las culturas de la entrega de servicios
Justicia	Justicia en la distribución de recursos y en los resultados	Mantener los principios de equidad en el proceso de redimensionamiento.
Funciones		
Entrega de servicios	Qué servicios, entregados por quién y cómo	Construir el acceso a los servicios de salud Reorientar los servicios de atención aguda a crónica
Financiamiento	Fuentes y asignación de fondos para los sistemas de salud	Asegurar el financiamiento sostenible para el tratamiento de VIH Gestionar los múltiples insumos de donantes
Creación de recursos	Recursos humanos, infraestructura de capital, fármacos y otros fungibles e información necesaria para entregar los servicios.	Mejorar la infraestructura de entrega de servicios, particularmente el abastecimiento, calidad, remuneraciones y distribución de los recursos humanos
Gestión	Supervisión general, estableciendo las reglas de juego, reglamentando el uso de los recursos, articulando y recogiendo la información.	Asegurar que los fondos para el tratamiento se conviertan en parte de los enfoques sectoriales Promover el acceso equitativo Asegurar los enfoques estandarizados y coordinados Reglamentar el uso de fármacos. Fortalecer la gestión distrital y otras funciones genéricas del sistema de salud. Promover nuevas culturas organizacionales.

a Adapted from WHO[13]

integrados, los años de inversión insuficiente en la base de recursos de los sistemas de salud -en particular en personas y en infraestructura- han determinado dificultados que no pueden revertirse a corto plazo. Estas dimensiones macro de los sistemas de salud tienen sus contrapartes en un conjunto de desafíos para la entrega de servicios a nivel micro, asociados a la implantación de sistemas de atención de enfermedades crónicas. En las secciones que siguen se hará una elaboración de estos retos.

El reto de la entrega de servicios: la terapia antirretroviral como atención de enfermedad crónica

La terapia antirretroviral, tal como está disponible en la actualidad, es sumamente efectiva pero de manejo complejo. Necesita de un tratamiento de toda la vida con por lo menos tres medicamentos antirretrovirales (terapia triple o terapia antirretroviral de gran actividad, TARGA). Son relativamente comunes la superación de la resistencia al fármaco, seguida por el aumento de la carga viral y el fracaso clínico, incluso con elevados niveles de adhesión al tratamiento.[16] Esto acarrea el constante monitoreo clínico y de laboratorio y el acceso a regímenes de segunda línea. Los efectos secundarios de los fármacos, especialmente en la etapa temprana del tratamiento, ocurren con relativa frecuencia, siendo algunos de estos lo suficientemente peligrosos como para requerir modificaciones al tratamiento. En un escenario de Sudáfrica se halló una mortalidad significativa (hasta 10%) en los primeros meses de tratamiento.[17]

Las experiencias primeras en diversos países en desarrollo han mostrado que estos retos no son insuperables.[1,18] Botswana, un país de ingresos medios, de 1.7 millones de habitantes, con una epidemia de VIH devastadora, ha instituido un programa de acceso universal a los ARV. Hacia abril de 2004, más de 17,000 personas se habían inscrito en el programa y las tasas de adherencia medidas por los resultados tales como cargas virales era alta.[18] Médecins sans Frontières (MSF) tiene proyectos comprehensivos de VIH/SIDA de base distrital, que incluyen terapia antirretroviral, en 25 países.[20] Se están iniciando muchos más programas de tratamiento a través de gobiernos con financiamiento de donantes bilaterales y multilaterales.

Como regla, estos proyectos piloto iniciales han establecido y demostrado un desempeño elevado con respecto al seguimiento, la adhesión y la sobrevivencia. Este desempeño, sin embargo, se sustenta en una base de recursos significativa, que involucra a un recurso humano relativamente complejo, así como a una mezcla de sistemas que producen una amplia gama de actividades. Los programas de tratamiento incluyen al cuerpo médico, a los trabajadores de nivel intermedio (enfermeras o asistentes clínicos), personal de laboratorio, consejeros legos, trabajadores comunitarios de la salud o ayudantes del tratamiento, y gestores de programa (ver el Recuadro 1). En tanto que la experiencia ha demostrado que es posible sistematizar la atención del VIH (incluyendo los ARV) en algoritmos a ser aplicados por trabajadores de nivel intermedio, especialmente en combinación con otros sistemas fuertes de apoyo a la salud pública en el nivel distrital,[1,2] la provisión aún supone la movilización de combinaciones distintas de competencias y en momentos diferentes. Más aún, es más intensiva en trabajo de médicos que otras actividades de atención primaria de salud como, por ejemplo, las inmunizaciones y el cuidado prenatal.

Recuadro 1. Composición del equipo de trabajo en dos proyectos de VIH/SIDA

En Malawi, un proyecto comprehensivo de VIH/SIDA de Médecins sans Frontières (MSF) que atiende al Distrito de Thyolo21 tiene la siguiente combinación de personal:

- 2 doctores
- 1 epidemiólogo
- 5 funcionarios clínicos y 1 asistente médico
- 26 enfermeras (se incluye a las de consejería y las que dan atención basada en la misma comunidad)
- 6 trabajadores extramurales
- 2 administrativos
- 1 técnico de laboratorio

El servicio de cuidado de VIH de MSF y el servicio de ARV en Khayelitsha, Ciudad del Cabo, Sudáfrica requiere la disponibilidad diaria de las siguientes personas en cada punto de entrega de servicios clínicos:

- una enfermera profesional (con formación clínica en atención primaria de salud)
- un doctor a tiempo parcial
- un consejero en adhesión al tratamiento
- un administrativo a tiempo parcial

Fuente: Andrew Boulle, comunicación personal, Proyecto MSF Khayelitsha, 2004

En estos proyectos piloto los ARV también están integrados a un conjunto de actividades clínicas y de extensión de la salud pública que se mueven en un «continuo» de atención, apoyo y a veces prevención, que son gratuitas en el punto de entrega. Central para el éxito de los ARV es la ampliación de la prueba del VIH y la inscripción de personas en los sistemas de seguimiento del cuidado. A su vez, la aplicación voluntaria en gran escala de la prueba de VIH a personas sanas solo ocurrirá en la medida en que se perciba que los proveedores son merecedores de confianza y empáticos. En algunos programas, mucho del éxito de los ARV ha sido atribuido a las actividades en la comunidad que integran a grupos de promoción de los pacientes, ONG o consejeros legos. Dichos actores son importantes intermediarios, estimulan la demanda, reducen las barreras sociales para el ingreso al cuidado y brindan soporte social a las personas, una vez que han sido diagnosticadas y embarcadas en el tratamiento. La naturaleza precisa y la combinación de dicho soporte social, y el grado en que los legos o los proveedores, basados en la comunidad, son voluntarios o reciben una remuneración, varía de lugar a lugar.

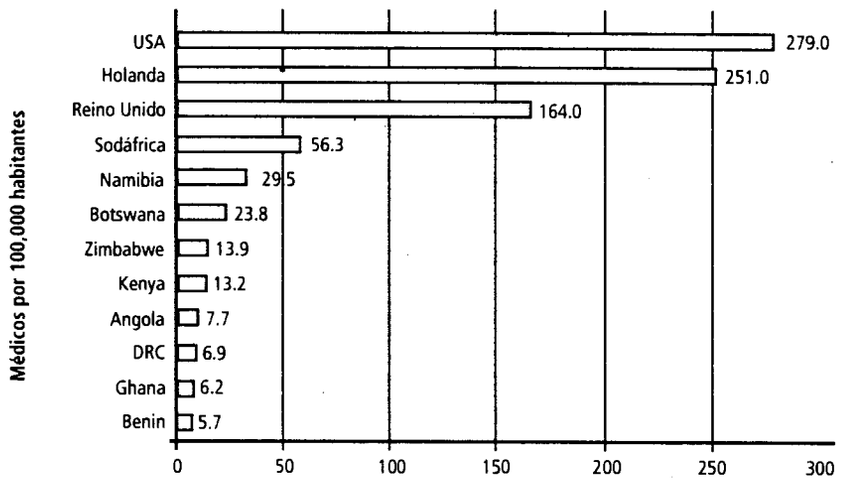
Aunque el tratamiento de VIH puede ser administrado principalmente dentro del sistema de atención primaria de salud, hacer esto de manera efectiva no es simple. Asegurar el tratamiento de por vida, los servicios de salud accesibles y en buen funcionamiento, la gestión de relaciones de referencia, las alianzas con actores no gubernamentales, el monitoreo y la evaluación, y el retiro de muchas barreras al ingreso y a la permanencia en el cuidado, implican todas un nivel superior de capacidad en sistemas y en gestión. Esto hace a los ARV más completos que muchas otras intervenciones en salud.

La analogía más cercana a los ARV en el sistema de salud es la atención de TB. El cuidado del VIH comparte muchas de las características bien conocidas del control de TB, con el problema añadido, en común con las enfermedades crónicas no contagiosas (como la diabetes), de no ser curable y de requerir tratamiento a lo largo de años, no meses. Las experiencias con el control de la TB, notablemente la estrategia DOTS («Directly Observed Therapy, Short Course»), ofrece una base significativa sobre la cual se puede trazar el diseño e implementación del programa. No obstante, los programas de tratamiento del VIH, como se les describió más arriba, se han distanciado del enfoque DOTS en aspectos importantes, específicamente en sus filosofías y enfoques hacia la asociación con los pacientes. Las estrategias han puesto el énfasis en la eliminación de las barreras a la utilización (como, por ejemplo, llevar los fármacos a los pacientes), dar la información a los pacientes y brindar soporte social.[1,2] En estos contextos, a menudo se enmarca la adhesión en discursos centrados en los pacientes y sustentados en los derechos, alrededor del empoderamiento y la participación del paciente, la eliminación de las barreras socioeconómicas, la agencia y la dignidad. Este giro, probablemente el aspecto más complejo en la replicación de programas de ARV exitosos, implica un nuevo tipo de relación o *contrato* (la naturaleza negociada de los derechos, responsabilidades y obligaciones) entre los proveedores y los pacientes. Este contrato se basa en niveles muy elevados de comprensión («alfabetismo del tratamiento») de parte de los usuarios y la provisión de sistemas de soporte al tratamiento; a cambio de ello, los pacientes asumen nuevas responsabilidades –tomando decisiones relativas al cuidado, adhiriendo al tratamiento, pero también participando en actividades comunitarias y de prevención.

Estos modelos de atención de VIH se asemejan más al cuidado de la enfermedad crónica que al control de la TB. Los enfoques contemporáneos de la atención de la enfermedad crónica destaca explícitamente la necesidad de asegurar los recursos adecuados para las tecnologías de intervención (por ejemplo, protocolos y sistemas), así como de construir «equipos informados, motivados e integrados por el personal adecuado» que actúen en asociación con «pacientes informados y empoderados».[22] Si bien ambos son componentes necesarios del conjunto, el foco de la atención en los programas de las enfermedades ha tendido a estar, globalmente, en las tecnologías más que en las relaciones entre la gente, en el «*hardware*» más que en el «*software*» de la entrega de los servicios.[23]

Hay límites hasta los que se puede minimizar, mediante los diseños y protocolos estandarizados, la complejidad de las dimensiones interpersonales y sociales de la atención de la enfermedad crónica. La eliminación de barreras culturales y físicas a la

Gráfico 1. Razón de médicos por 100,000 habitantes en países africanos de ingresos bajos y medianos seleccionados y en países con ingresos altos (1995-1999)



atención, y la creación de culturas organizacionales en las que los proveedores responden a las necesidades de los pacientes son procesos localmente negociados que se articulan en un cierto grado de toma de decisiones local y de habilidades para resolver problemas. Paradójicamente, por lo tanto, la construcción de la capacidad para la atención crónica del VIH/SIDA requiere tanto de la diseminación de las prácticas estandarizadas, por un lado, como del desarrollo de la capacidad local para la toma de decisiones, por el otro, y tiene que ver con la apertura a la innovación al tiempo de asegurar la conformidad con las pautas. Ella precisa de la combinación de procesos jerárquicos de arriba a abajo con mecanismos para facilitar un proceso de aprendizaje fluido desde abajo hacia arriba, moldeado por los actores locales. A su vez, la construcción de la capacidad local requiere poner el foco de manera renovada en el funcionamiento de las estructuras básicas de los sistemas de salud, es decir, la atención primaria de salud y el sistema de salud distrital.

El proyecto de Médecins sans Frontières en Malawi, que brindó la atención comprehensiva del VIH descrita en el Recuadro 1,[21] invirtió en el fortalecimiento del hospital distrital, reclutando externamente personal adicional y subiendo el nivel del laboratorio del hospital local. Mediante negociaciones, el proyecto introdujo un incentivo relacionado con el desempeño para todo el personal distrital para así, manejar las tensiones locales alrededor de los salarios diferenciados del personal gubernamental respecto del personal de las ONG. El proyecto también reclutó a personal nacional de fuera del distrito y se aseguró de que todo el personal de atención de salud tuviera acceso a los ARV. El suministro de fármacos era obtenido y distribuido a través de los mecanismos existentes, en gran medida. Las iniciativas locales como ésta aportan importantes ejemplos del fortalecimiento de los sistemas de salud mediante el VIH/SIDA, especialmente si tienen el apoyo de los procesos nacionales que animan a compartir las lecciones y que dirigen nuevos recursos para replicar tales experiencias en otros lugares. Sin embargo, hablan poco de alcanzar estos efectos en un nivel nacional a través de todo el sistema. El proyecto empleó a 41 nacionales de Malawi, situación que no había sido posible en cada distrito sin alguna acción nacional concertada para incrementar la provisión de recursos humanos. En este país, el reclutamiento llevado a cabo por proyectos de VIH/SIDA no gubernamentales aparece como la razón principal de la pérdida de personal de las instituciones del sector público.

El reto de la creación de recursos

Si bien el grueso de los sistemas de salud contiene ejemplos exitosos de entrega de servicios de TB, enfermedades crónicas y, recientemente, los ARV, la expansión del acceso más allá de estas islas de éxito afronta obstáculos significativos. Ahora se observa que la restricción clave del sistema frente al redimensionamiento del tratamiento del VIH es el abastecimiento inadecuado (y en los hechos, la crisis creciente en el abastecimiento) de trabajadores de salud calificados y motivados.[24-27]

El problema del desarrollo de recursos humanos es multifacético -incluye la oferta, la migración, la distribución, la mezcla de competencias, la remuneración y las dimensiones productivas.[28] A pesar de la perspectiva convencional de que los sectores de salud pública de África están inflados, en cuanto al volumen de personal,[29] la razón del número de trabajadores en los sistemas de salud por habitantes en los países en desarrollo sigue siendo sumamente inferior a la de las naciones industrializadas (Gráfico 1).

Cuando se le mide frente a las necesidades, los vacíos son considerables en los países en desarrollo. Kurowski et al[30] hicieron una estimación de los requerimientos necesarios de recursos humanos para cubrir las necesidades de atención de salud esenciales, incluyendo el tratamiento del VIH, en Tanzania y Chad. Sus estudios de casos indicaron una brecha de 2.7 a 5.4 veces, respectivamente, en el tamaño necesario de la fuerza de trabajo de sector salud (Cuadro 2). También había un desbalance entre el personal no calificado y el calificado.

El gobierno sudafricano calculó que se necesitaría 13,805 nuevos profesionales de la salud (doctores, enfermeras, farmacéuticos, dietistas y consejeros) para el año 2008 para afrontar las metas del Plan Operacional para la Atención Comprehensiva del VIH y la Atención del SIDA.[31] Sin embargo, en 2003 había 52,574 puestos no cubiertos en el sector de la salud pública sudafricano, representando una tasa de vacancia del 31-1%.

Desde una visión temporal, la provisión de profesionales de la salud en la mayoría de los países africanos no siempre ha estado tan limitada como lo está ahora. Luego de un periodo inicial de crecimiento de la oferta, el grueso de los países ha experimentado un descenso consistente en la disponibilidad de recursos humanos. La situación actual es el producto de presiones múltiples a lo largo de varias décadas -reducción de los gastos en los sectores sociales, caídas dramáticas y a veces de la noche a la mañana en los ingresos reales de los profesionales de la salud como consecuencia de la declinación de su «valor social» y de su estatus,[33] menos inversiones en la formación y producción de nuevos cuadros, incapacidad para retener al personal ya calificado, y la infección por VIH.

Mientras que el continente africano ha experimentado por décadas la fuga de talentos, de recursos humanos calificados, la evidencia apunta a un proceso recientemente acelerado de migración internacional, generado por una crisis de recursos humanos (si bien relativa) en los sistemas de salud del norte industrializado.[33] A pesar de la escasez de data y de la falta de medidas estandarizadas que documenten las tendencias migratorias, las indicaciones apuntan a un flujo apabullante de personal de salud que sale de los países en desarrollo. Por ejemplo, casi 500 médicos y más de 1,000 enfermeras de Sudáfrica se registran anualmente en el Consejo Médico General del Reino Unido.[34] Kenya ha perdido a 4,000 enfermeras a favor del Reino Unido y de los EEUU; en Zimbabwe, solo 360 de los 1,200 médicos formados en los años noventa seguían practicando en su país en 2000,[25] y podríamos seguir. Si bien la emigración tradicional de los países ha sido de doctores, el reclutamiento de enfermeras ha superado ahora al de médicos.[34] Las tasas de vacancia en algunos países son sumamente altas, a pesar del número inadecuado de puestos en el Estado; están en el orden de 30 a 40% de los puestos del sector público para el personal profesional.[25,29] Incluso Botswana, un país de ingresos medios capaz de atraer a profesionales de otros países, está en condiciones de cubrir solamente el 78% de los puestos de médicos y el 81% de puestos de enfermería.[3]

La razón agregada de personal de salud a nivel nacional esconde enormes disparidades al interior de los países; la fuga de talentos es tanto un problema interno como internacional. La liberalización del sector privado lucrativo en muchos países y la proliferación de organizaciones no

gubernamentales han posibilitado la salida desde el sector público y de las áreas rurales dentro de los países.[35] Las consecuencias de dichos flujos no se limitan a la escasez, sino que alcanzan a la rápida rotación de personal y a la pérdida de la memoria institucional.Las iniciativas propuestas a lo largo de los años para proteger la base de recursos humanos de los sistemas de salud están pobremente documentadas -es muy poca la literatura que se puede hallar sobre varias décadas de experiencia con cuadros de nivel intermedio (por ejemplo, auxiliares y asistentes) en muchos países.[16] Las mismas respuestas al VIH/SIDA han dado lugar a una gran infraestructura de cuidadores basados en la comunidad y en el hogar, con frecuencia vinculados a organizaciones no gubernamentales. Sustentada principalmente en el voluntariado o en el trabajo semiremunerado, ésta constituye una significativa fuerza de trabajo de facto presente en el sector salud. Por ejemplo, en el año 2002 había un estimado de 30,000 cuidadores basados en la comunidad en África, a los que el gobierno tiene planes de formalizar para incorporarlos en la infraestructura de trabajadores de la comunidad, administrados por las ONG pero con el soporte y bajo la reglamentación del Estado.[37] No se tiene comprensión cabal de la magnitud en que la base de calificaciones existente y emergente de los sistemas de salud puede movilizarse para la atención del VIH.

Los elevados niveles de infección por VIH entre el personal de salud pueden estar contribuyendo a la contracción de la oferta de personal en algunos países.[38] Hacia fines de los años noventa, más del 40% de la pérdida de todas las enfermeras del sector público en Malawi y en Zambia,[29] obedeció a sus muertes, en tanto que en Sudáfrica, en 2002, el 16.3% de los trabajadores de salud estaban infectados con el VIH.[39]

Los trabajadores de salud en muchos países, particularmente los cuadros de nivel inferior, reciben salarios que están por debajo de los niveles de subsistencia. No es extraña la falta de pago de los salarios.[40] Más aún, con las devaluaciones de la moneda y el congelamiento de los salarios impuesto a través de los programas de ajuste estructural, muchos trabajadores de salud han experimentado transformaciones dramáticas en sus ingresos en el curso del tiempo.[25] Una fuerza de trabajo mal remunerada probablemente no será productiva. McPake et al[40] observaron en Uganda que «los niveles de utilización son menores a lo esperado... y la carga laboral está siendo manejada por un puñado de personal complementario que está disponible por uña fracción de la semana laboral». Luego de una evaluación de la disponibilidad y uso del tiempo del personal en sus dos estudios de caso de países, Kurowski et al[30] concluyeron que se podría obtener las mejores ganancias en la oferta de recursos humanos focalizando la atención, en primer lugar, en la mejora de la productividad del personal. Estimaron que la mejora de la productividad aumentaría la oferta de personal en un 26% en Tanzania y en un 35% en Chad.

Culturas de entrega de servicios

Una dimensión menos tangible pero no menos significativa de la crisis de los recursos humanos es la desmoralización y la desmotivación de quienes permanecen en el sistema.[28] Los trabajadores desmotivados se sienten menos inclinados a dirigir sus acciones hacia el logro de objetivos organizacionales y pueden tener menos voluntad para equilibrar la conducta de interés personal con el altruismo y la solidaridad hacia las/los usuarios de los servicios.[41] En muchos sistemas de salud, los trabajadores de salud mal pagados han visto en el sistema el medio para asegurar su propia sobrevivencia en lugar de encontrar en él un camino para la expresión de las normas profesionales y societales de brindar cuidado y de altruismo.[40,42,43]

Mackintosh y Tibandebage describen cómo en un hospital de Tanzania en el que investigaron: «las enfermeras estaban atrapadas entre muchas de las peores presiones del sistema: salarios bajos y declinantes, oportunidades limitadas de avanzar, condiciones laborales deficientes y a menudo peligrosas, y una experiencia de abandono por los doctores formalmente responsables del cuidado del paciente. Este sentimiento de ser objeto de abuso ha completado el círculo, en los casos más serios, de una cultura de abuso de los pacientes» (p.8)[42] El comportamiento depredador hacia el sistema de salud estatal/público, por un lado, y hacia los

pacientes, por el otro, está tan difundido que viene a constituir un conjunto de normas o valores que modelan la práctica cotidiana de los proveedores de cuidados de la salud en muchos sistemas de salud.[43] Las manifestaciones comprenden la práctica casi universal de cobros informales, ilegales, en los países pobres, el uso de las instalaciones públicas para la ganancia privada, el ausentismo, la reventa de fármacos suministrados por el Estado y la negativa a dar la atención de emergencia a menos que se ofrezca pagos.

No obstante que la mejora en la provisión y remuneraciones de los trabajadores de salud es una precondición necesaria para revertir estas normas, no será suficiente por sí sola: «Los problemas de desmoralización y de actitudes negativas son más complejos que el dinero y exigen un programa de rehabilitación multidimensional que incluye medidas tanto «de la zanahoria como del garrote», de estímulo y de sanción.»[44] Por lo tanto, el abuso de pacientes no debe entenderse únicamente como la búsqueda de rentas frente a la pobreza. Esos comportamientos están bien descritos en sistemas de salud en los que los trabajadores de salud reciben salarios que cubren sus necesidades. Por ejemplo, en Sudáfrica frecuentemente se describe a los trabajadores de salud del sector público como duros, faltos de compasión y listos a romper la confidencialidad del paciente. En el contexto del tratamiento del VIH, estas normas arraigadas de entrega de los servicios limitan la capacidad de crear asociaciones terapéuticas individualizadas y centradas en el paciente y sustentadas en los derechos y la equidad entre proveedores y pacientes. Además, la introducción mal planeada y bajo excesivo apremio de nuevos fármacos en dichos ambientes, puede promover incentivos perversos y economías informales alrededor del uso de medicamentos, que minan el acceso y aceleran el desarrollo de la resistencia a los fármacos.

El reto de la gestión

Frente a la abrumadora dificultad, las imágenes convencionales de los servicios públicos en los países en desarrollo, descritas tanto por las instancias normativas como por el público, son típicamente negativas y suelen expresarse en términos fatalistas. No obstante, Mackintosh y Tibandebage hacen una advertencia en contra de la perspectiva demasiado pesimista de los sistemas de salud, y sugieren que las culturas organizacionales son, en realidad, muy variables y abiertas a la influencia. De esta manera, en el mismo contexto de Tanzania, descrito arriba: «diversos establecimientos, contrariamente a lo esperado, estaban brindando atención accesible en condiciones decentes, estirando los recursos efectivamente en beneficio de los usuarios, tratando a los pacientes con respeto» (p. 10).[42] Las reseñas que resumen los problemas confrontados por los sistemas de salud no logran identificar los que pueden ser elementos importantes de resiliencia y funcionalidad *dentro* de los sistemas. Estos dan claves con respecto a las posibilidades de construir sobre las fortalezas existentes. Los factores tales como la calidad del servicio y el liderazgo distrital pueden ser claves de la variación y merecen mayor atención. La justicia en la asignación de oportunidades para la carrera y de capacitación, por ejemplo, suelen ser señales poderosas de las culturas de gestión locales e influir significativamente en la motivación.[24] A través de su discurso y práctica, los líderes y gestores establecen los marcos de lo que es aceptable y lo que es inaceptable en la práctica del sistema de salud. Un liderazgo que les brinda reconocimiento a los servicios, a los distritos o a los puntos del sistema de salud que expresan las normas y valores apropiados, que aboga por ellos y los recompensa, puede formar el punto de partida para influir en las normas y valores de manera más general.

La formación de valores es una parte esencial de la supervisión del sistema de salud a la que se refiere la OMS como «gestión»; el proceso de poner las reglas del juego, determinando no solo el contenido de la política de salud sino también los mecanismos a través de los cuales se implementa la política.[46] Si bien es una función nacional, la gestión efectiva es, al mismo tiempo, una preocupación global en la medida en que las respuestas internacionales a la crisis sanitaria en el África subsahariana a menudo han servido para fragmentar más que para fortalecer la capacidad soberana de los sistemas de salud del país.[9,10]

En un contexto de presiones múltiples – expectativas internacionales y nacionales, proliferación de asistencia de donantes, el peligro

de resistencia a los fármacos y la necesidad de desarrollar capacidades e innovación en todos los niveles del sistema de salud- la gestión nacional apropiada de los programas de tratamiento de VIH no solo es esencial, sino que constituye, asimismo, una tarea altamente estratégica. Tiene que ver con la voluntad de ver que los recursos movilizados para el VIH son una oportunidad para reconstruir los sistemas de salud nacionales, a la vez que se crea la capacidad para responder a la necesidad inmediata de acceder al tratamiento. El desafío puede resumirse como un conjunto de objetivos de corto y de largo plazo, focalizados en el desarrollo de sistemas (incorporados en la noción de atención de la enfermedad crónica) para el tratamiento del VIH, específicamente en los sistemas de salud, de manera más genérica (Cuadro 3).

Los sistemas para el cuidado de la enfermedad crónica incluirían el establecimiento de estándares nacionales (por ejemplo, en los regímenes medicamentosos), el hacer posible el intercambio de experiencias locales y de lecciones aprendidas, la apertura al debate de las relaciones proveedor-pacientes y, a medida que se desenvuelve el proceso de redimensionamiento, el monitoreo de la equidad en el acceso. La gestión efectiva también requiere resistir a la tendencia hacia la verticalización (frecuentemente para alcanzar las metas) de las iniciativas programáticas, y asegurar que el acceso al tratamiento ocurre en la medida de lo posible en la modalidad integrada a través del sistema de salud pública existente. Esto supone la identificación de las oportunidades para construir sobre la base de fortalezas existentes (tales como los enfoques sectoriales) y encontrando formas para incorporar la multiplicidad de actores que están en los márgenes del sistema formal de salud. Puede verse la integración en distintos niveles: en el punto de la entrega de servicios, en la gestión de programas a nivel distrital o local, y en el financiamiento, procura de recursos y monitoreo de los programas a nivel nacional.

Hay un consenso creciente de que una perspectiva de largo plazo en el redimensionamiento de los ARV tiene que abordar la escasez crítica de recursos humanos.[28] Esto debería incluir mínimamente lo siguiente:

- promover la acción internacional en la fuga de talentos;
- a nivel de país (re)invertir en funciones tradicionales de recursos humanos tales como el planeamiento, la producción, la remuneración y la gestión de los proveedores de atención de salud;
- abordar las restricciones macroeconómicas en el empleo y en la remuneración de los proveedores de cuidados de la salud
- evaluar el desempeño de los cuadros existentes desarrollados en el país, tales como trabajadores de nivel intermedio y trabajadores comunitarios de la salud, así como su papel potencial en el redimensionamiento del tratamiento del VIH.

Cuadro 3. Metas de corto y mediano plazo para el fortalecimiento de los sistemas de salud para la expansión del tratamiento

	Metas de corto plazo	Metas de largo plazo
Desarrollar sistemas de atención de enfermedades crónicas para VIH en un continuo de prevención y cuidado	Desarrollar e institucionalizar sistemas de entrega de servicios estandarizados para enfermedades crónicas	Cambiar las culturas de entrega de servicios
	Fortalecer la capacidad de gestión distrital/local	
	Promover el aprendizaje de abajo hacia arriba	
Fortalecer los sistemas de salud	Integrar los servicios de tratamiento de VIH a la entrega de servicios existente	Desarrollar recursos humanos: abastecimiento remuneración y gestión
	Usar el tratamiento de VIH para mejorar los sistemas de salud locales y distritales.	Cambiar las culturas organizacionales y los incentivos
	Integrar las estrategias de tratamiento de VIH dentro del financiamiento nacional, suministro de fármacos y sistemas de monitoreo.	

Conclusiones

Si no se refuerza, o incluso transforman, los sistemas de salud nacionales es difícil ver cómo se logrará de manera sostenible el acceso a los ARV en los países con sistemas de salud débiles. Para ser efectivo, los ARV también requieren ser integrados en un continuo de atención de VIH, la que estará mejor modelada teniendo como base los principios desarrollados en el campo de la atención de enfermedades crónicas. No puede subestimarse la escala de este desafío en países que tienen una epidemia generalizada de VIH. Sin embargo, en tanto que el proceso de expansión de los ARV no puede evitar llamar la atención sobre las debilidades del sistema de salud, ofrece una oportunidad para, en primer lugar, reafirmar un enfoque coherente con los sistemas de salud nacionales y, en segundo lugar, para garantizar que los fondos movilizados para el acceso al tratamiento se orienten hacia los objetivos de largo plazo, y no únicamente a las metas de acceso de corto plazo.

Agradecimientos

Este artículo se basa en una monografía más amplia preparada para la Global Health Policy Research Network (PRN), financiada por la Bill and Melinda Gates Foundation y alojada en el Center for Global Development, Washington, DC. La monografía está disponible en http://www.wits.ac.za/chp

Traducción: Sandra Vallenas

Referencias

1. Farmer P, Leandre F, Mukherjee J, et al. Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy). Bulletin of World Health Organization 2001;79(12):1145-51.
2. Kasper T, Coetzee D, Louis F, et al. Demystifying antiretroviral therapy in resource-poor settings. Essential Drugs Monitor 2003; 32:20-1.
3. Joint Learning Initiative. Human Resources for Health and Development: A Joint Learning Initiative. New York Rockefeller Foundation, 2003.
4. Nunn P, Harries A, Godfrey-Fausset P, et al. The research agenda for improving health policy, systems performance and service delivery for tuberculosis control: a WHO perspective. Bulletin of World Health Organization 2002;80: 471-76.
5. Bryce J, el Arifeen S, Pariyo G, et al. Multi-country evaluation of IMCI Study Group. Reducing child mortality: can public health deliver? Lancet 2003; 362:159-64.
6. Lush L, Cleland J, Walt G, et al. Integrating reproductive health: myth and ideology. Bulletin of World Health Organization 1999;77:771-77.
7. Wemos Foundation. Good intentions with side-effects: Information on Global Public-Private Initiatives in Health. Amsterdam Wemos Foundation, 2004.
8. McCoy D, Chopra M, Loewenson R, et al. Expanding access to antiretroviral therapy in sub- Saharan Africa: avoiding the pitfalls and dangers; capitalizing on opportunities. American Journal of Public Health 2005; 95(1):18-22.
9. Saunders DM, Chopra M. ConfrontingAfrica's health crisis: more of the same will not be enough [Education and Debate]. BMJ 2005;331:755-8.
10. Loewenson R, McCoy D. Access to antiretroviral treatment in Africa [Editorial]. BMJ 2004; 328:241-42.
11. World Health Organization. Health and the Millennium Development Goals. Geneva WHO, 2005.
12. Hanson K, Ranson KM, Oliveira-Cruz V, et al. Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding constraints to scaling up. Journal of International Development 2003;15:1-14.
13. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva WHO, 2000.
14. Rosen S, Sanne I, Collier A, et al. Rationing antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Africa: choices and consequences (Policy Forum). Public Library of Science Medicine 2005;2(11):e303. At: bhttp://medicine.plosjournals.org
15. Cassels A. A Guide to Sector-Wide Approaches for Health Development: Concepts, Issues and Working Arrangements. Geneva World Health Organization, 1997.
16. Singh N, Berman SM, Swindells S, et al. Adherence of human immunodeficiency virus-infected patients to antiretroviral therapy. Clinical Infectious Diseases 1999; 29(4):824-30.
17. Coetzee D, Hildebrand K, Boulle A, et al. Outcomes after two

years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha, South Africa. AIDS 2004;18: 887-95.
18. Coetzee D, Boulle A, Hildebrand K, et al. Promoting adherence to antiretroviral therapy: the experience from a primary care setting in Khayelitsha, South Africa. AIDS 2004;18(Suppl.3): S27-31.
19. MASA Antiretroviral Therapy. Access for All: The Masa Programme - providing all
1. Batswana with access to care and treatment. Vol.9, June/July 2004.
20. Médecins sans Frontières.
2. H Schneider et al / Reproductive Health Matters 2006;14(27):12-23 Antiretroviral Therapy in Primary Health Care: Experience of the Chiradzulu Programme in Malawi Case Study. Briefing Document. Malawi MSF, 2004.
21. Kemp J, Aitken JM, Le Grand S, et al. Equity in health sector responses to HIV/AIDS in Malawi. Discussion Paper 5. Harare Equinet, 2003.
22. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. Journal of the American Medical Association 2002;288:1909-14.
23. Blaauw D, Gilson L, Penn-Kekana L, et al. Organisational relationships and the "software" of health sector reform. Background paper. Disease Control Priorities Project. At: bwww.fic.nih.gov/dcpp/
24. Hongoro C, McPake B. Human resources in health: putting the right agenda back to front [Editorial]. Tropical Medicine and International Health 2003; 8:965-6.
25. Liese B, Blanchet N, Dussault G. The Human Resource Crisis in Health Services in Sub-Saharan Africa. Background paper. Washington DC World Bank, 2003.
26. Kober K, van Damme W. Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job? Lancet 2004;364(9428):103-07.
27. Chen L. Hanvoravongchai HIV/AIDS and human resources [Editorial]. Bulletin of World Health Organization 2005;83(4): 243-44.
28. Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. Lancet 2004;364:1984-90.
29. USAID. The Health Sector Human Resource Crisis in Africa: An Issues Paper. Washington DC USAID, AED, SARA, 2003.
30. Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, et al. Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries. Case studies from Tanzania and Chad. Report to the Department for International Development. London LSHTM, IDRC, STI, 2004.
31. South African Department of Health. Operational Plan for Comprehensive HIV and AIDS Care, Management and Treatment for South Africa. Pretoria Department of Health, November 2003.
32. Padarath A, Ntuli A, Burthiaume L. Human resources. In: Ijumab PI, Day C, Ntuli A, editors. South African Health Review 2003-04. Durban Health Systems Trust, 2004.
33. Marchal B, Kegels G. Health workforce imbalance in terms of globalization: brain drain or professional mobility. International Journal of Health Planning and Management 2003;18(Suppl.1):S89-S101.
34. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, et al. Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. Human Resources for Health 2003;1(1):8. At: bhttp://www.human-resources-health.com/
35. Padarath A, Chamberlain C, McCoy D, et al. Health personnel in southern Africa: confronting maldistribution and brain drain. Equinet Discussion Paper No.3. Zimbabwe: Equinet, Health Systems Trust, MEDACT, (undated).
36. Dovlo D. Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. Human Resources for Health 2004;2:7. At: bhttp:// www.humanresources-health.com/
37. Friedman I. CHWs and Community Care-givers: Towards a Unified Model of Practice. In: Ijumba P, Barron P, editors. South African Health Review 2005. Durban Health Systems Trust, 2005.
38. Tawfik L, Kinoti S. The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector in Sub-Saharan Africa: the Issue of Human Resources. Washington DC SARA, AED, USAID, 2002.
39. Shisana O, Hall E, Maluleke KR, et al. The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector: National Survey of Health Personnel, Ambulatory and Hospitalised Patients and Health Facilities, 2002. Pretoria7 Human Sciences Research Council, Medical University of South Africa, Medical Research Council, 2002.
40. McPake B, Asiimwe D, Mwesigye F, et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility. Social Science and Medicine 1999;49:849-65.

41. Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. Social Science and Medicine 2002;54:1255-1266.
42. Mackintosh M, Tibandebage P. Sustainable redistribution with health care markets? Rethinking regulatory intervention in the Tanzanian context. Discussion Papers in Economics No.23. Milton Keynes Open University, 2000.
43. Van Lerberghe W, Conceiçao C, Van Damme W, Ferrinho P. When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. Bulletin of World Health Organization 2002;80(7): 581-84.
44. Segall M. District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas. International Journal of Health Planning and Management 2003;18(Suppl.1):S5-26.
45. Gilson L, Palmer N, Schneider H. Trust and health worker performance: exploring a conceptual framework using South African evidence. Social Science and Medicine 2005;61: 1418-29.
46. Travis P, Egger D, Davies P, et al. Towards Better Stewardship: Concepts and Critical Issues. In: Murray CJL, Evans DB, editors. Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism. Geneva WHO, 2003.

PEP BONET/ PANOS PICTURES

Voluntarias de Médicos sin Fronteras, Zambia 2005

© 2006 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2006; 14(27): 40–50
0968-8080/06 $ - see front matter
PII: S096 8- 80 80 (06) 27225-2

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Implicancias de la escasez de profesionales de salud materna en el África Subsahariana

Nancy Gerein,[a] Andrew Green,[b] Stephen Pearson[c]

[a] Conferencista (Nuffield Centre for International Health and Development, Institute of Health Sciences and Public Health Research, Universidad de Leeds, Leeds, Gran Bretaña. Correo electrónico: n.gerein@leeds.ac.uk
[b] Profesor, Nuffield Centre for International Health and Development
[c] Investigador Principal, Nuffield Centre for International Health and Development

Resumen: Este articulo trata de la escasez de obstetrices, enfermeras y médicos de salud materna y servicios de salud general en el África subsahariana, y la distribución no equitativa de profesionales de salud materna entre zonas geográficas y los establecimientos de salud. La escasez de estos profesionales disminuye el número de hospitales equipados para ofrecer cuidados obstétricos de emergencia las 24 horas del día y está relacionada en gran medida con la calidad de la atención y las tasas de mortalidad materna. Algunos países están experimentando una reducción de su población activa debido a la emigración y a las enfermedades relacionadas con el VIH. Otro aspecto es la mudanza del sector público hacia el privado, y a las organizaciones de salud y desarrollo internacional. La disponibilidad de obstetrices capacitadas y de cuidados obstétricos de emergencia podría reducirse debido a la falta de personal, particularmente en las zonas rurales pobres. La actual población activa podría experimentar mayores cargas de trabajo e insatisfacción en él, y verse obligada a realizar tareas para las cuales no está capacitada. Si los gobiernos y los colaboradores de desarrollo están verdaderamente comprometidos a lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio respecto a la salud materna, se necesitarán muchos profesionales con habilidades en obstetricia. La escasez aquí mencionada debe tratarse como parte de la política general de recursos humanos. Para garantizar equidad y fortalecer la función del Estado, será necesario reformular las reformas del sector salud y las políticas de desarrollo macroeconómico. *© 2006 Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.*

Palabras clave: *salud materna, recursos humanos, obstetrices, rotación de personal y agotamiento, África.*

El África subsahariana continúa siendo la región con la mayor tasa de problemas de salud materna. A pesar que la incertidumbre asociada con la medición confiable de la mortalidad materna hace difícil la identificación de tendencias y comparaciones entre países dentro del África subsahariana, los niveles absolutos de problemas de salud materna se mantienen altos en comparación con otras regiones[1], siendo el rango de las tasas de muertes maternas de alrededor de 24 (Mauricio) a 2,000 (Sierra Leona) muertes por cada 100,000 nacidos vivos[2].

Las causas de la mortalidad y morbilidad materna son bien conocidas, y resultan principalmente de la inhabilidad del sistema de salud para manejar efectivamente las complicaciones, especialmente durante o poco después del parto.[3] La disponibilidad de proveedores de salud entrenados (particularmente obstetrices, enfermeras, médicos y ginecoobstetras) es crítica para poder asegurar servicios prenatales, de parto, de emergencias obstétricas y posnatales de calidad. De hecho, es difícil que se cumpla con el Objetivo de Desarrollo del Milenio con respecto a la salud materna si no se presta atención al

reclutamiento y retención de los profesionales de salud.[4]

El presente artículo está centrado en el África subsahariana, una región que tiene muchos problemas de salud materna, y donde se considera que la situación del empleo en salud está en crisis. Se ha tomado una visión sistémica de los problemas del empleo, en especial en relación con el potencial para el uso de enfoques políticos y gerenciales innovadores en la búsqueda de soluciones. También consideramos el impacto del VIH/SIDA y las circunstancias económicas en el daño ocasionado por la «fuga de cerebros», así como algunas de las fuerzas macroeconómicas y políticas del desarrollo que afectan a los recursos humanos para la atención de salud.

En primer lugar, revisamos la evidencia de la escasez y mala distribución actual de los profesionales de salud materna. En segundo lugar, consideramos la manera en la que la escasez de profesionales de salud puede afectar la salud materna, a través de dos procesos interrelacionados: los efectos en los recursos humanos existentes y los efectos en la atención de salud materna. El artículo concluye con una discusión de las acciones necesarias para mejorar la gerencia de recursos humanos y asegurar que las mujeres (en especial en las zonas rurales empobrecidas) tengan acceso a una atención materna de calidad. Este artículo también indica la manera en la que la escasez produce efectos más amplios en la atención de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA.

La evidencia presentada se obtuvo de búsquedas en bases bibliográficas, reportes y artículos no publicados, sitios web y consultas con expertos internacionales. Dado que la búsqueda se concentró en literatura de lengua inglesa, la evidencia presentada puede sobrerrepresentar a los países angloparlantes del África. Los autores también utilizaron su experiencia en investigación de sistemas de salud, consultorías y docencia, además de lo aprendido de profesionales de salud africanos que están realizando estudios de posgrado en el Nuffield Centre for International Health and Development, de la Universidad de Leeds, (Gran Bretaña).

Los problemas de la mano de obra en salud materna: escasez, mala distribución, migración y VIH/SIDA.

Los problemas de la mano de obra de salud en el África subsahariana han recibido mucha atención recientemente.[5-7] En este acápite revisamos brevemente la literatura correspondiente con especial énfasis en los proveedores de servicios de salud materna. La integridad, el detalle desagregado y la comparabilidad de los números y flujos de recursos humanos en esta región presentan dificultades para la identificación de patrones y tendencias.[8] La identificación de escasez también requiere una estimación de la mezcla de habilidades, la distribución, y las normas de contratación de personal/paciente que están sujetas a debate.[5] «Escasez» es un término relativo: los Estados Unidos de América reportan una escasez de personal de enfermería teniendo un ratio de 773 profesionales de enfermería por cada 100,000 personas, del mismo modo lo hace Uganda que tiene un ratio de 6 profesionales de enfermería por cada 100, 000 personas.[6]

Los estimados de cuántos doctores, enfermeras y obstetrices son necesarios para proveer las intervenciones de salud esenciales relacionadas con las Metas de Desarrollo del Milenio en el África subsahariana, varían en rango de 1-1.4 millones.[5-9] Al proyectar necesidades futuras la OMS estimó que en el África subsahariana es necesario cubrir una escasez sustancial de profesionales con habilidades de obstetricia, para así poder incrementar la cobertura universal de la salud materna, del recién nacido y del niño.[3] Un estudio partió de los niveles del año 2002 y estimó que el número de proveedores en Tanzania tendría que duplicarse para 2007 y triplicarse para 2015, mientras que en Chad, el número de proveedores tendría que incrementarse nueve veces para 2015.[10] Las brechas más grandes entre requerimiento y disponibilidad de personal se dieron con relación a los profesionales de enfermería y obstetricia.

Las tasas de vacancia en puestos relacionados a los servicios de salud materna podrían brindar otra medida de la escasez, sin embargo, se encontraron pocos estimados publicados (y es posible que éstos ni siquiera estén disponibles en los ministerios de

salud). La falta de estos datos obstaculiza la planificación para la educación, reclutamiento y colocación de esos trabajadores. Encontramos algunas tasas de vacancia para todos los puestos en salud en el sector público (Tabla1); sin embargo, esos datos deben interpretarse cuidadosamente dado que reflejan las presiones sobre los sistemas de salud (incluidas las presiones económicas) más que las necesidades de salud, y además no son específicas a la salud materna.[6]

¿Por qué existe la escasez? El número de profesionales de salud materna empleados en el sector de salud pública de un país será afectado en cualquier momento por:

- entradas: provenientes de entrenamiento, inmigración y empleo en otro sectores
- estatus de empleo: empleado, desempleado o económicamente inactivo
- salidas: ocasionadas por muerte, discapacidad, retiro, emigración, o hacia empleo en otros sectores.

La relativa importancia de estos factores variará a través del tiempo, por sistema de salud y por área geográfica. Un tema del flujo de entrada que ha recibido atención en las comparaciones internacionales es el entrenamiento de proveedores entrenados para la atención del parto. En algunos países africanos (y en otros) la obstetricia es la única calificación que se requiere; en otros se necesita adicionalmente un año o dos de entrenamiento en obstetricia luego de haber concluido la calificación de enfermería, lo que corresponde además con un salario mayor.[7] Sin embargo, muchas enfermeras-obstetrices trabajan en enfermería y no obstetricia. Los costos financieros y de oportunidad del entrenamiento difieren considerablemente en estos dos modelos; sin embargo, la evidencia para apoyar decisiones sobre la duración óptima y los contenidos del entrenamiento previo al servicio, es muy débil.[3]

Tabla 1. Tasas de vacancia de puestos en el sector público, países seleccionados

	Enfermeras	Médicos	Año
Ghana	57%	47%	2000 [11]
Lesotho	48%	8%	1998 [12]*
Malawi	47%	36%	1998 [12,13]
Namibia	3%	26%	1998 [12]
Zimbabwe	40%	55%	2004 [14]

Existen dos factores que están agotando el número de profesionales de salud en el África subsahariana: el VIH-SIDA y la emigración. La mala salud debido al VIH-SIDA entre profesionales de salud es mayor en los países de África que tienen los niveles más altos de tasas de prevalencia de VIH en la población adulta. La emigración se ha acelerado recientemente en países como Malawi, Nigeria, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe. Por ejemplo, entre 1998-1999 y 2003-2004, el número de enfermeras-obstetrices provenientes de Ghana que se registraron para trabajar en Gran Bretaña aumentó de 40 a 354; las enfermeras-obstetrices de Zambia aumentaron de 15 a 169, y las de Sudáfrica de 599 a 1,689.[15] Para poner estos números en contexto hay que tomar en cuenta que el número de enfermeras registradas que se graduaron en esos países fueron 257 en Ghana (2002),[7] 220 en Zambia (2003),[7] y 1,538 en Sudáfrica (2002).[16]*

El impacto de la emigración varía según la cantidad de mano de obra existente y los flujos de entrada (entrenamiento e inmigración) de profesionales hacia el sector salud. Los países que tienen mano de obra y flujos de entrada relativamente pequeños, como Malawi (Tabla 2) pueden ser afectados desproporcionadamente por los flujos de salida. La Tabla 2 indica otra característica evidente en la literatura: la mano de obra de salud materna más calificada tiene más posibilidades de buscar empleo internacionalmente.

*Los números correspondientes a profesionales de enfermería y obstetricia no están disponibles por separado y por lo tanto aparecen combinados. Generalmente se requiere que los proveedores de salud se registren con una organización profesional en el país de recepción cuando se busca empleo, de esta manera se puede acceder a datos sobre la emigración. Sin embargo no todos los países de recepción recogen o publican los datos de registro por país de nacimiento del solicitante (o nacionalidad del solicitante), y no todos los que se registran en un país de recepción migran efectivamente y asumen trabajos allí.

[3] Nota de la traductora: Las Enfermeras Enroladas son aquellas que no han pasado un examen de certificación especial. Esta división existe en muchos países que han sido colonias británicas.

Tabla 2. Egreso total y número de profesionales emigrando, Malawi, 1993-2002 17

Tipo de profesional	Total de graduados	Número emigrante	% del total
Ginecobstetras	5	1	20%
Médicos generales	164	14	9%
Obstetrices	209	166	79%
Enfermeras Registradas	445	167	38%
Enfermeras Enroladas	1,200	19	2%

Sin embargo, la distribución de los recursos humanos entre áreas geográficas y servicios de salud es tan importante como el número total de profesionales de salud materna. El patrón general es la existencia de una proporción más alta de profesionales de salud por población en zonas urbanas, de mayores ingresos y en servicios de tercer nivel; y a la vez números reducidos de personal en servicios rurales, pobres y servicios de salud primaria.[6,7,18] Para la mayor parte de la población los servicios de salud primaria son más accesibles que los hospitales, son más numerosos, están distribuidos más ampliamente y son más baratos. En general, éstos emplean enfermeras y obstetrices, que proveen cuidado materno básico y dan referencias a servicios de mayor nivel, así como otros servicios de prevención de la mortalidad, como por ejemplo planificación familiar, y (en algunos casos) aborto seguro.

Otra característica de algunos de los países africanos es el movimiento de los profesionales de salud de los servicios públicos al sector privado (con fines de lucro o sin fines de lucro),[19] y a organizaciones de desarrollo internacional, de salud y de investigación.[20] El impacto del movimiento del sector público al sector privado en la salud materna varía, dependiendo del tipo de servicios que ofrecen los proveedores privados, así como de su localización, costo, y vínculos con otro tipo de atención de salud. La evidencia de Sudáfrica sugiere que la sobre medicalización entre proveedores privados (por ejemplo, las altas tasas de cesáreas) pueden constituir un problema, pero también se encontró una calidad más alta en el cuidado prenatal.[19] Dado que el 75% de los especialistas sudafricanos trabajan en el sector privado es importante preguntarse sobre la calidad de los servicios disponibles para las mujeres que dan a luz en el sector público.

Las razones por las que los profesionales de salud materna están emigrando del África subsahariana son bien conocidas.[20,21] Las gradientes de empleo interrelacionadas en las que operan los factores de «abandono» y «permanencia» incluyen:

- el salario, la seguridad social y los beneficios
- la satisfacción con el trabajo,
- el ambiente organizacional y las oportunidades profesionales, y
- la disponibilidad de recursos (infraestructura, equipos y suministros).[11]

Estas gradientes operan dentro de un contexto político, económico y sociocultural. La guerra, el malestar civil y el deterioro económico pueden convertirse en factores de abandono (por ejemplo, el reciente flujo de salidas de profesionales de salud provenientes de Zimbabwe).[22] Existe un factor cuyo efecto es más es el del financiamiento internacional. Desde los años 90 la política del desarrollo hace énfasis en la estabilidad económica, los ajustes, y las reformas del sector salud. La privatización, los sistemas pagados por el usuario, y los sistemas de reducción de la mano de obra han coincidido con el incremento de la emigración de los profesionales de salud. Estos cambios en la política no han prestado suficiente atención a los temas de recursos humanos, y han ayudado a debilitar la moral del proveedor de salud y el ethos del servicio público, trayendo serias consecuencias para los sistemas de salud,[19] y originando llamados para una evaluación explícita del impacto de las reformas sobre los recursos humanos.[23]

¿Se ha visto afectada la emigración por el VIH/SIDA? En los países del África subsahariana, que tienen una alta prevalencia de VIH, la percepción de la existencia de un riesgo mayor al normal de una infección de VIH puede ser sustancial, y en general es mayor que el riesgo real.[20,24] Se desconoce si es que este riesgo percibido alto, en conjunción con el contacto con sangre y fluidos corporales que se da durante el parto puede hacer que la obstetricia sea una profesión menos popular, impedir que algunos

profesionales asistan en los partos o promover las intenciones de emigrar hacia países con niveles menores de prevalencia de VIH en el entorno laboral.[7]

Sin embargo, la pandemia sí tiene otros efectos más claros. Una alta proporción de los trabajadores de salud, 18 a 41% en muchos países subsaharianos, viven con VIH/SIDA.[25] El ausentismo resultante del agotamiento por una carga de trabajo excesiva relacionada con el VIH/SIDA también puede ser sustancial.[6] En el cuidado materno esto se da por el dramático incremento de enfermedades y muertes maternas relacionadas con causas directas (por ejemplo, complicaciones obstétricas) e indirectas (como malaria, tuberculosis).[26] La necesidad de incrementar el tratamiento antirretroviral puede alejar al personal de los servicios básicos como salud materna, y alejarlos del servicio público hacia organizaciones no gubernamentales, que proveen la mayor parte de los programas antirretrovirales. En general, el incremento en la necesidad de tratamiento antirretroviral y de cuidado intensificado para mujeres con enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA, unidos a la reducción de la posibilidad de proveer ese cuidado en un contexto en el que los profesionales de salud están emigrando, moviéndose al sector privado, cuidando de miembros de familia con VIH/SIDA o enfermándose ellos mismos, originan una enorme tensión en el sistema de salud, incluyendo los servicios de salud materna.

Implicancias de la escasez de profesionales de salud en la salud materna

¿Cuál es la relación entre los diferentes niveles de empleo, otros temas de recursos humanos, el acceso a los servicios, la calidad de la atención de salud materna y los resultados finales en la salud materna? Esta es una pregunta muy difícil de responder dada la falta de evidencia de la conexión entre estos temas, especialmente en países de bajos ingresos.

Un análisis de regresión de los datos de 117 países encontró que las densidades de médicos, personal de enfermería y personal de obstetricia estaban relacionadas significativamente con las tasas de mortalidad materna, al controlarse el ingreso per cápita, el nivel de instrucción de las mujeres y la pobreza absoluta.[27] Este estudio también sugirió que una mezcla apropiada de habilidades y el trabajo en equipo para asegurar un parto seguro eran factores importantes en la disminución de la mortalidad materna. Los datos epidemiológicos han demostrado que la proporción de nacimientos atendidos por médicos versus los atendidos por personal de obstetricia «están fuertemente correlacionadas con la mortalidad materna, lo que enfatiza la importancia de las alianzas entre proveedores» (p.124).[28] Esos resultados sugieren que más que centrarse en la presencia de personal capacitado (generalmente de obstetricia) para todos los partos, es importante enfatizar el acceso al cuidado obstétrico de emergencia (proveído principalmente por médicos). Es importante notar, sin embargo, que los análisis multivariados se debilitan por la presencia de varios factores no medidos; por ejemplo, la calificación profesional no significa necesariamente que el proveedor verdaderamente posee las habilidades necesarias, y el ambiente de trabajo puede o no ser una ayuda, por ejemplo, tener infraestructura, medicamentos y equipamiento adecuados.

A pesar de que este tipo de análisis multivariado a nivel nacional no demuestra mecanismos causales, sí sugiere la existencia de dos tipos de efectos interrelacionados a través de los cuales la escasez de profesionales afecta la salud materna:

- los efectos en la mano de obra existente, causada por los factores de abandono asociados con la pérdida de personal, y
- los efectos en la atención de salud materna, incluyendo la restricción de la disponibilidad y acceso a los servicios, y a la reducción de la calidad y el volumen de los servicios.

Efectos de la escasez de personal en la mano de obra existente

«Muchos servicios de salud básica ni siquiera tienen una obstetriz, así que todos los pacientes vienen al hospital (nivel terciario) y la carga de trabajo se ha incrementado en los últimos años. Uno puede ver a las obstetrices sudando la gota gorda; ni siquiera pueden tomarse una taza de té». (Oficial principal de enfermería, hospital terciario, Gambia).[29]

Los profesionales de salud dan mucha importancia a la satisfacción que se deriva del proveer atención de buena calidad, que es un motivador intrínseco de la dedicación al trabajo y un fuerte determinante de la satisfacción del paciente con la atención en general.[30] Trabajar en un ambiente con una pérdida creciente de empleados y escasez de personal puede reducir la satisfacción en el trabajo. Las oportunidades para la interacción y el apoyo entre colegas, que se identifican como algo que contribuye a la satisfacción laboral, son restringidas.[31] El trabajo en equipo es un componente esencial de una atención materna de alta calidad, la pérdida de miembros del equipo también puede reducir la satisfacción laboral y bajar la moral.[32] El incremento de la carga de trabajo y las expectativas cambiantes sobre el rol del trabajador, pueden incrementar los niveles de estrés, fatiga y agotamiento emocional, lo que comprometen tanto la calidad como la seguridad de la atención. Asimismo, es posible que el personal necesite trabajar tiempo extra sin remuneración para poder completar su trabajo hasta un nivel personalmente satisfactorio. Existe menos flexibilidad para tomar descansos pagados o no pagados, o para participar en actividades de desarrollo y entrenamiento profesional, lo que trae efectos tanto para la calidad de la atención y para las oportunidades de desarrollo profesional.[33] La inhabilidad continuada para proveer atención de calidad puede contribuir a la falta de satisfacción laboral, al estrés, a la desmotivación y a las intenciones de búsqueda de otros empleos, creando así un ciclo vicioso de pérdida de personal.

Es más, es posible que el personal existente tenga que asumir nuevos roles que se encuentran fuera de su ámbito usual o que son inapropiados para su nivel de experiencia. La sustitución de tareas sin intención y sin apoyo como una respuesta de emergencia a la escasez de personal, probablemente reducirá la calidad de la atención. Existen ejemplos de obstetrices y enfermeras que proveen cuidados obstétricos de emergencia en zonas rurales remotas donde no hay médicos,[34] y hay reportes anecdóticos de personal sin entrenamiento que tiene que atender partos.[35] Se dan casos en los que los asistentes de mantenimiento de piso, la familia y los acompañantes deben encargarse del cuidado básico de los pacientes (bañar, alimentar y trasladar) debido a la escasez de personal.[29, 35]

Sin embargo, la sustitución de tareas intencional y con apoyo, o el mejoramiento de los roles y habilidades de un cuadro de menor nivel, si son cuidadosamente planificados y manejadas, pueden incrementar la eficiencia y la calidad de los servicios. Varios países, (por ejemplo, Burkina Faso, Malawi, Mozambique, Tanzania y Zambia) usan profesionales de nivel medio para manejar servicios clínicos, incluyendo complicaciones obstétricas y cesáreas. La producción anual de estos trabajadores puede ser equivalente o exceder la producción de los médicos.[36] A pesar de la poca disponibilidad de estudios al respecto, las comparaciones de procedimientos quirúrgicos y cesáreas realizadas por médicos y sus substitutos, en Mozambique, sugieren que con una supervisión y apoyo adecuados, las decisiones clínicas y los resultados de los sustitutos pueden ser tan buenas como los del personal profesional.[37,38]

El volumen de las renuncias de profesionales de salud dificulta que los gerentes puedan mantener un nivel de personal y de calidad adecuados.[20] Por ejemplo, entre 1998 y 2003, 57 enfermeras registradas abandonaron el principal hospital de enseñanza de Gambia, contribuyendo así a una tasa de vacancia del 33% en 2003. En el mismo periodo, alrededor de 223 enfermeras registradas se graduaron en ese país. Por lo tanto, el equivalente de un cuarto de los graduados de enfermería del país abandonó un solo hospital.[29] De los que se fueron, el 63% de ellos, es decir 36, no respetó el periodo de notificación requerido y algunos no dieron notificación en absoluto. Cuando se trabaja bajo las reglas burocráticas de la gestión pública los gerentes de recursos humanos tienen problemas para reclutar personal, inclusive temporal, de manera rápida. En un contexto de escasez generalizada es posible que los gerentes ni siquiera se tomen el trabajo de publicar avisos de búsqueda de personal para lugares poco deseables, debido a la dificultad para cubrir el puesto.[32] Los costos financieros y otros asociados con una alta rotación de personal y de reclutamiento generan tensión en los presupuestos y en la capacidad gerencial

Muchos países han descentralizado las responsabilidades del reclutamiento de personal a

niveles más bajos del sistema de salud; sin embargo, la capacidad gerencial necesaria requiere de tiempo y recursos para poder desarrollarse. Un ejemplo de los efectos de una gerencia inadecuada de recursos humanos y atención a la motivación del proveedor de salud viene de Sudáfrica, donde se documentó el abuso verbal y físico de las mujeres en las unidades obstétricas.[39] Por último, la naturaleza de los flujos migratorios significa que unas pocas renuncias pueden acelerar la pérdida general de profesionales. El personal que permanece puede ver que es posible encontrar un nuevo empleo y puede aprender de la experiencia, o seguir la misma ruta, de aquellos que se fueron.

Implicancias de la escasez de profesionales de salud en la salud materna

¿Cuál es la relación entre los diferentes niveles de empleo, otros temas de recursos humanos, el acceso a los servicios, la calidad de la atención de salud materna y los resultados finales en la salud materna? Esta es una pregunta muy difícil de responder dada la falta de evidencia de la conexión entre estos temas, especialmente en países de bajos ingresos.

Un análisis de regresión de los datos de 117 países encontró que las densidades de médicos, personal de enfermería y personal de obstetricia estaban relacionadas significativamente con las tasas de mortalidad materna, al controlarse el ingreso per cápita, el nivel de instrucción de las mujeres y la pobreza absoluta.[27] Este estudio también sugirió que una mezcla apropiada de habilidades y el trabajo en equipo para asegurar un parto seguro eran factores importantes en la disminución de la mortalidad materna. Los datos epidemiológicos han demostrado que la proporción de nacimientos atendidos por médicos versus los atendidos por personal de obstetricia «están fuertemente correlacionadas con la mortalidad materna, lo que enfatiza la importancia de las alianzas entre proveedores» (p.124)[28] Esos resultados sugieren que más que centrarse en la presencia de personal capacitado (generalmente de obstetricia) para todos los partos, es importante enfatizar el acceso al cuidado obstétrico de emergencia (proveído principalmente por médicos). Es importante notar, sin embargo, que los análisis multivariados se debilitan por la presencia de varios factores no medidos; por ejemplo, la calificación profesional no significa necesariamente que el proveedor verdaderamente posee las habilidades necesarias, y el ambiente de trabajo puede o no ser una ayuda, por ejemplo, tener infraestructura, medicamentos y equipamiento adecuados.

A pesar de que este tipo de análisis multivariado a nivel nacional no demuestra mecanismos causales, sí sugiere la existencia de dos tipos de efectos interrelacionados a través de los cuales la escasez de profesionales afecta la salud materna:

- los efectos en la mano de obra existente, causada por los factores de abandono asociados con la pérdida de personal, y
- los efectos en la atención de salud materna, incluyendo la restricción de la disponibilidad y acceso a los servicios, y a la reducción de la calidad y el volumen de los servicios.

Efectos de la escasez de personal en la mano de obra existente

«Muchos servicios de salud básica ni siquiera tienen una obstetriz, así que todos los pacientes vienen al hospital (nivel terciario) y la carga de trabajo se ha incrementado en los últimos años. Uno puede ver a las obstetrices sudando la gota gorda; ni siquiera pueden tomarse una taza de té». (Oficial principal de enfermería, hospital terciario, Gambia).[29]

Los profesionales de salud dan mucha importancia a la satisfacción que se deriva del proveer atención de buena calidad, que es un motivador intrínseco de la dedicación al trabajo y un fuerte determinante de la satisfacción del paciente con la atención en general.[30] Trabajar en un ambiente con una pérdida creciente de empleados y escasez de personal puede reducir la satisfacción en el trabajo. Las oportunidades para la interacción y el apoyo entre colegas, que se identifican como algo que contribuye a la satisfacción laboral, son restringidas.[31] El trabajo en equipo es un componente esencial de una atención materna de alta calidad, la pérdida de miembros del equipo también puede reducir la satisfacción laboral y bajar la moral.[32] El incremento de la carga de trabajo y las expectativas cambiantes sobre el rol del

trabajador, pueden incrementar los niveles de estrés, fatiga y agotamiento emocional, lo que comprometen tanto la calidad como la seguridad de la atención. Asimismo, es posible que el personal necesite trabajar tiempo extra sin remuneración para poder completar su trabajo hasta un nivel personalmente satisfactorio. Existe menos flexibilidad para tomar descansos pagados o no pagados, o para participar en actividades de desarrollo y entrenamiento profesional, lo que trae efectos tanto para la calidad de la atención y para las oportunidades de desarrollo profesional.[33] La inhabilidad continuada para proveer atención de calidad puede contribuir a la falta de satisfacción laboral, al estrés, a la desmotivación y a las intenciones de búsqueda de otros empleos, creando así un ciclo vicioso de pérdida de personal.

Es más, es posible que el personal existente tenga que asumir nuevos roles que se encuentran fuera de su ámbito usual o que son inapropiados para su nivel de experiencia. La sustitución de tareas sin intención y sin apoyo como una respuesta de emergencia a la escasez de personal, probablemente reducirá la calidad de la atención. Existen ejemplos de obstetrices y enfermeras que proveen cuidados obstétricos de emergencia en zonas rurales remotas donde no hay médicos,[34] y hay reportes anecdóticos de personal sin entrenamiento que tiene que atender partos.[35] Se dan casos en los que los asistentes de mantenimiento de piso, la familia y los acompañantes deben encargarse del cuidado básico de los pacientes (bañar, alimentar y trasladar) debido a la escasez de personal.[29, 35]

Sin embargo, la sustitución de tareas intencional y con apoyo, o el mejoramiento de los roles y habilidades de un cuadro de menor nivel, si son cuidadosamente planificados y manejadas, pueden incrementar la eficiencia y la calidad de los servicios. Varios países, (por ejemplo, Burkina Faso, Malawi, Mozambique, Tanzania y Zambia) usan profesionales de nivel medio para manejar servicios clínicos, incluyendo complicaciones obstétricas y cesáreas. La producción anual de estos trabajadores puede ser equivalente o exceder la producción de los médicos.[36] A pesar de la poca disponibilidad de estudios al respecto, las comparaciones de procedimientos quirúrgicos y cesáreas realizadas por médicos y sus substitutos, en Mozambique, sugieren que con una supervisión y apoyo adecuados, las decisiones clínicas y los resultados de los sustitutos pueden ser tan buenas como los del personal profesional.[37,38]

El volumen de las renuncias de profesionales de salud dificulta que los gerentes puedan mantener un nivel de personal y de calidad adecuados.[20] Por ejemplo, entre 1998 y 2003, 57 enfermeras registradas abandonaron el principal hospital de enseñanza de Gambia, contribuyendo así a una tasa de vacancia del 33% en 2003. En el mismo periodo, alrededor de 223 enfermeras registradas se graduaron en ese país. Por lo tanto, el equivalente de un cuarto de los graduados de enfermería del país abandonó un solo hospital.[29] De los que se fueron, el 63% de ellos, es decir 36, no respetó el periodo de notificación requerido y algunos no dieron notificación en absoluto. Cuando se trabaja bajo las reglas burocráticas de la gestión pública los gerentes de recursos humanos tienen problemas para reclutar personal, inclusive temporal, de manera rápida. En un contexto de escasez generalizada es posible que los gerentes ni siquiera se tomen el trabajo de publicar avisos de búsqueda de personal para lugares poco deseables, debido a la dificultad para cubrir el puesto.[32] Los costos financieros y otros asociados con una alta rotación de personal y de reclutamiento generan tensión en los presupuestos y en la capacidad gerencial

Muchos países han descentralizado las responsabilidades del reclutamiento de personal a niveles más bajos del sistema de salud; sin embargo, la capacidad gerencial necesaria requiere de tiempo y recursos para poder desarrollarse. Un ejemplo de los efectos de una gerencia inadecuada de recursos humanos y atención a la motivación del proveedor de salud viene de Sudáfrica, donde se documentó el abuso verbal y físico de las mujeres en las unidades obstétricas.[39] Por último, la naturaleza de los flujos migratorios significa que unas pocas renuncias pueden acelerar la pérdida general de profesionales. El personal que permanece puede ver que es posible encontrar un nuevo empleo y puede aprender de la experiencia, o seguir la misma ruta, de aquellos que se fueron.

Los efectos de la escasez en la atención materna

«En el trabajo siempre hay escasez de personal. Este hospital tiene mucho trabajo. Tenemos alrededor de 80 partos en 24 horas. Así que se puede imaginar cómo me manejo con un grupo raquítico de personal. No ha sido fácil. Uno no puede satisfacer a los clientes. Porque si hay largas colas estás peleándote tratando de atender la cola y no tienes tiempo de hablar con tu cliente, de aconsejarla... Así que no satisfaces a la cliente y tampoco te satisfaces a ti mismo. También estás frustrado. La cola es muy larga. Te pones irritable. No quiere escuchar a nadie hablando. Entonces también frustras al empleador porque no provees un servicio de calidad». (Enfermera, hospital urbano, Kenia)[40]

¿Cuál es la relación entre la escasez de personal y la calidad de atención al paciente? La mayor parte de la evidencia viene de sistemas de salud de países con altos ingresos, y generalmente apoya la asociación intuitiva entre escasez y calidad de atención reducida. Una revisión de lo que se consideran cantidades «seguras» de personal de enfermería sugieren una relación inversa entre los números de enfermeras registradas empleadas y la mortalidad en los pacientes, y además que el estrés del trabajo (incluyendo el sobre tiempo) tiene efectos adversos en términos de lesiones y enfermedades en el personal, pero efectos menos claros del estrés sobre los resultados en los pacientes.[41] Una Revisión Cochrane de la atención del parto mostró que la presencia continuada de una persona de apoyo reducía la necesidad de medicamentos para el dolor y promocionaba un parto activo, y llevaba a una mejor condición en el recién nacido.[42] Un estudio británico reportó que la escasez y mala distribución del personal de obstetricia conducen a que ocurran eventos adversos como daños personales y situaciones de riesgo de muerte, así como a demoras en la realización de cesáreas de emergencia, las que afortunadamente no resultaron en daños a la madre o al niño.[43]

Sin embargo, existen muy pocas investigaciones publicadas sobre los efectos de la escasez de personal en la calidad de atención, particularmente en lo que se refiere a salud materna en el África subsahariana. En la actualidad, las iniciativas de maternidad segura se centran en dos estrategias interrelacionadas: la presencia de proveedores capacitados durante el parto y la atención obstétrica de emergencia. Ambas estrategias necesitan de un ambiente adecuado, lo que incluye el equipamiento pertinente, suministros, sistemas de referencia, entrenamiento de recursos humanos, y supervisión y gerencia efectivos.[3]

Una evaluación de necesidades de cinco países de África resaltó la manera en la que la escasez de profesionales de salud reducía el número de servicios equipados para ofrecer cuidado obstétrico de emergencia (básico y completo), y el número de servicios que podían permanecer abiertos las 24 horas del día.[44] Como era de esperar, la cobertura era mucho peor en las zonas rurales y aisladas. Algunos servicios contactaban profesionales de salud para que respondan a emergencias fuera de hora, pero la efectividad de esta práctica depende de la infraestructura comunicativa y de la distancia entre el servicio y la residencia del profesional. En Tanzania se encontró que el principal determinante del uso de los servicios de emergencias obstétricas era la disponibilidad de personal calificado, así como otros factores de motivación del personal, disponibilidad de equipos y medicamentos, además de capacidad gerencial.[18]

Otros mecanismos a través de los cuales la escasez de personal puede devenir en reducción de calidad del servicio incluyen:

- **El incremento de la carga de trabajo**
  Las tasas de enfermera-paciente reportadas en Malawi de 1:120 en los pisos generales, de 1:50 en los de maternidad y pediatría, [35] de 1:26 en neonatal y de 1:51 en pacientes de ginecología [45], fueron percibidas por los profesionales como muy bajas para la atención segura del paciente. Un estudio de la fluctuación en las cargas de trabajo de médicos, farmacéuticos, obstetrices y enfermeras, realizado en Zimbabwe de 1995-2000, encontró que la carga de trabajo de las obstetrices de un policlínico (centro de salud primario) casi se duplicó en el lapso de tres años.[20]

- **El incremento en el tiempo de espera**
  Como mínimo, el incremento del tiempo de espera reduce la satisfacción del paciente (lo que

lleva a disminución en la utilización del servicio), pero en una emergencia obstétrica puede causar demoras que resulten en muerte, enfermedad o discapacidad para la madre y el niño.

- **Tiempo reducido por paciente**
  La inhabilidad de las enfermeras de monitorear cercanamente la condición de pacientes con enfermedades agudas y de reaccionar de manera rápida, han sido asociados con una mortalidad más alta.[46]

- **Débil control de las infecciones**
  Existe una ausencia de evidencia de la prevalencia y causas de las infecciones posparto en las mujeres del África subsahariana. Sin embargo, los recién nacidos son muy vulnerables a las infecciones y las muertes causadas por infección comúnmente se reportan. En 2005, un episodio de infección en un hospital sudafricano resultó en 21 muertes neonatales, algunos factores contribuyentes que se citaron fueron las altas tasas de camas ocupadas, la débil prevención de infección, la escasez de personal y la fuertes cargas de trabajo del personal.[47]

Los resultados fatales de tales mecanismos son demostrados en Malawi. Un hospital de cada 10 está cercano a la clausura debido a su falta de personal; en algunos, la escasez de obstetrices resulta en la atención del parto por parte del personal de limpieza. En las áreas rurales, una obstetriz puede tener que manejar un centro de salud completo las 24 horas del día, siete días a la semana.[3] El declive de la calidad atención y del uso de los servicios de salud para el parto, y el incremento de las muertes maternas de VIH/SIDA, han resultado en el dramático deterioro de la salud materna a lo largo de la década pasada.[3]

Existen otros efectos indirectos que también pueden reducir la calidad del cuidado materno. La pérdida de «memoria institucional» debido a una alta rotación de personal resulta en la duplicación del trabajo y el despilfarro de recursos. Esto es especialmente relevante para los programas de rápida evolución como los de salud reproductiva, VIH/SIDA, y tuberculosis, en los que las estrategias deben ser reinventadas y reenseñadas debido a la pérdida de personal clave y la resultante pérdida de continuidad. La emigración de los académicos y del personal supervisor experimentado también lleva a deficiencias en el apego profesional y en la supervisión de los nuevos graduados o dentro de los institutos de entrenamiento. Por ejemplo, en el hospital central Ndola de Zambia, en 2003 solo el 32% del personal docente comisionado a la escuela de enfermería y obstetricia estaba en su lugar.[48]

En general, la pérdida de liderazgo profesional es una gran preocupación. El Consejo Internacional de Enfermeras considera que el desarrollo de líderes es un apoyo crucial para el mejoramiento de los aspectos clínicos y gerenciales de la utilización de las habilidades de las enfermeras, y provee ayuda a las asociaciones nacionales de enfermeras de muchos países para desarrollar capacidades en el manejo de recursos humanos.[6] Los consejos de enfermería, obstetricia y de medicoobstetras, y las organizaciones, tienen roles claves en la abogacía y el desarrollo de políticas y pueden verse debilitados por la pérdida de líderes profesionales, aunque sea de unos cuantos. Los académicos y gerentes experimentados pueden entrenar y acompañar a la nueva generación de profesionales, hacer investigación para guiar políticas de salud y de recursos humanos, y contribuir al desarrollo del sector salud en general. Sin embargo, tales líderes nunca son numerosos y pueden ser los más «exportables» de los profesionales de salud.

Implicancias en las políticas

«La disponibilidad de recursos humanos adecuados es... central para cualquier intento en gran escala de incrementar el alcance de los sistemas salud. Es más, la disponibilidad de recursos humanos probablemente determina la capacidad de absorción de recursos financieros adicionales y por ello el ritmo del crecimiento».[10]

A lo largo de la próxima década, se necesitará producir 334,000 y actualizar a 140,000 profesionales de obstetricia a nivel global.[3] Adicionalmente, 27,000 doctores y técnicos necesitarán aprender las habilidades necesarias para apoyar el cuidado materno y del recién nacido. La OMS estima que se necesitarán US$ 91 billones para incrementar los servicios de madre y niño; asimismo, estima que sería necesario duplicar o triplicar los

salarios para reclutar y mantener al personal.[3] Estas cifras son impresionantes. La posibilidad de encontrar tales recursos es incierta. Incrementar los salarios de los trabajadores de salud del sector público, excluyendo los de otros sectores y profesiones, sería política y económicamente muy difícil.[49] Inclusive si los países en vías de desarrollo incrementaran su mano de obra, los gastos en salud aún tienen que encajar dentro de las proyecciones de crecimiento económico y los requerimientos de sostenibilidad fiscal.[50]

La escasez e inadecuada distribución de profesionales de salud en el África subsahariana no es un fenómeno nuevo, en algunos lugares los gerentes, trabajadores de salud, y las comunidades lo perciben como «algo normal».[51] Sin embargo, en los últimos cinco años algunos sistemas de salud han perdido muchos más profesionales de salud materna, específicamente debido a la emigración y a los problemas de salud relacionados con el VIH. Esto afecta desproporcionadamente a las mujeres pobres y rurales, quienes se ven obligadas a recibir servicios de personal con sobre trabajo y subcalificado, de practicantes tradicionales no calificados, o de costosos servicios privados.

Globalmente, la mortalidad materna ha descendido significativamente desde los años ochenta. Este logro está fuertemente asociado con la atención del parto por personal calificado, lo cual se ha incrementado del 42% aproximadamente, al 52% en los países en vías de desarrollo.[1] Los partos por cesárea (que son un indicador de acceso a la atención para las complicaciones obstétricas críticas en áreas de poco acceso a la atención de salud) se incrementaron del 2% al 14% en Asia y África. Sin embargo, en el África subsahariana, han ocurrido pocos cambios en la atención por personal calificado (del 40% al 43%), el parto por cesárea se incrementó solamente del 3% al 4% a lo largo de la década, y la mortalidad materna sigue siendo la más alta en el mundo, 920 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.[1]

¿Qué se necesita para mejorar la salud materna? Una respuesta simple es: asegurar que todas las mujeres reciban atención calificada durante el embarazo, parto y puerperio. Pero, ¿cómo puede hacer el sistema de salud para proveer servicios y asegurar altos niveles de uso del mismo? Evidentemente, es necesario asegurar un número y distribución adecuada de profesionales de salud; sin embargo, esto no es suficiente. El personal debe proveer servicios de calidad: es decir atención interesada que hace al servicio más atractivo a las comunidades y las madres; y además una atención adecuada a los estándares profesionales. A pesar de que el presente artículo se ha enfocado en la disponibilidad de personal y servicios para el embarazo, parto y puerperio, otros servicios también son críticos para la reducción de la mortalidad materna. Por ejemplo, las obstetrices y enfermeras que proveen servicios de planificación familiar, aborto seguro y atención posaborto, especialmente en los niveles de cuidado primario, son responsables por la reducción de aproximadamente 13% de las muertes maternas a nivel mundial ocasionadas por abortos inseguros.[3]

Por otro lado, está emergiendo más evidencia de la interrelación existente entre la satisfacción con el trabajo, la retención del personal, los niveles de empleo, la mezcla de habilidades, las buenas prácticas de gerencia de recursos humanos, la calidad de atención de salud y los resultados positivos en la atención en salud. Las culturas organizacionales que incorporan prácticas laborales flexibles, que permiten al personal combinar compromisos laborales y no laborales son especialmente útiles para los proveedores de salud materna, muchos de los cuales son mujeres. La toma de decisiones participativa, el trabajo en equipo, las oportunidades de desarrollo profesional, y el reconocimiento y salario adecuados son bienvenidos por todo tipo de personal, pero son especialmente importantes para las obstetrices y enfermeras en sistemas de salud dominados por médicos. Todos estos factores están asociados con menor rotación de personal, un incremento en la satisfacción laboral y mejores resultados de la atención en salud. Para reducir los factores de «abandono» en la migración, se deben diseñar estas prácticas para contextos y mercados de trabajo locales; un enfoque de «una talla sirve para todos» no va a funcionar, ni siquiera dentro de un mismo país.

Las estrategias para reducir la pérdida de personal y volver a atraer a los que ya se fueron, son más factibles y más fáciles de implementar a niveles

distritales y en servicios específicos. Por ejemplo, en Ghana y Gambia los gerentes pueden proveer incentivos financieros (préstamos hipotecarios suaves o bonificación por sobre tiempo), permitir trabajo tiempo parcial y horarios de trabajo flexibles para enfermeras y obstetrices, contratar personal retirado, y pagar a estudiantes de enfermería y obstetricia para trabajar durante sus vacaciones.[29, 33] Finalmente, lo que determina la habilidad de los gerentes para responder rápidamente y de manera adecuada a los problemas de recursos humanos es el entorno político; por ejemplo, los hospitales autónomos y sistemas de salud descentralizados tienen más flexibilidad al responder a los problemas de recursos humanos. Asimismo, es crítico que estos tengan la capacidad gerencial para hacerlo. Dado que en algunos países es probable que la pérdida de personal de salud continúe (si es que no se incrementa) en el corto plazo, es importante que tanto los gerentes de recursos humanos como los de atención materna cooperen para determinar cómo mejorar la gerencia de personal y obtener un buen rendimiento en este complejo entorno.

A nivel nacional las respuestas de los gobiernos a la escasez de los y las profesionales de salud generalmente incluyen acciones como, por ejemplo, la negociación de la reducción del reclutamiento por países con mayores ingresos; una mejor planificación de la mano de obra; la revisión de la legislación para permitir que proveedores de nivel medio puedan practicar procedimientos que están restringidos solo a los proveedores médicos; el incremento del flujo de entrada a través del entrenamiento, y el fomento del apego entre los graduados para trabajar en el sector público (y algunas veces en zonas rurales) por un periodo determinado. El incremento del flujo de entrada de mano de obra a través del entrenamiento es fundamental e importante; sin embargo, es costoso, toma tiempo, y depende del incremento del número de docentes. Algunos sistemas de salud están siendo más flexibles en el reclutamiento de personal principiante, por ejemplo, aceptando a adultos mayores, seleccionando principiantes de áreas difíciles y entrenándolos localmente con la esperanza de que permanezcan en sus lugares de origen, o reconociendo calificaciones auxiliares como parte del entrenamiento profesional.

En general, las implicancias de la escasez y la inadecuada distribución de profesionales de salud materna en el África subsahariana en la salud y equidad, no ha sido bien documentada. Existe poca información confiable sobre el número de profesionales de salud que están abandonando el sistema, y mucho menos sobre las implicancias del acceso a, y la calidad de, la atención de salud materna. Los costos económicos del abandono de personal son por lo general desconocidos, y el costo-efectividad de los diferentes modelos de entrenamiento de enfermería y obstetricia y del desarrollo de diferentes mezclas de habilidades no ha sido evaluada. Uno de los grandes forados en la base de evidencias está en las evaluaciones de las intervenciones para manejar los problemas de escasez e inadecuada distribución de recursos humanos, y de las intervenciones para mantener la accesibilidad y la calidad de la atención de salud materna en este contexto. Sin esta evidencia, la sociedad civil, las organizaciones profesionales, los gobiernos nacionales y los socios del desarrollo encuentran dificultades en la promoción efectiva de las repuestas requeridas.

Si los gobiernos y los socios del desarrollo realmente se toman con seriedad en la necesidad de alcanzar el Objetivo del Desarrollo del Milenio con relación a la salud materna y la protección de los derechos reproductivos de las mujeres, necesitan prestar más atención a la resolución de los problemas de escasez de profesionales de salud materna, y en general a los problemas de políticas de recursos humanos en el África subsahariana. La Organización Mundial de la Salud está posicionada para lograr el liderazgo internacional en este tema, y el enfoque del Informe Mundial de Salud de 2006 sobre la mano de obra en salud, refleja el incremento de su preocupación al respecto. Los programas de asistencia para el desarrollo de los países ricos recién están comenzando a desarrollar respuestas, por ejemplo, a través de la provisión de fondos recurrentes para los gastos en salarios, la expansión de los programas de entrenamiento, el apoyo para los profesionales de salud que trabajan en países en vías de desarrollo, o al permitir a los emigrantes compartir de manera temporal sus habilidades en

sus países de origen sin poner en peligro su estatus inmigratorio.

Fundamentalmente, se necesita repensar las reformas del sector salud y las políticas generales de desarrollo macroeconómico, para poder reenfocarlas sobre la equidad, la participación de los pobres y el reforzamiento del rol del Estado. Los problemas de los países de bajos ingresos están frecuentemente relacionados a los problemas en países más ricos, y en este caso el fracaso de los países más ricos de producir un número suficiente de profesionales de salud para sus propias poblaciones está afectando seriamente a los países de bajos ingresos. Finalmente, se debe reconocer que el tema fundamental que subyace a la migración de profesionales de salud de regiones y países pobres a regiones y países más ricos, a la inequidad en el acceso a la salud, y a los resultados desiguales de la atención de salud, es la vasta e injustificada diferencia de riqueza entre los pocos países ricos y muchos países pobres.

Traducción: Lucía Guerra

Referencias

1. AbouZahr C. Assessing Trends in Maternal Mortality. Geneva: Global Forum for Health Research, 2003 At: <http://Www.Globalforumhealth.Org//Forum7/CDRomForum7/Tuesday/InvestingAbouFull.Doc>. Accessed 6 January 2006.
2. World Health Organization, UNICEF, UNFPA. Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Geneva: WHO, 2004.
3. World Health Organization. The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count. Geneva: WHO, 2005.
4. Wyss K. An approach to classifying human resources constraints to attaining health-related Millennium Development Goals. Human Resources for Health 2004;2(1).
5. Joint Learning Initiative. Human Resources for Health: Overcoming the Crisis. Cambridge MA: The President and Fellows of Harvard College, 2004.
6. Buchan J, Calman L. The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions. Geneva: International Council of Nurses, 2004.
7. Munjanja OK, Kibuka S, Dovlo D. The Nursing Workforce in Sub-Saharan Africa. Geneva: International Council of Nurses, 2005.
8. Diallo K. Data on the migration of health-care workers: sources, uses, and challenges. Bulletin of World Health Organization 2004;82(8):601-07.
9. Kurowski C. Scope, Characteristics and Policy Implications of the Health Worker Shortage in Low-Income Countries of Sub-Saharan Africa. Washington DC: World Bank, 2004.
10. Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, et al. Human Resources for Health: Requirements and Availability in the Context of Scaling Up Priority Interventions in Low-Income Countries. Case Studies From Tanzania and Chad, HEFP Working Paper 01/ 04. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2004. p.5.
11. Dovlo D. The Brain Drain and Retention of Health Professionals in Africa. A Case Study. Paper Presented at: Regional Training Conference on Improving Tertiary Education in Sub Saharan Africa: the Things That Work! Accra, 23-25 September. 2003.
12. Dovlo D. Report on Issues Affecting the Mobility and Retention of Health Workers/ Professionals in Commonwealth African States. London: Commonwealth Secretariat, 1999.
13. Mackintosh LS. A study identifying factors affecting retention of midwives in Malawi. Dissertation, Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine, 2003.
14. Brain drain haunts health sector. The Herald (Zimbabwe). 29 April 2005.
15. Nursing and Midwifery Council. Statistical Analysis of the Register, 1 April 2003 to 31 March 2004. London: Nursing and Midwifery Council, 2004.
16. Africa Working Group of the JLI on Human Resources. The Health Workforce in Africa: Challenges and Prospects. Cambridge MA: Global Health Trust, 2004.
17. Malawi Institute of Management. The Migration of Health Workers in the African Region: the Malawi Scenario. Lilongwe: University of Malawi, 2003.

18. Olsen EO, Ndeki SS, Norheim OF. Human resources for emergency obstetric care in northern Tanzania: distribution of quantity or quality? Human Resources for Health 2005;3(5).
19. UN Millennium Project. Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children. London: Earthscan, 2005. p.18.
20. Awases M, Gbary A, Nyoni J, et al. Migration of Health Professionals in Six Countries: a Synthesis Report. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa, 2004.
21. Vujicic M, Zurn P, Diallo K, et al. The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. Human Resources for Health 2004;2(1).
22. Chikanda A. Medical Leave: The Exodus of Health Professionals from Zimbabwe. Cape Town: Southern African Migration Project, 2005.
23. Van Lerberghe W, Adams O, Ferrinho P. Human resources impact assessment. Bulletin of World Health Organization 2002;80(7) :525.
24. Hall EJ. The challenges HIV/AIDS poses to nurses in their work environment. In: Centre for Health Policy, editor. HW/AIDS in the Workplace: Symposium Proceedings Johannesburg: University of the Witwatersrand, 2004. p.109-22.
25. Narasimhan V, Brown H, Pablos-Mendez A, et al. Responding to the global human resources crisis. Lancet 2004;363 (9419): 1469-72.
26. McIntyre J. Maternal health and HIV. Reproductive Health Matters 2005;13(25):129-35.
27. Anand S, Barnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. Lancet 2004;364(94450): 1603-09.
28. Graham W, Bell JS, Bullough CHW. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? In: Van Lerberghe W, De Brouwere V, editors. Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence. Antwerp: ITGPress, 2001.
29. Jagne MM. Human resource issues affecting nurses in Royal Victoria Teaching Hospital, Gambia: what can be done? Dissertation, Leeds: University of Leeds, 2004.
30. Baumann A, O'Brien-Pallas LL. Commitment and Care: The Benefits of a Healthy Workplace for Nurses, their Patients and the System. Ottawa: Canadian Health Service Research Foundation, 2001.
31. Hall EJ. Nursing attrition and the work environment in South African health facilities. Curationis 2004;27(4):28-36.
32. Xaba J, Phillips G. Understanding Nurse Emigration: Final Report. Pretoria: Trade Union Research Project, 2001.
33. Al-Hassan MM. The causes and effects of international migration of health professionals: the case of nurses at the Korle-Bu Teaching Hospital in Ghana. Dissertation, Leeds: University of Leeds, 2004.
34. Pearson L, Shoo R. Availability and use of emergency obstetric services: Kenya, Rwanda, Southern Sudan, and Uganda. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005;88(2):208-15.
35. Aitken JM, Kemp J. HW/AIDS, Equity and Health Sector Personnel in Southern Africa. Equinet Discussion Paper No 12. Harare: Equinet, 2003.
36. Dovlo D. Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. Human Resources for Health 2004;2(1).
37. Vaz F, Bergstrom S, Vaz ML, et al. Training medical assistants for surgery. Bulletin of World Health Organization 1999;77(8): 688-91.
38. Pereira C, Bugalho A, Bergstrom S, et al. A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1996;103(6): 508-12.
39. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. Social Science and Medicine 1998;47(11): 1781-95.
40. Van Eyck K. Women and International Migration in the Health Sector. Ferney-Voltaire: Public Services International, 2004. p.18.
41. Kovner C. The impact of staffing and the organization of work on patient outcomes and health care workers in health care organizations. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2001;27(9):458-68.
42. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, et al. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003;3:CD003766.
43. Ashcroft B, Elstein M, Boreham N, et al. Prospective semi-structured observational study to identify risk attributable to staff deployment, training, and updating opportunities for

midwives. BMJ 2003;327(7415): 584-86.
44. UNFPA. Making Safe Motherhood a Reality in West Africa. Using Indicators to Programme for Results. New York: UNFPA, 2003.
45. Dugger CW. An exodus of African nurses puts infants and the iii in peril. New York Times 12 July 2004, p.A6-A7.
46. Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. Medical Care 1994;32(8):771-87.
47. Sturm AW. Analysis of Klebsiella Outbreak in Neonatal Nursery at Mahatma Ghandi Hospital. Pietermaritzburg: Kwazulu-Natal Department of Health, 2005.
48. Ammassari S. Migration and Development: New Strategic Outlooks and Practical Ways Forward. The Cases of Angola and Zambia. Geneva: International Organization for Migration, 2005.
49. Green A, Gerein N. Exclusion, inequity and health system development: the critical emphases for maternal, neonatal and child health. Bulletin of World Health Organization 2005;83(6):402.
50. High Level Forum on Health MDGs. Addressing Africa's Health Workforce Crisis: an Avenue for Action. Abuja: WHO, 2004.
51. Department of Health. Saving Mothers: Report on the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in South Africa 1998. Pretoria: Department of Health, 1999.

© 2006 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2006; 14(27): 61–72
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S096 8- 8080 (06) 2722 9-x

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

La implementación de la formación en la atención obstétrica de emergencia en Bangladesh: lecciones aprendidas

Mohammad Tajul Islam,[a] Yasmin Ali Haque,[b] Rachel Waxman,[c] Abdul Bayes Bhuiyan[d]

[a] Consultora, UNFPA Bangladesh, Dhaka, Bangladesh. Correo electrónico: abc_taj@yahoo.com
[b] Coordinadora de Programa Principal, United Nations Children's Fund, Colombo, Sri Lanka
[c] Oficial de Implementación de Programa, Averting Maternal Death and Disability Programme, Heilbrunn Department for Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, Nueva York, NY, EEUU
[d] Punto Focal, Skilled Birth Attendant Training, Obstetrical and Gynaecological Society of Bangladesh, Dhaka, Bangladesh

Resumen: *El objetivo del proyecto Derecho de las Mujeres a la Vida y la Salud era disminuir las tasas de morbimortalidad materna en Bangladesh mediante la provisión de cuidados obstétricos de emergencia (COE) integrales en los hospitales de distrito y subdistrito. El desarrollo de recursos humanos fue una de las actividades principales. En este artículo se describe el proyecto de 2000-2004 y las lecciones aprendidas. Se revisaron los documentos del proyecto, base de datos, informes y protocolos de capacitación. Los funcionarios médicos, enfermeras, administradores y técnicos recibieron capacitación en los ocho hospitales de las facultades de medicina del país. Para ello, se usaron currículos aceptados nacionalmente. En 2003, se lanzó un curso de 17 semanas de duración de capacitación basada en competencia para funcionarios médicos y enfermeras. En 1999, debido a la falta de personal capacitado y de equipo necesario, los COE integrales eran proporcionados en tan solo tres hospitales de subdistrito; los COE básicos en 33. En 2004, 105 de los 120 hospitales de subdistrito eran funcionales para los COE, 70 con COE integrales y 35 con COE básicos, mientras que 53 de 59 de los hospitales distritales estaban proporcionando COE integrales comparado con 35 en 1999. Para lograr los objetivos planteados se necesitará la ampliación de la capacitación basada en competencia, incentivos innovadores para retener al personal capacitado, protocolos basados en evidencia para estandarizar la práctica y mejorar la calidad de la atención, y la continua participación de las partes interesadas clave, especialmente los capacitadores.* ©*2006 Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.*

Palabras clave: *formación de proveedores de servicios, recursos humanos, cuidados obstétricos de emergencia, Bangladesh.*

La mortalidad materna es inaceptablemente elevada en Bangladesh, donde se estima que anualmente mueren 16,000 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto.[1-4] La disponibilidad y el acceso a los cuidados obstétricos de emergencia (COE) son esenciales para salvar las vidas de las mujeres cuando se presentan complicaciones.[5]

Las primeras iniciativas en Bangladesh para fLr los COE fueron asumidas entre 1993 y 1998 por el gobierno en 86 hospitales subdistritales en 10 distritos, bajo la Dirección General de Servicios de Salud, a través de la implementación del Proyecto de Mejoramiento Funcional de Atención de Salud Materna y Neonatal[6] y el Proyecto Piloto Thana de Mejoramiento Funcional. Desde 1993, el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) ha venido apoyando las actividades para fortalecer 64 centros de bienestar materno y del niño para COE, bajo la Dirección General de Planificación Familiar.[7] Además,

entre 1994 y 1998, la Sociedad Obstétrica y Ginecológica de Bangladesh, con el apoyo de UNICEF, mejoró los COE en 11 hospitales distritales como experiencias piloto, expandiendo subsecuentemente el proyecto a otros distritos. La intervención en estos proyectos incluyó la renovación de las unidades de maternidad y los teatros de operación, el abastecimiento de equipos y drogas, y el desarrollo de recursos humanos. Las actividades de desarrollo de los recursos humanos incluyeron la formación en servicio de funcionarios médicos en obstetricia y anestesia, de enfermeras en obstetricia, y técnicos de laboratorio en el campo de transfusiones sanguíneas seguras.

Los servicios obstétricos en los hospitales distritales, particularmente el tratamiento de las complicaciones, dependen principalmente de consultores que cuentan con un posgrado en obstetricia. Para las intervenciones quirúrgicas también se requiere a los consultores en anestesia. Los consultores generalmente no están disponibles en los hospitales subdistritales, limitando de esta manera la posibilidad de intervenir en la mayoría de casos que precisan de cuidados obstétricos de emergencia. Los funcionarios médicos, que son los únicos doctores en el nivel subdistrital, no habían recibido la formación adecuada ni tenían la experiencia para entregar COE de manera independiente.

Inicialmente, los funcionarios médicos fueron entrenados en Nepal, bajo el proyecto de Atención de Salud Materna y Neonatal. Posteriormente se desarrolló el currículo y se organizó la formación en los hospitales médicos docentes en Bangladesh. Originalmente, la formación de los funcionarios médicos estuvo diseñada como un curso de seis meses, pero posteriormente se le extendió a un año. De manera similar, la formación de las enfermeras se extendió de seis semanas a cuatro meses. Los técnicos de laboratorio participaron en un curso de formación de dos semanas de duración. En un recuento total, en el lapso de seis años se capacitó a 92 funcionarios médicos, 107 enfermeras y 35 técnicos de laboratorio. Sin embargo, se halló que las competencias en gerencia, monitoreo y coordinación no eran las adecuadas para la mayoría de los proveedores de servicios, quienes precisaban de formación en servicio.

Como actividad preparatoria del proyecto aquí descrito, se condujo una encuesta para construir la línea de base que permitiera evaluar la disponibilidad de COE.[9,10] Se hizo el acopio de información de 13 hospitales docentes, de 59 hospitales de distrito y 104 de subdistritos (de un total de 400), de 62 centros de bienestar materno y del niño y de 224 clínicas/hospitales privados a nivel nacional. El estudio mostró que no se contaba con cuidados obstétricos de emergencia comprehensivos* en el 26% de los hospitales distritales y en el 65% de los subdistritales. La falta de disponibilidad de los servicios estaba mayormente relacionada con la ausencia de personal adecuadamente capacitado, ya sea en obstetricia o en anestesia o en ambos, conjuntamente con la falta de equipamiento y de infraestructura.

El proyecto Derecho de las Mujeres a la Vida y a la Salud, implementado por la Dirección General de Servicios de Salud, es un emprendimiento de colaboración conjunta entre el gobierno de Bangladesh, UNICEF y el Programa de Prevención de la Mortalidad Materna y la Discapacidad de la Universidad de Columbia. Tiene como objetivo contribuir a las metas del gobierno de reducir la mortalidad materna y la discapacidad relacionada con el embarazo y el parto. El proyecto empezó sus actividades en julio de 2000 y fue diseñado para mejorar la disponibilidad, la calidad y el uso de los COE, fortaleciendo la capacidad de los 59 hospitales distritales y 120 de los 400 hospitales subdistritales a nivel nacional.[11]

---

* Los cuidados obstétricos de emergencia incluyen lo siguiente: administración de antibióticos parenterales, oxitócicos y anticonvulsionantes; extracción manual de la placenta; extracción de tejidos retenidos; parto vaginal asistido; cesárea; y transfusión de sangre. Los cuidados obstétricos de emergencia proveen las primeras seis funciones. Los cuidados obstétricos de emergencia comprehensivos proveen la totalidad de las ocho funciones. Se considera que un servicio es *no funcional* si es que no ofrece todas las funciones que lo califican ya sea como básico o comprehensivo, incluso si el servicio está desempeñando muchas de estas funciones.[12]
Servicios designados se refiere a los servicios seleccionados por el gobierno para entregar COE comprehensivos y fueron la meta de las intervenciones del proyecto (59 hospitales de distrito y 120 hospitales subdistritales). Se define a otros servicios como *servicios no designados.*

El volumen promedio de las poblaciones distritales y subdistritales es de alrededor de dos millones y 200,000, respectivamente.[8] Del total estimado de 3.5 millones de nacimientos anuales (1999),[2] la probabilidad era de que más de medio millón de mujeres (o un estimado del 15% del total[12]) sufriera de complicaciones durante el embarazo o el parto.*

Las intervenciones más importantes del proyecto incluyeron la renovación de los servicios, la formación en servicio de los funcionarios médicos, enfermeras y técnicos de laboratorio, el abastecimiento del equipamiento necesario y de la logística, considerándose también el fortalecimiento del sistema de información de la gerencia de salud, el mejoramiento en la oportunidad y la calidad de los cuidados de emergencia. También se emprendió actividades de movilización social y de la comunidad, tales como la celebración del Día de la Maternidad Segura, la distribución de afiches y volantes, y el fortalecimiento de la educación sanitaria basada en el servicio.

Las actividades de formación, implementadas por la Dirección General de Servicios de Salud, tuvieron como propósito incrementar las habilidades de los funcionarios médicos, enfermeras y técnicos de laboratorio así como la capacidad gerencial. Este artículo describe las lecciones aprendidas a lo largo del desarrollo de este proyecto desde el año 2000 y durante todo el año 2004.

Fuentes de datos

La documentación revisada para este estudio comprendió los informes del proyecto, la propuesta vigente del mismo, la base de datos de la formación y los informes bimensuales de actualización de los servicios. También se revisó los reportes de desempeño de los capacitandos elaborados por los puntos focales de los centros de formación, los informes de monitoreo de los instructores y del equipo del proyecto, y las minutas de las reuniones periódicas. Se analizaron los protocolos de desarrollo de los recursos humanos, tales como manuales de formación para funcionarios médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio y gerentes. Se construyó una lista de control para las visitas de monitoreo a los servicios docentes para captar información sobre, por ejemplo, el desempeño de los capacitandos, las clases magistrales, las oportunidades para la práctica de las habilidades, la carga de trabajo del servicio docente, el número de otros capacitandos en el departamento, los problemas de la formación, y las observaciones generales registradas en los reportes. El primer autor de este artículo actuó como técnico para el desarrollo de recursos humanos en este proyecto. También se acopió información del Administrador Adjunto de Programa, Dr. Md. Nazrul Islam, Programa de Salud Reproductiva, Dirección General de Servicios de Salud.

Actividades de desarrollo de recursos humanos

Las actividades de desarrollo de recursos humanos apuntaban a contar con, por lo menos, dos funcionarios médicos (uno en obstetricia y el otro en anestesia) y cuatro enfermeras de hospitales subdistritales designados y cinco enfermeras de hospitales distritales, todos ellos con competencias mejoradas para COE. Para alcanzar esta meta debía capacitarse a 336 funcionarios médicos, incluyendo a un 40% de reserva por abandono, y a 775 enfermeras. La mayor parte de la formación tuvo lugar en ocho hospitales docentes a través de todo Bangladesh, empleando el currículo existente.

A la mitad del proyecto se introdujo un programa nuevo de formación basado en competencias para entrenar a los proveedores constituidos en equipos, usando un currículo más breve e intensivo. También se abordó la formación de los técnicos de laboratorio para hacer transfusiones sanguíneas seguras. Además, se desarrolló un programa de orientación para los gestores de servicios, a fin de mejorar la comprensión de los asuntos técnicos y administrativos implicados en el soporte para responder oportunamente a las emergencias obstétricas.

El currículo para los funcionarios médicos, las enfermeras y los técnicos de laboratorio fue desarrollado por grupos de expertos de sus campos respectivos, siendo revisado por profesionales de

* Hay un amplio sector privado en Bangladesh con alguna capacidad para tratar las emergencias obstétricas,[9] pero el interés de este artículo está en los servicios del sector público.

los hospitales docentes y por el personal del programa antes de ser aprobado por el Comité Nacional de Revisión Curricular. No hubo una capacitación formal de los instructores que se desempeñarían como puntos focales ni de los jefes de departamento para la formación ordinaria. Sin embargo, se llevaron a cabo orientaciones de un día sobre el currículo antes de colocar a los capacitandos en los hospitales docentes.

Formación de un año para los funcionarios médicos

El currículo de los funcionarios médicos en obstetricia abarcó las competencias para conducir partos normales, manejo de la hemorragia del preparto y del posparto, complicaciones del aborto, toxemia del embarazo, extracción manual de la placenta, parto vaginal asistido y cesárea, incluyendo la resucitación cardiopulmonar. La formación de funcionarios médicos en anestesia incorporó la anestesia local/regional, la raquídea y la anestesia general y la resucitación cardiopulmonar. Los capacitandos eran guiados por un punto focal de sus departamentos respectivos, los que implementaban y monitoreaban la formación. Los capacitandos observaron y actuaron como asistentes de los doctores *senior* en los primeros tres meses. En los siguientes tres, practicaron bajo supervisión, y durante los últimos seis meses se desempeñaron independientemente. Las clases magistrales se llevaron a cabo con intervalos regulares, principalmente durante los primeros seis meses, para desarrollar los conceptos teóricos relevantes. Para hacer el seguimiento de las competencias se establecieron metas mínimas de desempeño para cada una de las funciones de la emergencia obstétrica y de manejo de la anestesia. Los capacitandos llevaron un cuaderno de bitácora o diario para registrar sus actividades. El punto focal y el jefe de departamento controlaban mensualmente el cuaderno de bitácora para monitorear el desempeño y el progreso.

La revisión de los diarios y los informes de monitoreo mostraron que para los funcionarios médicos en anestesia había abundantes oportunidades para la práctica de habilidades, por lo que usualmente excedían las metas de desempeño. El sólido compromiso de los departamentos de anestesia con el programa de formación, así como el reducido número de otros capacitandos que trabajaban con ellos, parecen haber contribuido al éxito de la formación.

Para los funcionarios médicos que se entrenaban en obstetricia, las oportunidades de practicar eran generalmente adecuadas; pero el gran número de otros capacitandos (estudiantes de posgrado y de la formación en servicio) en el departamento sí limitó las oportunidades de practicar, incluso tratándose de una colocación de un año completo. En un hospital docente, la reducida carga de trabajo se constituyó en un factor que influyó en que las metas no se alcanzaran. Las clases magistrales en el curso anual se llevaron a cabo pero, con frecuencia, no de la manera en que estaban programadas en el currículo. Se cumplió con las metas de la formación con relación a la mayor parte de las competencias, excepto en el caso de la histerectomía en el periodo perinatal, de la aspiración manual endouterina, y del parto vaginal asistido, específicamente la extracción por aspiración. Actuaron como barreras el bajo número de casos de histerectomía en el período perinatal, junto con la percepción de parte del instructor de que era muy riesgoso para los capacitandos desempeñar los procedimientos. En el caso de la aspiración manual endouterina y de la extracción por aspiración, la falta de prácticas rutinarias en estos procedimientos en los hospitales docentes limitó el modelamiento de competencias y la práctica de los capacitandos.

Formación de enfermeras en obstetricia

El entrenamiento de las enfermeras fue organizado por los institutos de enfermería, y aquéllas fueron ubicadas en los hospitales docentes adjuntos para la formación práctica. El curso de formación de las enfermeras comprendió la administración del trabajo de parto normal, el cuidado de enfermería de pacientes obstétricas, la administración del teatro de operaciones, la prevención de infecciones y la asistencia a los funcionarios médicos en los casos de emergencias obstétricas, incluida la cirugía. Además del aprendizaje práctico en los pabellones, el curso incluyó clases magistrales para cubrir los aspectos teóricos. Se mantuvo metas de desempeño y cuadernos de

bitácora y, como en el caso de la formación de los funcionarios médicos, la de las enfermeras también fue supervisada y coordinada por un punto focal.

Se halló que, a menudo, los doctores oponían resistencia a la participación de las enfermeras en la aspiración manual endouterina y en la extracción manual de la placenta; y, en algunos casos, incluso en los partos normales. Tampoco se les permitía con facilidad actuar como asistente principal durante la cirugía obstétrica. Esto parecería deberse a las actitudes negativas de los médicos hacia las enfermeras y hacia un número importante de los capacitandos médicos en el departamento. No obstante, el grueso de estos problemas se resolvieron luego de repetidas discusiones en las reuniones del Comité de Coordinación de la Formación, y mediante el monitoreo externo.

La adquisición de competencias por los capacitandos fue evaluada a través de exámenes a la mitad de la formación y al final, respectivamente. Los capacitandos recibieron su certificado de formación una vez constatado el nivel satisfactorio de sus conocimientos y habilidades, a partir de la evaluación de los docentes del departamento. Una evaluación posformación mostró que el 87% de los funcionarios médicos y enfermeras tenían la confianza de que podrían administrar los COE comprehensivos luego de la formación.[13]

Transfusión sanguínea segura

Se entrenó a los técnicos de laboratorio en la determinación de grupos sanguíneos, en las pruebas de cruce de sangre y descarte de sífilis, hepatitis B y C, malaria y VIH, incluyendo la selección de donantes y la extracción de sangre para las transfusiones. También este curso tuvo metas de desempeño, y la formación fue monitoreada por el jefe del Departamento de Transfusiones Sanguíneas Seguras.

Se halló que los técnicos de laboratorio habían recibido una formación satisfactoria en los hospitales docentes. Sin embargo, un reto mayor era garantizar un abastecimiento adecuado de reactivos y suministros, entre estos las bolsas de sangre, en los servicios de COE, especialmente en los hospitales subdistritales.

Formación basada en competencias para los equipos de cuidados obstétricos de emergencia

La formación basada en las competencias se introdujo a medio camino del proyecto para los equipos de funcionarios médicos y enfermeras de los servicios designados, cubriendo las prácticas basadas en evidencias para el parto normal así como para COE. También se incorporó la formación basada en competencias en anestesia para los funcionarios médicos. Se adoptó un enfoque de formación en equipo.[14-16]

La introducción de esta nueva metodología de enseñanza empezó con dos talleres regionales que reunieron a los expertos clínicos y de formación de JHPIEGO, el Programa de Prevención Materna y Discapacidad y a seis países del Asia Meridional, para revisar y darle forma final al currículo. A partir de entonces se desarrollaron varias reuniones en Bangladesh para generar el compromiso con el nuevo programa de formación de los funcionarios del Ministerio de Salud y de Bienestar Familiar, de los administradores y profesores del centro de formación, y de las organizaciones profesionales.

Hacia fines de 2002 se organizó un curso regional de formación con una duración de tres meses, dirigido a los equipos de instructores; participaron en él dos equipos de Bangladesh. La formación de instructores estuvo a cargo de JHPIEGO con instructores de alto nivel de los Estados Unidos, el Reino Unido, la India y Nepal. La formación de instructores tuvo lugar en Bangladesh, en el Hospital Médico Docente de Dhaka y el Instituto de Formación en Salud Materna e Infantil en Dhaka. El equipo de Bangladesh incluyó a dos obstetras, dos anestesiólogos y tres enfermeras de estos lugares.

Para la formación basada en competencias son esenciales el modelamiento de las habilidades y la buena calidad de cuidado en los lugares de entrenamiento. La formación de instructores incluyó tres semanas para la actualización de conocimientos y competencias y dos semanas para habilidades de formación clínica; entre las sesiones se hizo la tutoría y el seguimiento. Además, un componente importante para la implementación de este curso fue el fortalecimiento de la sede; para ello se hicieron

evaluaciones de las condiciones disponibles para la formación, a partir de listas de control de los materiales de enseñanza. Se utilizó la información para mejorar el escenario y la organización de los servicios, el uso de los protocolos estándar y las prácticas basadas en evidencias, particularmente para la aspiración manual endouterina, el parto vaginal asistido y las prácticas de prevención de infecciones, los sistemas de abastecimiento de drogas y suministros esenciales, y para un mejor flujo de pacientes.

Se introdujo el curso de formación basado en competencias para acelerar la generación de funcionarios médicos capacitados reduciendo la duración de la formación de un año a 17 semanas, con el empleo del enfoque de equipo. El objetivo era institucionalizar la formación basada en competencias. En el periodo que se reporta en este artículo se llevaron a cabo tanto el curso anual como el basado en competencias; en ellos se inscribieron funcionarios médicos y enfermeras que no habían tenido la formación previamente. Se completó tres promociones o grupos de formación durante 2003 y 2004.

El curso se inicia con tres semanas de clases teóricas sobre prácticas actuales basadas en evidencias, incluyendo la práctica de habilidades clínicas en modelos anatómicos, seguida por la práctica de competencias iniciales bajo supervisión, primero, y luego independientemente en los lugares de formación. El curso centra la atención en el conocimiento, habilidades y actitudes específicos necesarios para conducir partos normales y desempeñar funciones de COE de manera estandarizada, así como en las destrezas para la comunicación interpersonal. El curso también incluye las habilidades para desarrollar el cuidado y la evaluación básicos de un recién nacido, así como la resucitación del recién nacido. El currículo está basado en el manual de la OMS *Administración de Complicaciones en el Embarazo y en el Parto.*[17] Se emplean listas de control detalladas a lo largo del curso para guiar y evaluar el desarrollo de habilidades estandarizadas, y los participantes llevan un diario a lo largo de la duración del curso. Los instructores conducen visitas de seguimiento como tutores y evaluadores de los capacitandos en los puestos de trabajo de estos últimos durante los seis meses de duración de la formación.

El currículo de la formación basada en competencias en obstetricia es similar al curso de formación anual, excepto por la histerectomía en el periodo perinatal. El curso de un año en anestesia incluye la intubación y la anestesia general, mientras que la formación basada en competencias solo enseña la anestesia raquídea y la anestesia con ketamina junto con la administración de complicaciones y la resucitación adulta y del recién nacido.

La metodología de la formación basada en competencias ofrece un curso más estructurado y compacto en las habilidades para el cuidado obstétrico y la anestesia. Esto tiene implicancias tanto para el volumen de la formación -puesto que puede completarse varios cursos cada año- como para el tiempo en que los funcionarios médicos se ausentarán de sus puestos de trabajo asignados. Se encontró que el uso de modelos anatómicos era una herramienta efectiva para la transferencia de destrezas, y que los proveedores mostraban interés en su uso. Las listas de control paso por paso también resultaron efectivas para los procedimientos de aprendizaje y para la evaluación de las competencias. La formación conjunta de enfermeras y médicos reforzó la importancia del trabajo en equipo para responder a las emergencias. El fortalecimiento de la sede para apoyar la formación basada en competencias fue valioso para resaltar la importancia del modelado y enfrentar el déficit tales como las prácticas preventivas de infecciones y el uso de técnicas basadas en evidencias para la administración del caso.

Si bien originalmente se habían desarrollado dos equipos para la formación basada en competencias, la pérdida de dos de los tres instructores en obstetricia que fueron atraídos a organizaciones privadas, llevó a la consolidación de un solo equipo de formación. En los dos años se completaron solamente tres cursos para proveedores de servicios, debido a restricciones de tiempo de parte de los instructores, los que tenían adicionalmente otras responsabilidades en los hospitales docentes. Los instructores tendrían que estar en condiciones de dedicarle más tiempo a la formación y a las visitas de seguimiento para que el programa tenga éxito. La presencia de un elevado número de otros capacitandos en los lugares de

entrenamiento también fue un factor limitante para la práctica de competencias.

Selección de capacitandos, colocación y retención

El Gestor del Programa de Salud Reproductiva de la Dirección General de Servicios de Salud seleccionó a los funcionarios médicos para la formación mediante entrevistas; las enfermeras y los técnicos de laboratorio fueron seleccionados directamente en los servicios a los que estaban asignados y en los que se desempeñaban. Los funcionarios médicos, las enfermeras y los técnicos de laboratorio seleccionados para la formación no precisaban necesariamente haber tenido experiencia previa en COE. Los funcionarios médicos de cualquier servicio podían postular a la formación y ser transferidos al servicio designado antes de su colocación en la formación. Los funcionarios médicos y las enfermeras seleccionadas para la formación se comprometieron a servir durante un período determinado en los servicios designados una vez concluido el curso. El período vinculante fue originalmente de tres años, pero se acortó a dos años en 2002 por decisión del comité central del proyecto. No estaba permitida la transferencia de los proveedores a servicios no designados, por cuanto podrían no contar con la infraestructura y la presencia de otro personal capacitado para ofrecer COE completos. Tampoco estaban autorizados para seguir la formación de posgraduación durante el período vinculante.

A los capacitandos se les dio una subvención mensual, una asignación para la compra de libros, y se les cubrió los costos de viaje y de materiales de enseñanza. Una vez concluida exitosamente la formación, recibieron un certificado. La formación de un año de duración de los funcionarios médicos está reconocida por el Consejo Médico y Dental de Bangladesh. De este modo puede computarse, en un futuro, como parte de los estudios de especialización en el posgrado. Los incentivos no monetarios, tales como la preferencia en la formación en el país o en el extranjero, el premio anual y la preferencia para la educación superior estuvieron basados en el servicio satisfactorio.

Uno de los mayores desafíos en este proyecto fue atraer a más funcionarios médicos para la formación en anestesia, así como a las funcionarias médicas para la formación en obstetricia. Menos de un cuarto de los funcionarios médicos capacitados en obstetricia fueron mujeres. Quienes deciden en la familia podrían tener la expectativa de que sea una funcionaria médica mujer quien atienda a las mujeres con complicaciones obstétricas.

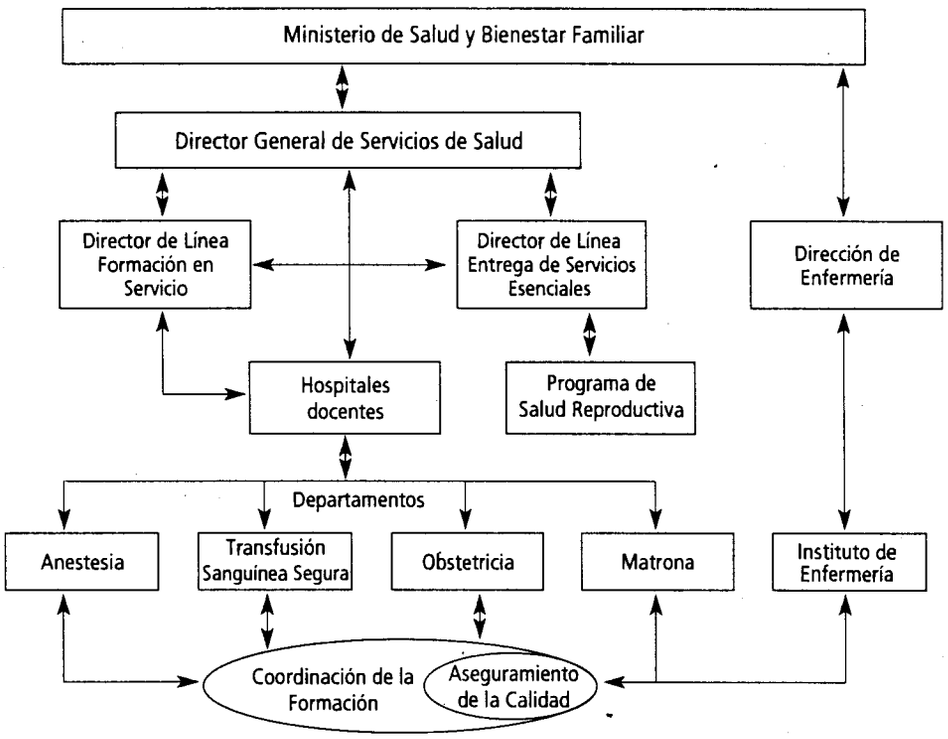
El periodo vinculante fue un desincentivo para la formación en el caso de algunos, pero es importante a nivel programático para evitar el mal uso de los recursos de formación. Una limitación común para la atracción de funcionarios médicos para la formación es el que no deseen trabajar en áreas rurales remotas. Otro factor disuasivo fue la baja moral entre el personal que trabajaba en servicios públicos congestionados y frecuentemente subequipados, así como la falta de un sendero claro en términos de los avances en la carrera luego de la formación. El trabajo en un puesto de condiciones duras como, por ejemplo, un hospital rural, generalmente no recibe reconocimiento ni es recompensado. Los incentivos ofrecidos en este proyecto ayudaron a atraer a algunos capacitandos, pero se necesita más ideas innovadoras.

La tasa de abandono global, tanto durante como luego del periodo vinculante, fue de alrededor de 35% (como 10% dentro del periodo vinculante). Se requiere de un monitoreo estricto y de un mayor compromiso para retener a los funcionarios médicos en los servicios designados, por cuanto muchos funcionarios médicos se hicieron transferir a servicios no designados en ubicaciones más deseables, o abandonaron para seguir estudios avanzados. Se halló que la cantidad de tiempo requerida para transferir a los funcionarios médicos a un servicio designado antes de la colocación para la formación era también muy extensa. El proceso de transferencia se redujo de un proceso de cinco a seis meses a uno desarrollado de dos a tres meses, con una orden de transferencia única para todos los funcionarios médicos en un grupo de formación.

La coordinación y el monitoreo de la formación

La implementación del Programa Sectorial de Salud y Población (1998), enfoque que fue adoptado por el gobierno a nivel de todo el sector para mejorar

Gráfico 1. Diagrama esquemático de la coordinación y el monitoreo de la formación



la situación general de salud del país, fue un factor clave en los avances en la coordinación y monitoreo de las actividades de formación. A nivel nacional, el Director de Línea para la Formación en Servicio de la Dirección General de Servicios de Salud estuvo a cargo de la coordinación de todas las actividades de formación. El Comité de Coordinación de Formación en cada hospital médico docente reportaba al Director de Línea. Para la implementación del proyecto, UNICEF mantenía relaciones estrechas con todos los niveles del Ministerio y con los hospitales docentes. El Gráfico I ilustra las conexiones entre las diferentes oficinas y departamentos involucrados.

El Comité de Coordinación de Formación coordinaba localmente las actividades de formación en cada hospital docente. El comité estaba conformado por representantes de los departamentos involucrados en los programas de formación (obstetricia, anestesia, transfusiones sanguíneas, instituto de enfermería y la matrona del hospital), teniendo a la cabeza al director del hospital. Dicho comité designaba un punto focal para cada departamento, el cual se hacía responsable de la implementación, coordinación y monitoreo de la formación en su departamento. El comité ofrecía la oportunidad de aumentar el compromiso de los directivos de las instituciones de formación, los que, a menudo, habían sido ignorados en los planes de gerencia de las anteriores actividades de formación. El comité también aportaba oportunidades para mejorar la coordinación de la formación creando un foro para discutir los progresos y resolver los problemas. Se descentralizó la distribución de fondos de formación y materiales, colocándose ésta bajo el control del comité.

Los jefes de departamento, los puntos focales y el Comité de Coordinación de Formación en sus reuniones, revisaban periódicamente el desempeño de los capacitandos. Estos eran también evaluados

mediante exámenes escritos y orales a la mitad y al final del curso. Los informes de desempeño acumulativo eran elevados mensualmente al Director de Línea.

Varias veces al año se organizaba el monitoreo externo con colegas de nivel superior de los otros hospitales docentes para revisar la calidad de la formación. Se encontró que las visitas del monitoreo externo a todas las sedes de la formación era muy efectiva para lograr el apoyo local y la cooperación para resolver los problemas. Originalmente se planificaron tres visitas anuales, pero se llevaron a cabo tan solo dos visitas a cada uno de los hospitales docentes, haciéndose visitas extraordinarias para administrar problemas específicos.

Los comités debían reunirse una vez al mes; sin embargo, la mayoría no lo hizo regularmente, debido a la falta de iniciativa, restricciones de tiempo y ausencia de temas urgentes en la agenda. Se convocaba a las reuniones principalmente cuando se presentaban problemas.

El monitoreo posterior a la formación y las visitas de seguimiento estaban a cargo de los Equipos de Aseguramiento de la Calidad, subconjunto de los Comités de Coordinación de la Formación. Para ello se elaboraron las guías y las listas de control. Entre los instrumentos empleados para incidir en las competencias clínicas estaban la observación directa, la revisión de casos recientes y los estudios de caso preparados. Durante la visita el equipo evaluaba el desempeño de los capacitandos en los tres meses previos, y brindaba la tutoría *in situ*. También se revisaban las condiciones para atender la emergencia de las instalaciones. Los Equipos de Aseguramiento de la Calidad tenían la responsabilidad de conducir una visita de seguimiento mensual a los servicios en su área, donde estaba asentado el equipo de formación (generalmente en los hospitales subdistritales). El número de visitas a un establecimiento dependía del desempeño del equipo. En el caso de los que se había determinado que estaban desempeñándose bien, solo eran necesarias una o dos visitas de aseguramiento de la calidad; si el desempeño era deficiente, se organizaba visitas adicionales.

Esta responsabilidad planteaba sus propios retos. Si bien hubo algunas visitas en 2002 y 2003, varios de los hospitales docentes no pudieron organizar visita alguna. Se precisa de trabajo adicional para institucionalizar las visitas de aseguramiento de la calidad como parte componente de la gerencia y de la supervisión, ambas a nivel del centro de formación y desde el nivel central.

Para facilitar las actividades de implementación, coordinación y monitoreo, UNICEF nombró un Técnico (el primer autor de este artículo) al nivel central, para ofrecer el apoyo técnico en el planeamiento, organización e implementación de todas las actividades de formación, incluyendo el desarrollo curricular. Este facilitó la selección y colocación de los capacitandos, el monitoreo de los mismos, la evaluación de las necesidades del establecimiento para la formación, el seguimiento del desempeño posformación, el apoyo a los capacitandos en los servicios designados (incluyendo la logística y el equipamiento menor), y la apreciación de las necesidades adicionales de formación. También era responsable de la negociación, de la promoción del proyecto y de la construcción de redes y coordinación entre los centros de formación y los departamentos, la Oficina de programas, los Directores de Línea y el Director General de los Servicios de Salud. El Técnico facilitó el desarrollo de guías para la capacitación de los Comités de Coordinación de la Formación y de los Equipos de Aseguramiento de la Calidad, y monitoreó sus actividades. Además, el Técnico fue responsable del desarrollo de las guías y de facilitar el planeamiento a nivel de los servicios. Adicionalmente, había 12 técnicos de campo designados para el monitoreo de un grupo de servicios dentro del área asignada. Los oficiales de campo ofrecían alguna asistencia a las actividades de formación, tales como la organización de las visitas de aseguramiento de la calidad, así como el seguimiento de los proveedores capacitados durante las visitas de rutina *in situ*.

Logros del proyecto

Bajo el proyecto, las actividades de formación tuvieron un gran avance en el mejoramiento del planeamiento y la acción oportuna. Durante los periodos previos al proyecto, un promedio de 15 funcionarios médicos (entre los de obstetricia y los de anestesia) cumplieron anualmente la formación

de un año, en comparación con un promedio de 42 funcionarios médicos por año durante los cuatro años del proyecto (incluyendo la formación basada en competencias). En el caso de las enfermeras, también mejoraron los números de la formación desde un promedio de 18 por año a 90, en tanto que los técnicos de laboratorio aumentaron de seis por año a 38. El Cuadro 1 muestra el número de miembros del personal capacitados en los diferentes programas.

La formación durante este proyecto ha ayudado a que 105 de los 120 hospitales subdistritales pasen a ser funcionales para COE – 70 comprehensivos y 35 básicos. Esto se compara con la información de la línea de base de 1999, donde únicamente tres hospitales subdistritales venían ofreciendo COE comprehensivos y 33 básicos, debido fundamentalmente a la falta de personal calificado y del equipamiento necesario.[9] Entre los hospitales distritales, 53 de 59 estaban brindando COE comprehensivos hacia finales de 2004, comparados con solo 35 en 1999 (Gráfico 2). Si bien la capacidad de COE en los hospitales distritales aún depende principalmente de la presencia de consultores, las enfermeras capacitadas están cumpliendo un papel central en la conducción de partos normales, identificando complicaciones y trabajando con los consultores para ofrecer servicios de emergencia.

El cambio en el estatus, de falta de funcionamiento de COE a COE básicos en funcionamiento, es solo un paso hacia los objetivos del proyecto, pero significa una mejora en la capacidad. Un análisis de los registros del proyecto halló que en los servicios que alcanzaron el estatus de COE básicos, se había cubierto la mayoría de los insumos que no eran de formación, pero con frecuencia estaba faltando un funcionario médico, particularmente para la anestesia.

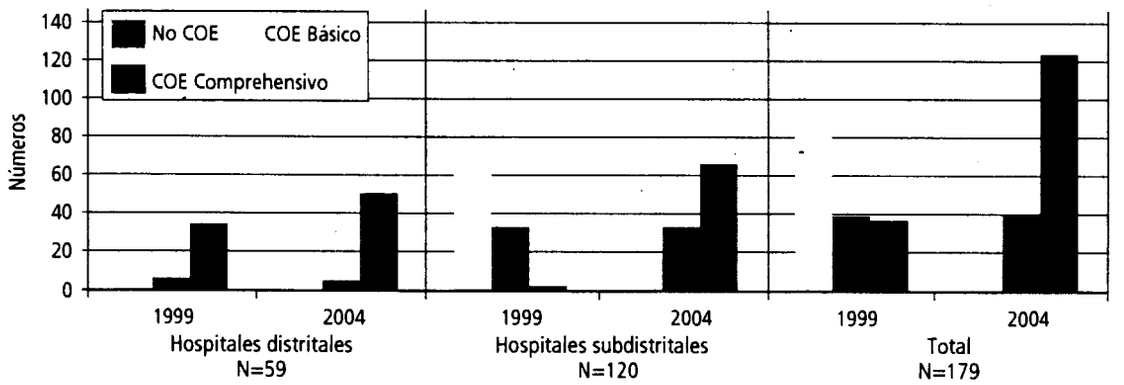
Se puede atribuir el reducido número de capacitandos que ingresaron y egresaron de los diversos cursos en 2004 a diversos factores. Para los funcionarios médicos, los puestos en los establecimientos más deseables y de fácil acceso ya estaban cubiertos, y había menor interés en puestos ubicados en establecimientos remotos.

En el curso basado en competencias, la restricción básica fue el número de cupos por curso. Con una sola sede ofreciendo el curso, había cupos para entre 12 y 15 funcionarios médicos y enfermeras, o de 4 a 5 equipos. Adicionalmente, los límites contractuales llevaron a la pérdida de personal del cuerpo del proyecto responsable de administrar el reclutamiento y la implementación de la formación. También disminuyó el financiamiento del proyecto en 2004; una extensión de los costos hizo posible la continuación de las actividades del proyecto más allá de la fecha original de finalización establecida para mediados de 2004, aunque con un nivel de reducción muy grande.

Cuadro 1. Cuidados obstétricos de emergencia: cantidad de personal calificado

Categoría	1993 - 1998	2001	2002	2003	2004	Total 2000 - 2004
Funcionarios médicos (un año)						
Obstetricia	45	16	18	40	5	79
Anestesia	47	16	10	25	12	63
Enfermeras (cuatro meses)	107	77	115	96	52	340
Formación basada en competencias (17 semanas)						
Obstetricia	-	-	-	4	10	14
Anestesia	-	-	-	3	9	12
Enfermeras	-	-	-	6	15	21
Técnicos de Laboratorio	35	30	59	23	39	151
Gerentes	-	26	42	75	0	143
Total	234	165	244	272	142	823

Gráfico 2. Estatus de los cuidados de emergencia obstétrica en los servicios designados: 1999 y 2004



Costos de la formación

Los costos directos, tales como los honorarios de los instructores, los viajes y las asignaciones diarias de los capacitandos, las asignaciones para libros, los materiales de enseñanza, los gastos relacionados con la puesta a punto de los establecimientos, el monitoreo y la tutoría *in situ* fueron cubiertos por el proyecto. Los costos por capacitando fueron, aproximadamente, de US$ 1,550 por un año en el caso de los funcionarios médicos, US$ 1,020 para la formación basada en competencias de duración de 17 semanas, US$ 340 para las enfermeras y US$ 140 para los técnicos de laboratorio. El grueso del costo de los COE y de la formación está vinculado a los salarios y a otros costos afrontados por el gobierno, tales como salarios de los instructores, de los funcionarios médicos, de las enfermeras, de los técnicos de laboratorio y de personal gubernamental del proyecto, así como de la infraestructura y la logística relacionada con la sede de la formación. Está más allá del ámbito de este artículo hacer un análisis más detallado de costos.

Discusión

Las necesidades de recursos humanos de este proyecto fueron considerables. Una parte importante de los logros del proyecto fue el contar con un gran número de funcionarios médicos, enfermeras y técnicos de laboratorio capacitados. No obstante, todavía hay un largo camino por recorrer para alcanzar una buena calidad y la atención de COE de 24 horas en todos los servicios designados. En efecto, si los establecimientos van a empezar a brindar, en algún momento, atención durante las 24 horas los siete días de la semana, serán necesarios más proveedores calificados. Las metas iniciales de este proyecto tenían por objetivo contar con dos funcionarios médicos capacitados en cada servicio, trabajando 40 horas semanales, viviendo en la sede y respondiendo a una emergencia en cualquier momento. Esta no es una base realista para la atención de 24 horas, y no aborda la cobertura cuando el médico sale de licencia, está enfermo o es convocado a reuniones. Una meta más realista para la cobertura de 24 horas requeriría contar, por lo menos, con cuatro funcionarios médicos (dos para obstetricia y otros tantos para anestesia) tanto en los hospitales subdistritales como en los distritales (los consultores de los hospitales distritales también precisan de un refuerzo para la atención de 24 horas). Esto representa un aumento de tres veces con respecto a la meta vigente para los funcionarios médicos. Se necesitará entrenar a un total de 834 funcionarios médicos para cumplir con la meta actual y para avanzar hacia el cuidado de 24 horas. La meta de este proyecto de tener cuatro o cinco enfermeras con competencias obstétricas por servicio puede ser suficiente para proveer una atención de 24 horas por rotación; pero para fines

Cuadro 2. Recursos humanos necesarios para los establecimientos de cuidados de emergencia obstétrica designados para alcanzar las metas actuales y para la atención de 24 horas

Establecimientos objetivo	Proveedores de salud	Meta del proyecto	No. de personas capacitadas 2000-2004	No. requerido para cumplir con la meta actual	No. adicional sugerido para la atención de 24 horas
120 hospitales subdistritales	Todos los funcionarios médicos	336	168	168	336
	Obstetricia	168	93	75	168
	Anestesia	168	75	93	168
	Enfermeras	480	249	231	-
59 hospitales distritales	Todos los funcionarios médicos	-	-	-	330
	Enfermeras	295	112	183	-

a La meta del proyecto incluyó un 40% de reserva para afrontar la pérdida o transferencia de los funcionarios médicos. Esta reserva también se emplea en el cálculo de las necesidades adicionales de formación para las 24 horas.

de 2004 el proyecto solo había alcanzado el 47% de esta meta (Cuadro 2).

Con la capacidad de entrenamiento actual, tomaría otros 20 años –con un resultado anual de 40 funcionarios médicos egresados– obtener el número deseado para la atención de 24 horas, apuntando principalmente al personal médico existente a través de la formación en servicio. Sin embargo, si la formación basada en competencias de 17 semanas de duración pudiera ampliarse incorporando a otras instituciones de formación, el tiempo requerido se reduciría notablemente. Para la extensión y sustentabilidad de este curso será necesario retener y motivar a los instructores y hacer de la formación parte constitutiva de sus tareas, así como dotarlo de fondos suficientes. Existe un mecanismo gubernamental para cubrir los costos de viajes y los gastos diarios del personal, pero la cantidad es insuficiente para animar al personal a participar en la formación y organizar el monitoreo y las visitas de aseguramiento de la calidad *in situ*. Otros factores incluyen el atraer a más funcionarios médicos a la formación, y retener a los funcionarios médicos en los establecimientos rurales. Podría incluirse el reconocimiento del trabajo en ubicaciones difíciles en los paquetes de beneficios, entre los incentivos para el avance profesional y otros, para atraer y retener a los funcionarios médicos en los servicios designados.

Generalmente hay cantidades suficientes de funcionarios activos en el sistema público para cumplir con las metas arriba señaladas, pero la distribución de los funcionarios médicos entre los servicios urbanos y rurales, y la retención de los mismos en los puestos rurales, deben mejorar. Dado el ámbito nacional del proyecto, un camino más sólido que la búsqueda de interés en la formación puede ser requerir para los funcionarios médicos la formación en competencias en el servicio para los COE. La delegación de una gama más amplia de procedimientos a las enfermeras capacitadas, tales como la extracción manual de la placenta, la extracción de los tejidos retenidos y el manejo de la hemorragia posparto, podrían ser de ayuda para redistribuir la carga de trabajo dentro de los servicios y podría evitar las muertes maternas allí donde no están disponibles los funcionarios médicos capacitados.

A largo plazo, las competencias cubiertas durante la formación en servicio deben incorporarse en la formación previa al servicio; por ejemplo, en el internado de los médicos recién graduados. Dado que los funcionarios médicos generales y las enfermeras son los principales proveedores de atención de la salud en los establecimientos rurales, particularmente en los hospitales subdistritales, las habilidades obstétricas deberían convertirse en parte esencial de su formación básica. Ello hará necesaria

una campaña para el cambio consistente entre profesores y diseñadores de políticas.

En el curso de este proyecto surgió la necesidad de protocolos basados en la evidencia para estandarizar la práctica; y los protocolos desarrollados durante el mismo están actualmente siendo revisados por el gobierno. Ciertamente queda mucho por hacer para mejorar la atención en los hospitales docentes, así como en los hospitales distritales y subdistritales. Los estándares clínicos son un instrumento importante para evaluar las habilidades clínicas, así como la calidad del cuidado. El modelado de la atención de buena calidad es crucial durante la capacitación, de modo que estas prácticas sigan vigentes en los servicios rurales. Esta fue otra razón para introducir la formación basada en competencias. La integración de las prácticas basadas en la evidencia para mejorar la calidad del trabajo rutinario requiere de una campaña permanente entre profesionales, instructores y médicos principales.

Este proyecto contribuyó a mejorar la disponibilidad de servicios de COE en Bangladesh, así como el sistema de gestión de la formación. Se halló satisfactoria la formación de todas las categorías de proveedores de servicio. El compromiso de las autoridades administrativas del nivel superior fue esencial para la coordinación y monitoreo. Finalmente, el proyecto asistió al gobierno en el cumplimiento de elementos de los objetivos del Programa Sectorial de Salud, Nutrición y Población.

Sin embargo, se necesita más proveedores de COE capacitados para reducir la pesada carga de la mortalidad materna en Bangladesh, y para lograr el nivel deseado de disponibilidad de COE. De hecho, se añadieron 12 hospitales subdistritales a la lista de servicios designados en 2005. Se condujeron cursos de formación en 2005, y se tomó la iniciativa para ampliar la formación basada en competencias a tres sedes de formación adicionales. UNICEF ha continuado brindando su apoyo a las actividades del proyecto a través de sus fuentes de financiamiento regulares, y ha estado trabajando con el gobierno de Bangladesh para generar un compromiso continuo para alcanzar la sostenibilidad del proyecto. Son claras las ventajas del curso de formación basado en competencias; pero la continuidad en la implementación de ésta y otras iniciativas para el desarrollo de recursos humanos precisarán de un mayor compromiso y apoyo de los instructores y de los departamentos de formación, de los diseñadores de política y los gestores, así como de los socios en el desarrollo.

Agradecimientos

Los autores desean hacer el reconocimiento del apoyo del Programa de Prevención de la Salud Materna y de la Discapacidad (AMDD, por sus siglas en inglés), de Columbia University, y la Bill and Melinda Gates Foundation, así como del apoyo técnico de la Oficina Regional de UNICEF para Asia Meridional, JHPIEGO y AMDD. Nuestros agradecimientos al Dr. Dileep Mavalankar, Consejero de Gerencia del AMDD y Profesor Asociado del Indian Institute of Management, Ahmadabad, por su estímulo continuo para que este artículo fuera escrito. Nuestras gracias sinceras al Dr Iftekhar Hossain por sus valiosos comentarios y sugerencias, los que han enriquecido notablemente esta presentación.

Traducción: Sandra Vallenas

Referencias

1. National Institute of Population Research and Training, ORC Macro. Bangladesh maternal health services and maternal mortality survey 2001. Dhaka NIPORT, 2002.
2. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 2001. New York UNICEF, 2001.
3. UNICEF, WHO, UNFPA. Maternal Mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva World Health Organization, 2004.
4. Haque YA, Mostafa G. A review of the emergency obstetric care functions of selected facilities in Bangladesh. Dhaka7 UNICEF, 1993.
5. Maine D. Safe Motherhood Programmes: Options and Issues. New York Centre for

Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University, 1993.
6. Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare. Project Report: Pilot Project for Maternal and Neonatal Health Care. Dhaka Directorate General of Health Services, 1998.
7. Gill Z, Ahmed JU. Experience from Bangladesh: implementing emergency obstetric care as part of the reproductive health agenda. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2004;85:213-20.
8. Bangladesh Bureau of Statistics. Official Statistics: Data Sheet -1999 Dhaka: Ministry of Planning. At: bwww.bbsgov.org. Accessed 9 January 2006.
9. Khan MSH, Khanam ST, Nahar and use of emergency obstetric care services in Bangladesh. Dhaka Associates for Community and Population Research, October 2001.
10. Islam MT, Hossain M, Islam MA, et al. Improvement of coverage and utilisation of EmOC services in South-Western Bangladesh. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005;91(3):298-305.
11. UNICEF. Women's Right to Life and Health: Accelerating Efforts to Reduce Maternal Deaths and Disability in Bangladesh. A collaborative initiative of the Government of Bangladesh, UNICEF and Columbia University. Dhaka UNICEF, 2000.
12. UNICEF,WHO, UNFPA.Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York UNICEF, 1997.
13. Research Evaluation Associates for Development (READ). Report on post-training evaluation of medical officers, nurses and lab technicians on emergency obstetric care. Dhaka READ, 2004.
14. Sanghvi H. Training district emergency obstetric care teams: strategy for maximising investment in training. Competency-based training strategy paper. Baltimore, 2001.
15. JHPIEGO, AMDD. Emergency Obstetric Care for Doctors and Midwives: Course notebook for trainers and participants. June 2003. At: bhttp://www.reproline.jhu.edu/english/2mnh/2obs_care/EmOC/index.htm Accessed 11 January 2006.
16. JHPIEGO, AMDD. Anaesthesia for emergency obstetric care. June 2003. At: bhttp://www.reproline.jhu.edu/english/2mnh/2obs_care/AEmOC/index.htm Accessed 11 January 2006.
17. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Geneva WHO, 2003.

©2006 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2006; 14(27): 83–90
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S096 8- 80 80 (06) 27245- 8

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Las obstetrices en Marruecos: búsqueda de reconocimiento como socias calificadas en la atención materna centrada en las mujeres

Fatima Temmar,[a] Bilkis Vissandjée,[b] Marie Harem,[c] Alisha Apale,[d] Devorah Kobluke

[a] Candidata al MSc, School of Nursing, University of Montreal, Montreal, Canada, y Enfermera-Obstetriz y Profesora Asociada, Institute of Training for Paramedical Professions, Rabat, Marruecos
[b] Profesora, Escuela de Enfermería, University of Montreal, Montreal, Canada, Correo electrónico: bilkis.vissandjee@umontreal.ca
[c] Profesora Asistente, School of Medicine, Department of Social and Preventive Medicine, University of Montreal, y Enfermera-Obstetriz y Profesora Asociada, School of Nursing, Saint-Joseph University, Beirut, Líbano
[d] Coordinadora de Investigación, School of Nursing, University of Montreal
[e] Asistente de Investigación, School of Nursing, University of Montreal

Resumen: *A nivel mundial, cada vez más se solicita a las obstetrices que proporcionen atención competente a las mujeres embarazadas y los recién nacidos. En Marruecos, existe una persistente falta de reconocimiento profesional de la obstetricia (partería), lo cual concuerda con la amplia desigualdad de género y el bajo estatus de las mujeres. La formación en obstetricia ha evolucionado desde la década de 1960 hacia un programa de pregrado de tres años. Pese a ello, actualmente existe una escasez de obstetrices para atender al gran número de partos en Marruecos. Estas han sido sustituidas parcialmente por parteras tradicionales, especialmente en las zonas rurales. La tasa de mortalidad materna continúa elevada. No obstante, recientes políticas gubernamentales reflejan mayor atención a las necesidades de las mujeres: p. ej., desde febrero de 2006, las obstetrices tienen derecho a solicitar un reembolso si un médico no está disponible. Desde 1990, la Asociación de Obstetrices de Marruecos ha fomentado una revisión del currículo de obstetricia, mejorías en la capacitación y la validez profesional de la obstetricia. Las alianzas con asociaciones internacionales de obstetricia han demostrado los retos encontrados en otros lugares y nos han ayudado a establecer estrategias específicas para promover el reconocimiento profesional, la autonomía y la visibilidad de la obstetricia en Marruecos. En un contexto cultural como este, parece fundamental establecer un vínculo disciplinario entre las obstetrices y la comunidad médica. Sin embargo, solo al reconocerse la competencia, las habilidades y el valor de las obstetrices podrá evolucionar la práctica de obstetricio progresivamente hacia una atención a la maternidad centrada en las mujeres.* © 2006 Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: obstetricia, posición de las mujeres, mortalidad materna parteras, temas de género, formación de proveedores de servicios, Marruecos.

Cada vez se está convocando más a las obstetrices para satisfacer la creciente demanda de atención de las madres y los recién nacidos en hogares de parto, hospitales de maternidad y centros rurales mediterráneos en Marruecos. A pesar de la necesidad urgente de atención holística centrada en la mujer, la práctica de la obstetricia continúa notablemente influenciada por el énfasis médico en las afecciones asociadas al embarazo y el parto. También hay una falta persistente de reconocimiento de la obstetricia como práctica profesional y autónoma en Marruecos. Ello es consistente con un sistema inherente de inequidad de género ampliamente difundido, que mantiene a la gran mayoría de las mujeres en una baja posición.[1-3] De allí que los servicios entregados por

las obstetrices sigan siendo invisibles, en gran medida, como lo son las necesidades de las mujeres para cuya atención han sido formadas.

A pesar de la ausencia aguda de evidencia científica y de información sistemáticamente documentada en relación con la práctica de la obstetricia en Marruecos, consideramos que es oportuna la discusión de la práctica de la obstetricia en Marruecos. Las estadísticas recientes sobre nacimientos y mortalidad materna, así como los cambios en la reglamentación que gobierna la práctica de la obstetricia, están entre las razones que justifican lo señalado. Este artículo describe la evolución de la educación de la obstetricia y la práctica de la obstetricia en Marruecos desde mediados del siglo XX, momento en el cual se revisó la Convención de las Naciones Unidas sobre la Protección de la Maternidad.[4] La historia de la práctica de la obstetricia en Marruecos está ilustrada en informes de investigación, donde los hay, así como en la data estadística del Ministerio de Salud Marroquí, de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud.

La formación en obstetricia en Marruecos: un sendero complejo

La obstetricia, tal como es practicada en el Marruecos de hoy, es el resultado de una historia compleja de diversas formas de capacitación educacional. Antes de 1950, el cuidado obstétrico era brindado solo por parteras tradicionales (*kablas*) en los hogares de las mujeres en las regiones rurales y semiurbanas. Hoy en día, las *kablas*, con su limitada capacitación oficial en obstetricia, continúan ofreciendo ayuda en el parto y en la atención posnatal, principalmente en las áreas remotas. Son reconocidas y respetadas por las comunidades rurales por su madurez y por su papel como confidentes. En tanto que la propia naturaleza de su cuidado –centrado en las mujeres y brindado por las mujeres– ofrece oportunidades para el empoderamiento reproductivo de las mujeres rurales, también refuerza de manera inadvertida los constructos de género prevalecientes en la sociedad marroquí.

Todavía en los años cincuenta y hasta los años sesenta, se diseñaba programas oficiales para mujeres interesadas en atender los partos, conocidas como *moualidates* (Recuadro 1). Originalmente, se inició un programa de dos años en Rabat, la ciudad capital bajo el Protectorado Francés.[5] Aunque solo se requería un certificado de la escuela primaria para calificar para la formación, no se capacitó sino a un número limitado de mujeres, debido a que no era socialmente aceptado en esos días que las mujeres se trasladaran a Rabat para estudiar. En 1960, para que las *moualidates* pudieran atender partos y entregar cuidados perinatales, se requería que hubieran seguido el curso de un año conducente al Certificado de Aptitud Profesional. El curso se extendió a dos años en 1970.[5] Se esperaba que las mujeres que obtenían este Certificado trabajaran mayormente en las áreas rurales, a pesar de que también las *kablas* sin capacitación seguían ofreciendo tal cuidado.

Mientras tanto, en los años cincuenta el monitoreo del embarazo y del alumbramiento de los bebés en las instituciones de salud urbanas se convirtió en una de las responsabilidades de otras trabajadoras de salud mujeres, desde auxiliares hasta enfermeras, pero siempre actuando bajo la autoridad médica.[6] Históricamente, los médicos varones en Marruecos rara vez daban atención obstétrica, particularmente porque había alternativas mejor retribuidas. Sin embargo, parcialmente en respuesta al aumento en las tasas de embarazo, los funcionarios médicos y las enfermeras, capacitadas o no en obstetricia y ginecología, gradualmente fueron asumiendo las responsabilidades de las obstetrices, principalmente en las área urbanas. En las áreas rurales, aunque eran las *kablas* la que atendían a las mujeres en

Recuadro 1. Historia de la capacitación obstétrica de diferentes niveles entre 1963 y 2003

- **Infirmière accoucheuse:** Enfermera capacitada en un año para tener la autorización para atender embarazos y partos.
- **CAP en obstétrique:** Certificado en obstetricia: capacitación de dos años

  Spécialiste en obstétrique: Enfermera-obstetriz formada en el nivel de posgrado (luego de la Reforma Educativa de 1993)
- **Sage-femme "nouveau régime":** Enfermera-obstetriz formada por tres años a nivel de pregrado

espera, se les exigía que reportaran el hecho a un funcionario médico, para que este determinara cómo debía llevarse a cabo la atención, según se necesitara. Esto estaba en línea con el *dahir* (ley promulgada por el rey) que data de 1960.[7] Esta ley confería el último reconocimiento y autoridad al funcionario médico (generalmente un varón), sobre la obstetriz (usualmente una mujer). Esto era, y sigue siendo, ampliamente aceptado en la sociedad marroquí y refuerza de manera inadvertida los constructos de género prevalecientes.

En los años sesenta, el Ministerio de Salud estableció un programa de formación de dos años en obstetricia en el nivel de posgrado en la *École de Cadres* en Rabat, para afrontar la escasez de parteras calificadas. Las enfermeras podían acceder a este programa luego de haber culminado un grado académico de tres años en enfermería y en temas de técnicas sanitarias afines en el pregrado. Por el mismo tipo de asuntos de género que limitaron el éxito de la capacitación de las *moualidates*, este programa de posgrado también fue incapaz de formar a un número suficientemente amplio de obstetrices para llenar las necesidades marroquíes, especialmente en las áreas rurales. Por cierto, un promedio de tan solo siete obstetrices por año obtuvo el diploma de graduación de esta escuela, con un total de únicamente 239 graduadas en los 30 años transcurridos desde 1964 hasta 1995. Más aún, sus graduadas usualmente terminaban practicando en centros urbanos, contrariamente al propósito principal de ubicar a las obstetrices en las diferentes regiones del país.

Hacia 1986, el Ministerio de Salud había cambiado de conducción y su División de Capacitación empezó a promover la formación en enfermería para enfermeras en las escuelas de enfermería a través de todo Marruecos, ofrecida como parte de un programa de dos años en el nivel de pregrado, que incluía la especialización en obstetricia. En 1988, las mujeres que habían culminado su tercer año en la escuela secundaria estaban aptas para enrolarse en este programa de capacitación especializada. Entre 1986 y 1991 se graduaron un total de 820 enfermeras-obstetrices.[8]

En 1993 se llevó a cabo una reforma en profundidad de los programas de formación para toda la gama de técnicos sanitarios, incluyendo a aquellos para enfermeras-obstetrices.[9] Lamentablemente, luego de 1993, la formación en obstetricia a nivel de posgrado se dejó de ofrecer . En su lugar se estableció un programa de pregrado de tres años para estas profesionales de la salud, incluyendo a las enfermeras, programa que estuvo a cargo de los *Instituts de Formation aux Carrières* de Santé (IFCS, Institutos de Formación para Profesionales de la Salud).[10] Hoy día esta formación es ofrecida en ocho Institutos de Capacitación Regional en Agadir, Casablanca, Fes, Marrakesh, Meknes, Oujda, Rabat y Tetouan. Desde 1997 se han venido graduando del programa en todo el país un promedio de 200 enfermeras-obstetrices por año; en los años 2002, 2003 y 2004 se graduaron 212, 293 y 332, respectivamente. Las estadísticas son alentadoras, pues entre 1963 y 2003 se capacitó a un total de 2,495 obstetrices en ocho Institutos Regionales.[11] Adicionalmente, la calidad de la práctica profesional de estas nuevas graduadas fue evaluada favorablemente. La evaluación tuvo lugar en áreas rurales seleccionadas (Azilal, El Haouz, Chicaoua, Sidi Youssef Ben Ali), así como en áreas urbanas (Menara, Medina y Syba). Sin embargo, aunque la competencia técnica de las obstetrices estaba demostrada, aún permanecía ausente el enfoque holístico basado en las necesidades de las mujeres.[12] Más aún, la rotación del personal y un paquete de jubilación temprana han tenido como consecuencia que aproximadamente 200 obstetrices por año en todo el país hayan dejado sus puestos. Así, el número de obstetrices puede haberse estancado por algún tiempo, en una cifra por debajo del total de 2,000.[13]

En octubre de 2004 había 1,621 obstetrices activas en el sector público y se atendió 665,396 partos.[14] Esto da una razón estimada de una obstetriz por cada 289 partos. El estándar de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es, por comparación, de una obstetriz por cada 200 partos. Esta razón puede parecer muy alta como aspiración para Marruecos, especialmente debido a los riesgos y morbilidades asociadas que ocurren en las áreas rurales. Sin embargo, Marruecos está en el sendero correcto en relación con el número total de obstetrices. A pesar de la actual escasez de enfermeras-obstetrices, aún

podría alcanzarse el estándar de la OMS en los próximos cinco años. Tomando como referencia el informe de la Comisión sobre Recursos Humanos, se necesitará en Marruecos unas 2,528 obstetrices para atender todos los partos. Hay, pues, actualmente una escasez de aproximadamente 950 obstetrices. Si bien no es seguro que se llegue a este número, la División de Capacitación está trabajando intensamente para atraer a las mujeres al programa, para cumplir con el estándar de la OMS para el año 2010.[14] Sin embargo, tan importante como los números globales es el equilibrio apropiado en la distribución geográfica de las obstetrices entre las áreas urbanas y rurales. En efecto, la recomendación de la OMS es que se cuente con personal calificado (es decir, obstetras y obstetrices) en el 90% de los partos para el año 2015 en las regiones en las que éstos no estaban disponibles anteriormente. Debe recordarse que en 1997, el 40% de los partos en Marruecos rural no eran atendidos por personal calificado.[5] Más aún, a pesar de que las obstetrices recién graduadas fueron inicialmente destacadas por la División de Capacitación al área rural, la mayoría se ha casado al finalizar su capacitación, por lo cual es imposible que abandonen sus hogares para asumir el puesto en un área rural.[15]

En el año 2000, una Comisión, designada conjuntamente por el Ministerio de Salud (responsable de la capacitación de las enfermeras-obstetrices a nivel de institutos) y el Ministerio de Educación (responsable de la capacitación a nivel universitario) revisó el currículo y los enfoques pedagógicos de la formación en obstetricia. Esta comisión estaba conformada por ginecólogos, obstetras y enfermeras-obstetrices. Si bien el contenido ha sido actualizado, aún predomina un foco técnico, especialmente con respecto al tratamiento médico de la enfermedad, en lugar de un enfoque preventivo y *promocional* de la salud enmarcado en la experiencia global del embarazo. Ello se sustenta en el hecho de que se sigue percibiendo las dimensiones sociales de la salud como una preocupación secundaria, y de que el dominio de las competencias prácticas y técnicas confieren gran prestigio a los servidores. Esto se traduce en la atención dominante que reciben los aspectos técnicos del parto mismo, en vez de incluir las necesidades emocionales de la futura madre. Más aún, los funcionarios médicos, sea que hayan sido capacitados en ginecología y en obstetricia o no, aún tienen que estar presentes para «vigilar» la atención que da la enfermera-obstetriz, independientemente de la experiencia y capacitación que ella tenga. El escenario usual es que la enfermera-obstetriz actúa en la evaluación «técnica» de la mujer en trabajo de parto y se refiere al funcionario médico -el que todavía suele ser un hombre- para que él prescriba los siguientes pasos (generalmente los recomendados por la enfermera-obstetriz). Cada vez más, en las áreas rurales, las enfermeras-obstetrices han aguzado sus habilidades para afrontar las complicaciones. Sin embargo, es el funcionario médico el que tiene el reconocimiento oficial para tomar la decisión final, especialmente cuando se presentan situaciones de litigio potencial.

Obstetricia, relaciones de género y posición de las mujeres en Marruecos

Con lo anterior como telón de fondo, algunos creen que una política de promoción de la atención domiciliaria prenatal y del parto, a cargo de las obstetrices calificadas, constituye una estrategia más conducente para permitir que las obstetrices modelen el cuidado de las mujeres de acuerdo con las necesidades, recursos y restricciones sociales de las mujeres, debido a que el reino doméstico está dominado por las mujeres. Sin embargo, esto puede acomodarse a los constructos de género prevalecientes y reforzarlos inadvertidamente, así como reafirmar la marginación de las mujeres del acceso a la atención de la maternidad integral y de la visibilidad dentro del contexto más amplio de la sociedad marroquí.[1,2,16] En la literatura se ha tratado ampliamente sobre la naturaleza política de las relaciones de poder atravesadas por el género, y la representación y visibilidad de las mujeres dentro del contexto de la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.[17-19] Bajo la política actual del Ministerio de Salud en Marruecos, las decisiones de las enfermeras-obstetrices con relación a los cuidados obstétricos son soberanas sí, y solo sí, son tomadas en ausencia de un médico general o de un ginecólogo.

La Encuesta Nacional de Salud reciente (2003-2004)[20] observó que la relación jerárquica entre obstetrices y obstetras se extiende, creciente y sutilmente, hacia interacciones entre las mismas obstetrices, así como en relación a otros cuadros de profesionales de la salud. Se ha reportado, en relación con las obstetrices, la ausencia de consideración por sus pares, la escasa colaboración y sus actitudes desdeñosas, así como sentimientos de temor y de angustia.[3] A resultas de ello, las obstetrices contribuyen inconscientemente a la falta de reconocimiento de su contribución profesional específica a la atención de la salud.

Sin embargo, en la filosofía de la práctica obstétrica está enraizado profundamente un concepto multidimensional de la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. El objetivo principal de la obstetricia es proveer a las mujeres de una atención sensible, centrada en las mujeres, en la que es crítico incluir a la pareja masculina (usualmente el esposo) en la experiencia del embarazo, el parto, y la crianza.[18,21,22] En este contexto, la obstetricia es una respuesta a las inequidades en el acceso de las mujeres a los recursos, oportunidades y condiciones sociales necesarias para la salud. La atención obstétrica tiene como objetivo reducir las muertes y la morbilidad debidas a la atención inadecuada de las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres, las que solo pueden ser satisfechas mediante la elevación de las necesidades e intereses de las mujeres en todos los sectores de la sociedad.[17,23]

La inquietud por los roles sociales en la promoción de la salud materna y reproductiva no debería ser respaldada exclusivamente por el personal femenino a cargo de la atención de la salud. Sin embargo, la construcción social de las relaciones de género en Marruecos, particularmente en cuanto concierne al papel de las mujeres en las esferas privada y pública, a menudo prohíbe que los proveedores varones de atención de la salud reconozcan las diversas contribuciones de las mujeres lo que, a su vez, puede afectar las experiencias clínicas de las mujeres y los resultados en la salud. Por ejemplo, un caso en cuestión es la práctica aún corriente del parto en la posición recostada o boca arriba, con los pies de las mujeres en los estribos, las episiotomías de rutina, las cesáreas frecuentes y el uso abrumador de términos técnicos en su entorno que las mujeres no pueden comprender. Estas prácticas están a la base de las razones por las cuales el parto domiciliario a menudo representa una forma de refugio de seguridad, especialmente para las mujeres más vulnerables.

Otro tema recurrente de preocupación entre las mujeres y los proveedores de atención de salud sexual y reproductiva es el papel de los hombres con relación a la planificación familiar. Los varones en Marruecos siguen controlando la fecundidad femenina, sea abiertamente o de maneras sutiles. Algunos métodos de planificación familiar todavía encuentran una gran resistencia; entre éstos están los dispositivos intrauterinos e, incluso, los condones.[8,16,17,24] Son realidades como éstas, surgidas de las normas sociales prevalecientes, las que crean complicaciones para las mujeres que desean controlar sus propios cuerpos. También hacen más difícil que los profesionales de atención de la salud implementen actividades de planificación familiar. A pesar del aparente control masculino sobre la fecundidad de las mujeres, sin embargo, se percibe el embarazo y el parto como experiencias de la vida natural que las mujeres deben afrontar discretamente y con tanta privacidad como sea posible.

La mejora en el acceso de las mujeres a la atención obstétrica

Por encima de los muchos asuntos relacionados con la falta de control de las mujeres sobre su propia fecundidad, las obstetrices plantean una inquietud adicional en el sentido de que las exigencias de discreción y privacidad no les permiten a las mujeres procurar una respuesta apropiada y oportuna en los casos de complicaciones obstétricas. A este respecto, Dialmy convoca la atención a:

«... la ley de atención inversa hoy vigente, por la cual quienes están más necesitados de servicios de atención de la salud, principalmente en las áreas rurales, son los que reciben lo menos; este nivel reducido de uso no es necesariamente una señal de resistencia o una elección deliberada»[24] [traducción libre de las autoras]

Las razones de mortalidad materna dicen muchísimo. Las estadísticas más recientes, para 2003-2004, estiman 267 muertes por 100,000 nacidos vivos en las área rurales, versus 187 en las áreas urbanas.[20] Sin duda, son muchos los factores asociados a tales inequidades, incluyendo la presencia de co-morbilidades, la pobreza, la falta de recursos financieros, la dependencia financiera, y los determinantes geográficos de acceso a los servicios apropiados para la madre y el niño.[2,16,24] Pero el incremento en el número de enfermeras-obstetrices adecuadamente capacitadas, así como los esfuerzos hacia su reconocimiento, deberían beneficiar a quienes más precisan de estos servicios para prevenir las complicaciones y la muerte. Por lo tanto, es factible reducir progresivamente la brecha entre las tasas de mortalidad en las áreas rurales y las urbanas.

Desde la perspectiva de las políticas, el aumento de la sensibilidad de género con respecto a la atención profesional de las mujeres mejoraría el acceso a y la calidad de la atención. Desde la perspectiva del diseño de servicios, esto significaría abordar las insuficiencias persistentes tales como las horas de atención limitadas en la atención ambulatoria que no respetan la dinámica de la familia, y el costo prohibitivo de los fármacos de venta con receta. En relación con la atención materna, el costo de ultrasonidos repetidos e innecesarios puede reducir lo que se gasta en otros aspectos del cuidado, particularmente cuando la salud de la mujer no es una prioridad en el presupuesto del hogar. Un contexto tal es reforzado por la dependencia financiera de las mujeres marroquíes.[2,17,24*]

Las obstetrices: una fuente de poder a ser apropiada por, para y con las mujeres

La conceptualización de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en la obstetricia se extiende más allá del sexo y la reproducción, y los objetivos de la obstetricia abarcan más que la ausencia de enfermedad. Más bien, tal como suscriben y promueven muchas agencias internacionales y cuerpos de investigación y desarrollo, la salud sexual y reproductiva debe abordarse a través de un compromiso permanente multisectorial con la salud de las mujeres en el contexto de las condiciones socioculturales. Este compromiso incluye la consideración del medio en que viven las mujeres, las normas y percepciones de género, la representación y liderazgo de las mujeres en los foros políticos y económicos, así como un compromiso global asociado al acceso equitativo para varones y mujeres a los recursos y a las oportunidades. En Marruecos, la mejora de la salud sexual y reproductiva supone la incorporación de más oportunidades para dar soporte a los valores personales y elecciones de las mujeres.[26]

La experiencia marroquí destaca la importancia de comprender cómo el modelo médico globalmente dominante moldea las prácticas de la obstetricia y, en última instancia, la magnitud de la contribución de la obstetricia al cuidado de salud sensible al género de las mujeres marroquíes. Uno de los retos vigentes de las obstetrices en Marruecos es la reconciliación creativa, con las mujeres, de los mejores elementos del modelo médico y del conocimiento y prácticas locales a fin de generar nuevos patrones de atención de la salud materna y reproductiva.[26] Esta visión coincide con prácticas de salud culturalmente relevantes y con la atención a los valores, expresiones y conductas de las mujeres con respecto al embarazo, parto y posparto.[27,28]

La visión de la atención de salud centrada en las mujeres, por la que abogan la obstetricia y otros profesionales del cuidado de la salud, está en línea con el Plan Estratégico Nacional Marroquí,[29] que otorga un lugar especial a la promoción de las necesidades e intereses de las mujeres en el planeamiento social. Son diversas las nuevas políticas de gobierno que reflejan un incremento de la atención a las necesidades e intereses de las mujeres, incluyendo el Código de Familia (*Code de la Famille*) de 2004, que reconoce los derechos de las mujeres en términos de la posición personal, y la creación del Ministerio de la Familia, la Solidaridad y la Acción Social, para impulsar las actividades globales de la sociedad civil. Además, luego de las elecciones parlamentarias de 2003, un sistema de cuotas hizo posible que más mujeres entraran al Parlamento, haciendo que el número de asientos

En el año 2005, el Ministerio de Salud emitió un decreto que permitia a cada mujer embrazada hacerse una ultrasonografía, la que podría ser reembolsada por su seguro de salud.

conservados por las mujeres aumentara de dos a 33.[30] Aún más recientemente, desde febrero de 2006, las obstetrices pueden tener un reembolso en caso de que no haya un médico disponible.

Es crucial que el gobierno también se comprometa a sí mismo a invertir en la infraestructura de salud pública, como lo alientan los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En efecto, las obstetrices están reconocidas por la Organización Mundial de la Salud como «grupo clave para la reducción de las tasas inaceptablemente altas de mortalidad y de daño de las mujeres, como consecuencia del parto».[18,31]

Organizaciones profesionales y redes: aliados naturales

El establecimiento de redes de colaboración, proyectos y reuniones conjuntas dentro de la profesión de la atención de la salud de Marruecos, también es importante, como lo es la creación de redes y sociedades en el nivel internacional de la profesión de obstetricia.

Creada en 1990, la *Association des Sages-Femmes Marocaines* (AMSF, Asociación Marroquí de Obstetrices) ha puesto su atención principal en la educación continua de las obstetrices (en vinculación con el Colegio Americano de Obstetrices y la USAID). La AMSF ha sido activa en la capacitación y en temas del desarrollo de la carrera, y ha trabajado con una serie de agencias no gubernamentales para brindar educación y atención a los grupos vulnerables y menos privilegiados.

Las acciones adoptadas por la AMSF a favor del reconocimiento sistemático de la obstetricia como práctica profesional han encontrado una oposición fiera de parte del Colegio Marroquí de Ginecólogos y Obstetras, particularmente en el sector privado. Esto se debe parcialmente a la jerarquía notablemente marcada por el género que existe en el sistema médico marroquí, pero también debido a la influencia subyacente de la reglamentación del *dari*, en 1960, que sancionaba la dominación médica sobre todas las demás profesiones técnicas de atención de la salud, incluyendo a la enfermería y a la obstetricia. Para desafiar esta norma se requiere de esfuerzos conjuntos entre las obstetrices, las enfermeras y los técnicos sanitarios, en alianza con la profesión médica.

A través de los últimos pocos años, las sociedades con las asociaciones profesionales internacionales tales como el *Secretariat International des Infirmières e Infirmiers de l'Espace Francophone* (SIDIIER, Secretariado Internacional de la Enfermeras y los Enfermeros del Espacio Francófono), El Colegio Americano de Obstetrices, la Confederación Internacional de Obstetrices y *Sages Femmes du Mon*de (Obstetrices del Mundo) han conducido a resultados positivos. No siendo el menor de los mismos el que hayan permitido que la AMSF haya comprendido los desafíos que la obstetricia encuentra en otras partes del mundo. También han hecho posible el establecimiento de una relación más sólida con la *Association Marocaine del Sciences Infirmières et Techniques Sanitaires* (AMSITS, Asociación Marroquí de Enfermería y de Técnicos Sanitarios), para establecer estrategias específicas y un marco para la promoción del reconocimiento profesional, la autonomía y la visibilidad de la obstetricia en Marruecos. Tales socios dentro del país no son usuales, pero las obstetrices deben hacer alianzas con quienes pueden aportar voz adicional –hasta que llegue el momento en que las voces de las asociaciones profesionales médicas en Marruecos se unan a las nuestras.

En conclusión

La práctica contemporánea de la obstetricia en Marruecos está situada en varias encrucijadas contenciosas en una sociedad en la que las acciones y las relaciones entre hombres y mujeres están intensamente reguladas por una jerarquía de género. La obstetricia, una profesión que desesperadamente busca más autonomía y reconocimiento, siente vivamente esta jerarquía. La discusión presente nos lleva a convocar a una estrategia de reapropiación para la práctica de la obstetricia, en alianza con las mujeres en la comunidad, que son las receptoras principales de los cuidados obstétricos. Los retos en la implementación de la práctica obstétrica estandarizada suponen asegurar un vínculo disciplinario adecuado con la comunidad médica, y el reconocimiento y tratamiento de las obstetrices como compañeras competentes, hábiles y valiosas

dentro del equipo más amplio de proveedores de atención de la salud, tanto hombres como mujeres, incluyendo a las enfermeras, los ginecólogos y los obstetras. Es sobre esta base que puede evolucionar progresivamente el proceso de desarrollo de una obstetricia humanizada.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a los editores de International Midwifery por su generoso permiso para presentar una versión más extensa de la monografía original publicada en esa revista: Temmar F. Vissandjée B, Kérouac S., Strengthening midwifery practices in Morocco: a gender perspective. International Midwifery 2005;18(1):8-9

La primera autora de este artículo es enfermera-obstetriz y una de las fundadoras de la Moroccan Association of Midwives creada en 1990, y tiene una larga experiencia en el campo. También ha sido activa en el diseño de capacitación para enfermeras-obstetrices en el nivel de bachillerato en Marruecos. Nuestras gracias especiales a Suzanne Kérouac, sin cuya constante ayuda y soporte esta monografía no se habría culminado. Todas, en particular la primera autora, queremos hacer un reconocimiento de la invalorable contribución de un gran número de obstetrices, mujeres y madres, ayer, hoy y mañana.

Traducción: Sandra Vallenas

Referencias

1. Bourdieu P. La domination masculine. Paris: Édition du Seuil, 1998.
2. Filali H, Temmar F. Étude qualitative sur les conditions d'exercice des sages-femmes. Régions de Marrakech, Tensift, Alhaouz et province d'Azilal. Projet FNUAP MOR/PO1/02. Maroc: Ministère de la Santé, Division de la Formation, 2003.
3. Bakhach W, Benmchich R, Elghaouti A. Insertion des sages femmes formées depuis 1997 dans le milieu de travail, region Tanger - Tétouan, mémoire non publié. Rabat, Maroc: Institut de Formation aux Carrières de Santé, 2003.
4. United Nations General Conference. The Maternity Protection Convention Revised and Recommendation. Geneva: UN, 1952.
5. Temmar F. La formation de la sage-femme au Maroc: entre les besoins en santé reproductive et les défis de la profession. Tétouan: Communication au 1er congrès des sages-femmes de Tétouan, 2003.
6. Temmar F, Kamri X. Nouvelles stratégies de développement de la profession de sage-femme au Maroc. Rabat: 6 Congrès Médical, 1996.
7. His Majesty the King Mohammed V. The dahir - a royal decree - Code of Personal Status. Rabat, Morocco, 1957-58.
8. Commission Responsible for Developing Midwifery Training Programmes, 1999.
9. Ministry of Education. Decree No. 2-93-602, 29 October 1993.
10. Ministry of Education. Bill 001- Higher Education Reform, 2000. Rabat, 2000.
11. Système d'information, Division de la formation, Ministère de la santé, 2004.
12. Division de la formation, Ministre de la santé. Rapport d'activités du projet MSP/ FNUAP MOR/92/POI visant l'amélioration de la qualité de la formation des sages-femmes, Rabat, 1995.
13. Système d'information, Ministère de la santé. Santé en chiffres, 2001.
14. Système d'information, Ministère de la santé. Santé en chiffres, 2004.
15. Anderson BF. Public health professor teaches classes in Mexico, Morocco, Tibet, Tunisia and Turkey. Today, 2001 At: http://www.llu.edu/news/today/nov2801/sph.html Accessed September 2005.
16. Boumia R. Les connaissances, les attitudes et les pratiques des prestataires des services de santé reproductive par rapport à l'approche genre; étude qualitative réalisée dans le cadre du projet: genre et développement. Rabat: Association marocaine de planification familiale, 2001.
17. Berer M. Access to reproductive health: a question of distributive justice. Reproductive Health Matters 1999;7(14):8-13.
18. Barclay L. Midwifery in Australia and surrounding regions: dilemmas, debates and developments. Reproductive Health Matters 1998;6(11):149-56.

19. Lock M, Kaufert P, editors. Pragmatic Women and Body Politics. Berkeley: University of California Press, 1998.
20. Ministry of Health. National Health Survey 2003-2004. Rabat, 2004.
21. Farmer P. Pathologies of Power: Health, Human Rights and the New War on the Poor. Berkeley: University of California Press, 2003.
22. Kim JY, Millen JV, Irwin A, et al, editors. Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor. Bangor: Common Courage Press, 2000.
23. 23. World Health Organization. Make Every Mother and Child Count. Report. Geneva: WHO, 2005. At: http://www.who.int/whr/2005/en/ Accessed August 2005.
24. Dialmy A. La gestion socioculturelle de la complication obstétricale dans les régions de Fes-Boulemane et Taza Alhoceïma - Taounate. Rabat: Division de la population, Ministère de la santé, 2000.
25. Ministère de la santé. Loi 65.00. Couverture médicale de base, 2005.
26. Makhlouf Obermeyer C. Pluralism and pragmatism: knowledge and practice of birth in Morocco. Medical Anthropology Quarterly 2000; 14(2):180-201.
27. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices Journal of Transcultural Nursing 2002;13(3):189-92.
28. Seisser MA. Madeleine Leininger on transcultural nursing and culturally competent care [Interview]. Journal for Healthcare Quality 2000;24(2):18-21.
29. Statement on the National Strategic Plan. Rabat: Government of Morocco, 2003.
30. Population and Family Health Survey 2003-2004. Rabat: Ministry of Health, 2004.
31. The 10/90 Report on Health Research 2003-2004. Global Health Forum for Research: Helping Correct the 10/90 Gap. At: www.globalforumhealth.org Accessed April 2005.

© 2006 Reproductive Health Matters. All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2006; 14(27): 91–100
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S0968- 8080 (06) 27226-4

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

La reforma del sector salud y los servicios de salud sexual y reproductiva en Mongolia

Peter S Hill,[a] Rebecca Dodd,[b] Khurelmaa Dashdorj[c]

[a] Profesor Asociado, International School of Population Health, University of Queensland, Australia. Correo electrónico: peter.hill@sph.uq.edu.au
[b] Funcionaria Técnica, Department of MDGs, Health and Development Policy, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza
[c] Docente/investigadora, Population Teaching and Research Center, National University of Mongolia, Ulaanbaatar, Mongolia

Resumen: *Desde su transición a la democracia, Mongolia ha experimentado una serie de reformas, tanto a nivel nacional como en el sector salud. En este artículo se examina el ritmo y alcance de estas reformas, su impacto en los servicios de salud sexual y reproductiva y sus implicancias para los profesionales de la salud. Antiguamente pro natalista, Mongolia ha logrado considerables avances en el uso de los anticonceptivos, la educación de las mujeres y las reducciones en la mortalidad materna. Sin embargo, el aumento en embarazos de adolescentes e infecciones de transmisión sexual, y los niveles persistentemente altos de aborto, continúan siendo retos. La implementación del Programa Nacional de Salud Reproductiva se ha centrado en el desarrollo de habilidades, la extensión a la comunidad y el suministro de recursos. Innovadores servicios de salud amigables a los adolescentes han atraído a la juventud urbana, y las prácticas de grupos familiares han creado incentivos para prestar atención médica de primer nivel, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, a las comunidades marginadas. El Plan Estratégico del Sector Salud ofrece una plataforma para el desarrollo coordinado en salud, pero se ve amenazado por la falta de consenso en el gobierno y entre los donantes, prioridades de salud conflictivas y la politización de los debates sobre la fertilidad y el aborto. Con la vulnerabilidad de dichos logros al cambio político, estas tensiones corren el riesgo de exacerbar las disparidades actuales y crear un sistema de salud de dos entre los donantes, prioridades de salud conflictivas y la politización de los debates sobre la fertilidad y el aborto. Con la vulnerabilidad de dichos logros al cambio político, estas tensiones corren el riesgo de exacerbar las disparidades actuales y crear un sistema de salud de dos niveles.* © *2006 Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.*

Palabras clave: *reformas del sector salud, servicios de salud reproductiva, políticas y programas de salud, aborto, adolescentes, Mongolia.*

En 1992, con una economía arrasada debido al colapso del bloque soviético, Mongolia adoptó una constitución democrática, y se embarcó en un proceso de reforma multisectorial, condicionada, en gran parte por las agencias donantes.

En general, las reformas resultaron exitosas. La recuperación ha sido evidente desde mediados de los años noventa, y el crecimiento del PBI alcanzó el 10.6% en el año 2004, habiéndose incrementado el ingreso *per capita* de US$ 384, en 1999, a US$ 604 en el 2004.[1]

El crecimiento económico ha venido aparejado con mejoras en el desarrollo humano; la mortalidad infantil cayó a más de la mitad entre 1990 y 2002 (de 64 a 30 muertes por 1,000 nacimientos), y hacia

el año 2000, los niveles de alfabetismo habían llegado al 98.5% entre los varones y a 97.5% entre las mujeres.[2] Los niveles educativos eran elevados entre todos los grupos poblacionales; un tercio de los mongoles han terminado los estudios ya sea terciarios o vocacionales, y más de la mitad de los pobres alcanzan la escuela secundaria.

A pesar de estos impresionantes logros, un tercio de la población sigue estando por debajo de la línea de pobreza hasta hoy. La pobreza es mayor en las áreas rurales (43%) que en las áreas urbanas (30%) aunque la pobreza urbana continúa siendo un problema serio y dinámico. Más de la mitad de los pobres extremos, muchos de ellos migrantes urbanos recientes, viven en la capital, Ulaanbaatar, o en los centros provinciales. El desarrollo económico ha exacerbado las inequidades, habiéndose elevado el coeficiente Gini de 0.31 en 1995 a 0.44 en 2002, reflejando un alza del 42% en las disparidades de los ingresos.[2]

Los desafíos geográficos del país siguen confrontando el desarrollo. Como país mediterráneo, la economía depende de la cooperación bilateral con Rusia y China para el tránsito del transporte. Internamente, hay pocos caminos afirmados entre los establecimientos rurales *Soum* (distritales) y los 21 centros administrativos rurales *Aimag* (provinciales). Con la menor densidad poblacional del mundo (1.5 personas por kilómetro cuadrado), y con un estilo de vida pastoril seminomádico, la situación de la salud y el acceso a los servicios de salud para la población rural están afectados por severas condiciones climáticas. Las temperaturas permanecen bajo cero por más de dos terceras partes del año, y la salud y el desarrollo están aún más comprometidos por las estaciones cortas para el cultivo, las ventiscas, las tormentas de polvo y la sequía.[3]

Las reformas en el sector salud han visto caer la mortalidad materna de 210 por 100,000 nacidos vivos en 1994 a 98.8 por 100,000 nacidos vivos en el 2004, progreso que es consistente con el objetivo 50 de las Metas de Desarrollo del Milenio.[4] Sin embargo, se refleja una desventaja social y económica persistente en el patrón subyacente de muertes maternas: 50% de las muertes corresponden a las familias pastoriles nómades y 30% son mujeres desempleadas. Más de las dos terceras partes de las 44 muertes maternas en el 2004 ocurrieron en la Mongolia rural, mostrando una distribución desequilibrada entre las provincias. De las mujeres muertas en Ulaanbaatar, 22.7% no se habían registrado para recibir atención de salud en la capital, y no recibieron cuidados prenatales.

La interfase entre la salud y la pobreza ha colocado de manera prominente a la salud sexual y reproductiva tanto en la agenda de la reforma económica como en la de la salud, habiéndose focalizado la atención principal del gobierno en los objetivos de salud reproductiva de las Metas de Desarrollo del Milenio. Este estudio pretende aportar una comprensión más amplia del ritmo y del ámbito de la reforma al interior de salud (y los sectores asociados) en Mongolia, y examina las formas en las que estas reformas han tenido impacto en los servicios de salud sexual y reproductiva en Mongolia, y sus implicancias para la fuerza de trabajo en salud.

La salud sexual y reproductiva está definida de manera inclusiva, en concordancia con la suscripción, por el Gobierno de Mongolia, de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994.[6] En Mongolia, la política en relación al VIH está administrada independientemente de la política de salud reproductiva y, por lo tanto, no está incluida en este artículo.

Metodología

Los hallazgos de investigación se basan en el análisis de documentos y en las 26 entrevistas en profundidad con funcionarios del Ministerio de Salud y otros actores comprometidos con la salud sexual y reproductiva, desarrolladas en septiembre de 2005. Entre los entrevistados estaban el Secretario de Estado para la Salud; el funcionario cesante y el responsable actual del Programa de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud en Ulaanbaatar y en el *Aimag* rural; el personal directivo del Ministerio de Bienestar Social y Trabajo; representantes de la OMS, del FNUAP y de UNICEF; el Banco de Desarrollo Asiático y agencias bilaterales y de ONG claves involucradas con la salud sexual y reproductiva. Las entrevistas semiestructuradas fueron conducidas por los investigadores en inglés, siendo necesaria la traducción en tan solo cuatro casos. Dos de los miembros del equipo de

investigación tomaron notas comprehensivas de las entrevistas, y las transcribieron en el lapso de 24 horas, comparándolas para garantizar su integridad.

Se identificó y cotejó la literatura «gris» con el apoyo de la oficina de la OMS en Ulaanbaatar, y las búsquedas de Mongolia en Medline aportaron fuentes publicadas adicionales. Con anterioridad al estudio, los investigadores asumieron un análisis de contenido de la documentación disponible, resumieron los hallazgos principales e identificaron temas comunes. El análisis temático se extendió por la triangulación con las transcripciones de las entrevistas, y por la incorporación de material adicional de campo.

La investigación es parte de un estudio de cuatro países emprendido por el FNUAP y la OMS, en el que se examina el papel de las oficinas de país en los procesos de desarrollo nacionales y sectoriales que afectan la salud sexual y reproductiva. Se asumió un análisis comparativo de los cuatro estudios, y se ha publicado en otro lugar[7] la información alrededor de los temas transversales a los estudios de caso (Mongolia, Nicaragua, Senegal y Yemen).

El sistema de salud en transición

El principal legado del antiguo sistema socialista fue el acceso universal a los servicios médicos de base hospitalaria. La entrega de los servicios curativos era gratuita, empezando con los *Bag Feldshers* (trabajadores de salud de base comunitaria) informalmente entrenados, desde los centros de salud *Soum* (distritales) hasta los hospitales *Aimag* (provinciales) y en una serie de establecimientos terciarios en Ulaanbaatar. Los servicios de salud pública preventivos estaban deficientemente desarrollados, y el clima económico y condiciones geográficas frecuentemente interrumpían el abastecimiento de los medicamentos esenciales. Había una significativa preferencia por la atención hospitalaria más que por la atención ambulatoria, siendo la extensión promedio de internamiento superior a nueve días, y las tasas de camas hospitalarias (9.9 por 1000 habitantes) las más altas de la región asiática.[4] Antes de la descolectivización, los hogares de maternidad ofrecían alojamiento a las mujeres embarazadas rurales, garantizando el acceso a los establecimientos de salud durante los terribles inviernos.[8] En los años inmediatamente posteriores a la era soviética, la planificación familiar estuvo relativamente ausente y se consideraban peligrosos los anticonceptivos hormonales. Esto, combinado con la legislación liberalizada del aborto, ha dado como resultado una razón elevada de abortos quirúrgicos, actualmente estimados en 23 por 100 nacidos vivos.[9]

El acceso irrestricto a la formación médica y a la especialización no regulada ha derivado en una fuerza de trabajo de base hospitalaria inflada e ineficiente. En el año 2003, la proporción médico-población alcanzó la cifra de 26.7 por 10,000, 75% de los cuales tenían capacitación especializada, y casi dos tercios estaban concentrados en Ulaanbaatar. La relación médico-enfermera de 1:1-2 revela la posición relativamente baja de la enfermería, los bajos salarios y el acceso previamente no regulado a la formación médica. Para la salud reproductiva, esto ha creado un desbalance entre las profesiones de la salud al interior de los servicios de salud y, como resultado de ello, una mezcla de competencias inapropiada para la implementación de estrategias clave. Si bien la mayor parte de los alumbramientos (más de 99%) se producen en establecimientos médicos, hay una cohorte limitada de matronas –un total de 593 en 2003, menos del 1% de la fuerza de trabajo total de enfermería. La consecuencia ha sido la dependencia creciente de personal médico (frecuentemente especialistas obstétricos) para el cuidado sin complicaciones, en lugar del desarrollo de la obstetricia como primera línea de atención obstétrica más económica, técnicamente apropiada y accesible.[10]

La política de salud reproductiva

La Conferencia Internacional de El Cairo sobre Población y Desarrollo de 1994 tuvo un impacto significativo en el gobierno previamente pronatalista, levantando el ímpetu de una conferencia local anterior sobre planificación familiar, y legitimando las iniciativas para relajar las restricciones al acceso a los anticonceptivos y reduciendo los incentivos financieros para tener hijos. La Política Nacional de Población fue hecha pública en 1996, con un fuerte énfasis en la contención del crecimiento poblacional, la reducción de la mortalidad materna e infantil y

el aumento de la esperanza de vida, e incluyó claros compromisos con el Programa de Acción de El Cairo sobre Población y Desarrollo y la Plataforma de Acción de Beijing para el Mejoramiento de la Posición de la Mujer.[11] El primer Programa Nacional de Salud Reproductiva apoyado por el FNUAP se inició en 1997, empezando el segundo Programa en el 2002.

Los entrevistados indicaron que la representación en estos foros internacionales había influido significativamente en las direcciones de política para la salud reproductiva en Mongolia, como ocurrió con la subsiguiente adopción de las Metas de Desarrollo del Milenio. Esto puede darse porque Mongolia es uno de los pocos *Países Menos Desarrollados* que está bien posicionado para alcanzar las metas: elevados niveles de educación primaria y la mayor representación de niñas con respecto a los niños en la educación secundaria y terciaria, le dieron a Mongolia una ventaja relativa en las metas de equidad en educación y género. También ha habido un buen progreso hacia las metas de mortalidad infantil. Significativamente, Mongolia ha añadido una meta de salud reproductiva –*«Acceso para todas las personas de edad apropiada a los servicios de salud reproductiva requeridos»*– a sus objetivos, yendo más allá de los compromisos globales de las Metas del Milenio.[12] Las metas de mortalidad materna se han transformado en íconos del progreso del pensamiento de los funcionarios gubernamentales, particularmente en salud, pero también en finanzas y en bienestar social, con ganancias recientes que se perciben cruciales para la recuperación de los quebrantamientos del primer periodo post-socialista.[5] La Estrategia de Reducción de la Mortalidad Materna (2005-2010), desarrollada en cooperación con todos los socios en salud reproductiva, encarna estos objetivos y metas en su marco de trabajo. Coloca el foco de atención principalmente en la colaboración intersectorial y, en segundo lugar, en levantar el nivel de «la gestión, la organización, la logística y la capacidad de los recursos humanos de los servicios de salud que brindan atención materna y perinatal». En los siguientes objetivos se aborda el mejoramiento de la calidad y accesibilidad del servicio y las estrategias dirigidas a las áreas remotas, a los inmigrantes y a la población con mayores desventajas.[5]

Los asuntos prioritarios para el Programa de Salud Reproductiva actual (tercero) reiteran esta preocupación por una reducción aún mayor de las muertes maternas, y la reducción de las elevadas tasas persistentes de aborto. También se incluye en las metas la integración sistemática de los servicios de salud sexual y reproductiva y el fortalecimiento adicional de la capacidad y de los sistemas para su entrega. Las disparidades regionales, el embarazo adolescente en aumento, las tasas crecientes de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la falta de participación masculina se han derivado de un desequilibrio en el foco de atención y en el trabajo de extensión, y en la participación limitada de las organizaciones no gubernamentales. Los responsables de las decisiones de políticas describieron cómo las agendas de política en competencia están influyendo negativamente en la implementación del Programa Nacional de Salud Reproductiva, e incidiendo en el ambiente legal y administrativo necesario para apoyarlo:

«No hay consenso político y público en cuanto a la equidad de género, el aborto, la planificación familiar y las medidas de bienestar y de protección a la familias».[13]

A pesar de las restricciones a la implementación generadas por los recursos inadecuados y los asuntos de la gestión de la calidad, ha habido una mejoría documentada en el acceso a la anticoncepción, y un cambio en los métodos preferidos desde que empezó el Primer Programa Nacional de Salud Reproductiva. El uso actual de los métodos modernos de planificación familiar entre mujeres casadas se incrementó de 46% en 1998 a 58% en el 2003, con un aumento en los métodos hormonales que coincidió con un descenso del 12% en el uso de los DIU.[14]

Servicios de salud amigables para los adolescentes

En respuesta al creciente embarazo adolescente y a las tasas de ITS, UNICEF, FNUAP, OMS y UNESCO colaboraron con el Ministerio de Salud en un proyecto de la Fundación Naciones Unidas que

abordaba las necesidades de los adolescentes. Sin embargo, las diferencias de política y de programa resultaron en dos modelos de servicios amigables para los adolescentes que se pusieron en funcionamiento en diversos *Aimags* y distritos urbanos: «centros del umbral futuro de adolescentes» apoyados por el FNUAP y «gabinetes de adolescentes» apoyados por la OMS. Si bien ambos servicios ofrecían consejería en salud sexual articulada a la educación en salud sexual en las escuelas secundarias, los servicios apoyados por el FNUAP también ofrecían anticoncepción, anticoncepción de emergencia, tratamiento de ITS y atención posaborto. La formación de personal en comunicación efectiva y consejería a adolescentes y su reorientación hacia la extensión adolescente han sido componentes importantes de desarrollo de estos servicios.

La evaluación de los proyectos piloto ha tomado nota de la propaganda mejorada de los servicios, de una mayor receptividad del personal y de mejoras en la interacción con los mismos adolescentes; el mantenimiento de los suministros anticonceptivos continúa siendo un problema.[15] La creación del Directorio Nacional de Adolescentes, y de los directorios regionales ha brindado vínculos de comunicación innovadores entre los servicios de salud y los adolescentes, garantizando la retroalimentación a los proveedores y, como se ha reportado en algunos casos, directamente a los gobernadores provinciales.[16] Este énfasis en la comunicación es una respuesta directa a las anteriores experiencias negativas con los gabinetes de adolescentes, en los que se hacía una supervisión de intrusión contra las ITS y el embarazo, pero no se ofrecía consejería alguna o tratamiento de las ITS ni se brindaba servicios anticonceptivos; era escaso el estímulo para que las adolescentes accedan voluntariamente a sus servicios.[17]

La introducción de servicios de salud amigables para los y las adolescentes encarna las fortalezas y restricciones implícitas en muchas de la reformas que afectan a la salud sexual y reproductiva. Demuestra el potencial de colaboración entre las agencias internacionales y los gobiernos para apuntar a asuntos específicos de salud sexual y reproductiva -incluyendo, en este caso, el embarazo adolescente y las tasas en aumento de enfermedades sexualmente trasmitidas. Captura la energía y la innovación implícitas en la reorientación de los servicios de salud hacia un paradigma de promoción de la salud más participativo. A pesar de estos avances y de la buena voluntad generosa entre las agencias de las NNUU, las restricciones a las políticas y a las técnicas han derivado en el establecimiento de sistemas paralelos con sus propios compromisos. Sigue siendo problemático garantizar la expansión más allá del foco en *Aimags* y hacia comunidades rurales más remotas, y mantener los sistemas de abastecimiento de suministros anticonceptivos.

Aborto

El posicionamiento del aborto dentro del sistema de salud siempre ha sido ambiguo. Como en otros estados post soviéticos, las tasas de aborto han sido históricamente altas, lo que se asocia con el acceso limitado a los servicios de salud en las áreas rurales y con la disponibilidad impredecible de métodos hormonales. Luego de instalada la liberalización de la economía mongol en 1989, las leyes que regulan el aborto se relajaron.[18,20*] Con la legalización, desde mediados de los ochenta, del aborto durante el primer trimestre del embarazo y permitido por indicaciones especiales+ durante el segundo trimestre, las tasas de aborto han seguido siendo elevadas a pesar de los aumentos significativos en el uso de anticonceptivos. Las proporciones establecidas en la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 2003 (214 por 1,000 nacidos vivos) se aproximan a las reportadas por el Ministerio de Salud (230 por 1,000 nacidos vivos);[13] pero a pesar de esta aparente congruencia, se

* Las indicaciones para el aborto legal fueron ampliadas para incluir algunos factores sociales a mediados de los años ochenta, por ejemplo, a solicitud de mujeres que tienen cinco hijos o más; embarazos dentro del año del embarazo previo; mujeres solteras que tienen tres o más hijos, y mujeres con esposos con discapacidad. En 1989, hubo una enmienda al Artículo 56º de la Ley de Protección Sanitaria que establece que «una mujer tiene el derecho a decidir sobre su maternidad», legalizando así el aborto a solicitud.[18,20]

+El aborto en el segundo trimestre está permitido por la ley entre las 13 y las 24 semanas LMP si: 1) el embarazo amenaza la vida de la mujer o del feto, 2) a pedido de la mujer si esta es menor de 16 o mayor de 45 años, 3) cuando la mujer tiene un desorden psicológico, o 4) cuando el embarazo es producto de violación o incesto.[18-20]

considera que las cifras oficiales están subestimadas. No se acopia data del sector privado, y se cree que los proveedores públicos no informan sobre una proporción de los procedimientos, particularmente cuando aceptan pagos no oficiales, o si están evadiendo los complejos procesos administrativos requeridos para asegurar la aprobación de las interrupciones tardías.

El aborto es uno de los pocos servicios médicos en los hospitales de maternidad por los que los pacientes deben pagar. El proveedor recibe oficialmente entre el 35 y el 50% del pago y la enfermera hasta el 10%, si el caso es registrado; pero el reembolso suele tomar más de un mes, cuando ocurre. Sin embargo, se ha tornado cada vez más común que los proveedores no registren los abortos para así quedarse con el pago completo.[18] Ello no sorprende si se toma en cuenta los salarios extremadamente bajos del personal médico en el sector público. Si bien el aborto no está excluido de la lista de servicios ofrecidos por el sector público, y los abortos del segundo trimestre son técnicamente gratuitos, en la práctica el seguro de salud no cubre el procedimiento.[11] El resultado es que la atención del aborto ha sido privatizada, en los hechos, con cobros oficiales y no oficiales que van de US$ 6 a US$ 25. Aunque los procedimientos son llevados a cabo por ginecólogos especialistas en gran medida (92%),[13] en una clínica pública o privada, la calidad del cuidado ha sido cuestionada por los métodos inapropiados que han sido empleados para abortos del segundo trimestre y por el escaso personal que ha venido recibiendo capacitación continua en el servicio hasta hace poco. (comunicación personal, BR Jonson, P Fajans, Departamento de Investigación en Salud Reproductiva, OMS, 20 de enero del 2006).

El Ministerio de Salud, con el apoyo de la OMS, ha desarrollado estándares nacionales y guías técnicas que buscan reducir la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el aborto -incluyendo la atención segura del aborto, la anticoncepción posaborto y la introducción del aborto médico usando mifepristone y misoprostol. La capacitación financiada por la organización Marie Stoppes International, la Cooperación Técnica Alemana (GTZ) y el FNUAP está abordando temas de calidad de la atención, con un énfasis en la mejora de las interacciones paciente-proveedor, en la entrega de información y consejería, y en la anticoncepción posaborto.[18] Sin embargo, la evaluación estratégica de los servicios de aborto del año 2003 observó que la calidad del cuidado en el aborto y en los servicios anticonceptivos asociados era muy deficiente. En el momento de la evaluación, había un desabastecimiento nacional del inyectable anticonceptivo DMPA.[18] Igualmente, en octubre de 2005, los gestores de programa reportaron que desde el mes de marzo previo no había suministros del anticonceptivo oral combinado más popular en el programa de planificación familiar, Rigividon. Actualmente, todos los anticonceptivos están siendo ofrecidos sin costo alguno por el Ministerio de Salud, gracias a la donación del FNUAP. Si bien esto elimina las barreras económicas al acceso, también elimina los incentivos financieros para el personal de farmacia para hacer el reabastecimiento de manera expeditiva cuando los suministros se acaban (comunicación personal, P. Fajans, Departamento de Investigación en Salud Reproductiva, OMS, 1º de diciembre de 2005).[18]

Reformas del sector público y del sector salud

El colapso de la economía comandada de vinculación soviética y la transición a la gobernabilidad democrática han necesitado de una reforma extensiva. La descentralización de principios de los años noventa transfirió la responsabilidad por la salud a los Departamentos de Salud *Aimag* y a la Administración de la Ciudad de Ulaanbaatar, restringiendo la capacidad del Ministerio de Salud de conducir la implementación de la estrategia de salud.[10] La introducción de la Ley de Financiamiento y Administración del Sector Público de 2002 tuvo como propósito llevar a los sectores hacia la elaboración de presupuestos basados en productos, pero el Ministerio de Finanzas ha sido lento en la asunción del análisis necesario y en el establecimiento de los indicadores de productos relativos a la salud apropiados. Dada la prominencia de indicadores seleccionados de salud reproductiva en el planeamiento del desarrollo, se puede sostener que la salud reproductiva se beneficiaría de esta transición, particularmente si la elaboración del

presupuesto basado en productos ofrece incentivos para su mejor uso a favor de los grupos marginales o en riesgo. Esto precisaría de reformas adicionales de las Cuentas de Salud Nacionales de Mongolia, brindando mayor especificidad en los centros de costo en relación a los productos en la salud reproductiva. Actualmente, es problemática la identificación de las fuentes de financiamiento y el verdadero gasto en los servicios de salud reproductiva, pues se ha agregado la salud reproductiva con otros servicios de salud.[21]

En comparación con otros países de niveles similares de desarrollo, la presencia de donantes internacionales es limitada, dando cuenta únicamente del 13% del gasto en salud, con 12 donantes del desarrollo y agencias internacionales que contribuyen con más de US$ 1 millón anualmente al sector salud.[10,21,26] A pesar del número limitado -o tal vez debido a ello- la influencia de los donantes en los procesos de la reforma que afectan al Ministerio de Salud, ha sido significativa.

El primer programa mongol de desarrollo del sector salud (1997-2002)

El primer Programa Mongol de Desarrollo del Sector Salud, financiado a través del Banco de Desarrollo Asiático, centró la atención en la reorientación del sistema de salud alejándolo de los servicios de base hospitalaria hacia la atención primaria de salud a través del desarrollo de las Prácticas de Grupo Familiares.[25] El modelo tiene implicancias para los servicios de salud reproductiva, pues entre los servicios entregados gratuitamente por estas prácticas a los pacientes inscritos, están los cuidados prenatales y posnatales, la planificación familiar, el tratamiento de las ITS y la consejería de salud sexual. El financiamiento de los departamentos de salud basado en la capitación ha incluido incentivos para que las prácticas registren a los pacientes de los grupos menos favorecidos.[27] No obstante, el requisito de que los pacientes estén registrados en su lugar de residencia ha significado que muchos migrantes urbanos (generalmente los más pobres) no puedan hacer uso de estos servicios, aunque los administradores de salud en Ulaanbaatar indicaron que había algunas iniciativas *ad hoc* para evadir este problema. Así, si bien el modelo es pro pobre en términos de sus incentivos, promueve la calidad y crea redes de referencia efectivas, las desigualdades urbano rurales no han sido abordadas efectivamente, con el grueso de las 240 prácticas establecidas en Ulaanbaatar, y solo una práctica en cada *Aimag*.

Las Prácticas de Grupo Familiares son independientes, en gran medida, de otras estructuras de salud del gobierno (aunque la infraestructura física la proveen los departamentos de salud), y comprenden, en los hechos, un modelo privatizado cuya sostenibilidad depende de una serie de variables, incluyendo la fuente de los ingresos. El estatus del personal permanece en la ambigüedad: contratado por las Prácticas, sus ingresos son compartidos entre la capitación del departamento de salud y el reembolso del Fondo del Seguro de Salud. No siendo ni regular ni oportuno el financiamiento de ambas fuentes, existe una presión potencial hacia el modelo de práctica privada regulada, con la introducción de pagos de bolsillo, y el riesgo de un acceso reducido para los pobres.[10] El modelo de Prácticas de Grupo Familiares tiene implicancias significativas para los recursos humanos, al vincular los avances en la calidad y las fuerzas del mercado con las fuentes de ingresos que efectivamente darán forma a la fuerza de trabajo de la atención primaria de salud:

«Los recursos siguen al paciente registrado vía la capitación. Los médicos, imposibilitados de atraer pacientes, no tienen otra opción que buscar empleo alternativo.»[25]

El segundo programa mongol de desarrollo del sector salud (2003-2008)

Habiéndose ocupado de los modelos de la Atención Primaria de Salud en el área urbana de Ulaanbaatar, y de las Prácticas de Grupo Familiares de las *Aimag*, el segundo programa mongol de desarrollo del sector salud financiado por el Banco de Desarrollo Asiático pone el foco de la atención en las reformas del primer nivel de referencia para los servicios de salud rurales -el Hospital *Soum*. El proyecto tiene como objetivos los hospitales *Soum* en cinco *Aimags* focales, redimensionando hacia abajo los establecimientos y adoptando diseños eficientes en

el uso de la energía para economizar en los costos de calefacción y de servicios públicos, a la vez que abastece a los establecimientos del equipamiento esencial, similar al de las Prácticas de Grupo Familiares. Los costos de calefacción inciden directamente en los resultados del parto, por cuanto las severas condiciones del invierno hacen que las estadías prenatales sean prolongadas en los hogares de maternidad, a menudo incorporados a los hospitales *Soum*. Se introducirá la información tecnológica apropiada para asistir en la gestión de los establecimientos. El desarrollo de la capacidad clínica y de gestión conducirá al uso más eficiente de los recursos y a la disminución de la dependencia de la atención con internamiento. Una vez más, los servicios de salud sexual y reproductiva están entre los objetivos de la reforma: se espera que para el año 2008 todos los partos en los cinco focos de *Aimags* sean hospitalarios, habiendo recibido todas las mujeres la atención prenatal; se tiene como objetivo que las tasas de uso de anticonceptivos alcancen el 80%; y, aún más importante, se complementará el personal de los hospitales *Soum* a resultas de las promociones en la carrera, del apoyo clínico y de los incentivos financieros basados en la capitación. La mejora de los vínculos con los *Bag Feldshers*, y el desarrollo de sus roles en la salud pública y en la referencia, incrementarán el acceso a las comunidades pastoriles nómades.[22] Dado que el 38% de las muertes maternas ocurren a nivel del Hospital *Soum*, y que la referencia tardía contribuye con las muertes en niveles superiores, las intervenciones tienen el potencial de mejorar significativamente los resultados en la salud reproductiva de los pobres rurales.

El plan maestro estratégico del sector salud

Mientras que el Banco de Desarrollo Asiático ha estado fomentando reformas financieras y presupuestarias comprehensivas, el Ministerio de Salud ha iniciado un proceso de políticas paralelo para el desarrollo del Plan Maestro Estratégico del Sector Salud, con apoyo de la Incorporación de Servicios de Bienestar Japonesa (JICWELS, por sus siglas en inglés). Con el empleo de una serie de grupos de trabajo basados en el Ministerio, entre los que se incluye la representación de las principales agencias internacionales, el Plan Maestro constituye la primera documentación comprehensiva de las direcciones futuras del Ministerio, estando expresado el paquete de recursos a través del Marco de Gastos de Mediano Plazo, y de un marco de monitoreo y evaluación; sienta las bases para el desarrollo de un enfoque sectorial de la salud.[23]

El Plan Maestro mismo es sólido, comprehensivo y conservador –consecuencia del centrarse en la apropiación y en el consenso en los grupos de trabajo responsables de su desarrollo. Incorpora los compromisos del gobierno con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y las estrategias planteadas en la Estrategia de Crecimiento Económico y de Reducción de la Pobreza[24] y en el Plan de Acción Gubernamental.[28] Si bien esto contribuye a la resiliencia política del plan, el Plan Maestro no conduce abiertamente la agenda de la reforma, aunque se percibe como responsable de establecer los mecanismos de colaboración y de mejorar la gobernabilidad necesaria para una reforma efectiva:

«El Plan Estratégico es, por lo tanto, principalmente un documento de planeamiento técnico comprehensivo de largo plazo que puede ser implementado por cualquier gobierno al margen de su ideología o mandato político. Asume un enfoque predominantemente de atención primaria de la salud y de promoción de la salud. No hay ningún gran cambio sorpresivo, repentino a introducir de inmediato y no es prescriptito».[23]

Si bien la salud sexual y reproductiva están bien representadas en el detalle de las estrategias y resultados del Plan Maestro, y se ha hecho inversiones sustantivas en la capacitación de personal y en la direccionalidad hacia poblaciones de alto riesgo, los informantes clave expresaron su preocupación de que el giro de un enfoque programático hacia uno sectorial tiene el potencial de diluir el compromiso público anterior del Ministerio con la salud reproductiva. Dado que la dotación insuficiente de recursos sigue siendo un problema para la implementación de la política de salud sexual y reproductiva, los vínculos del Plan Maestro con el Marco de Gastos de Mediano Plazo serán cruciales. La «neutralidad» implicada del Plan Maestro hace

poco para reconciliar a las múltiples ramas divergentes de reforma que actualmente están en exploración, y deja un vacío de política potencialmente explotable por intereses creados. Con un personal de solo 68 en el Ministerio de Salud, las demandas acumuladas de participación en el desarrollo del Plan Maestro, si bien aseguran la apropiación local y la construcción de capacidades en el planeamiento, han desplazado el foco de la política en temas tales como la reforma del aborto o la atención a los aspectos técnicos de la salud reproductiva.

El contexto político de la reforma

El contexto político dentro de Mongolia ha tenido su propio impacto tanto en los procesos de reforma, en general, como en los de la salud sexual y reproductiva, en particular. Mientras que el mismo Plan Maestro ha conservado la propiedad no obstante el reciente traspaso de gobierno, el recambio postelectoral en los puestos directivos de administración en el Ministerio de Salud y en las administraciones Central y de *Aimags* ha devenido en la pérdida de la memoria colectiva, cortando el *momentum* y haciendo necesario volver a capacitar en los programas de salud sexual y reproductiva. El personal experimentado y calificado se resiste a trabajar en el que es considerado como un «ambiente inseguro», vulnerable al cambio político. Se tiene la percepción de que los actores clave en el Ministerio están siendo influenciados por las reformas en competencia de los donantes, con el resultado de que las prioridades del Ministerio de Salud son menos claras. Mientras que el proceso de financiamiento de la reforma y el desarrollo del Plan Maestro están procediendo en *tandem*, aún no hay consenso sobre las estructuras finales –en particular las estructuras financieras– existiendo incertidumbre dentro del Ministerio de Salud y posiciones encontradas entre los donantes.

Más aún, ha surgido nuevamente el cuestionamiento pro natalista a las actuales metas de fecundidad y de población apropiada, con implicancias para la reforma de la planificación familiar y del aborto. En tanto que constituye una coalición, el gobierno actual también es más vulnerable que su predecesor a las agendas de las facciones. Recientemente las organizaciones que dan el servicio de aborto han sido atacadas en los medios, y se está haciendo cada vez más difícil que los proveedores privados obtengan una licencia para realizar abortos (comunicación personal, P Fajans, Departamento de Investigación en Salud Reproductiva, OMS, 1° de diciembre de 2005)

La reciente propuesta de la Cuenta de Desafío del Milenio pondrá a prueba la resiliencia del Plan Maestro y el compromiso del ministerio con el mismo. La propuesta es, en parte, una reacción a la concentración de la atención de los donantes en los servicios de salud pública y en la atención primaria de salud. Aboga por el establecimiento de un centro terciario de diagnóstico y tratamiento en la capital Ulaanbaatar, en un esfuerzo por reducir los niveles de turismo médico a Rusia y China, con la consecuente pérdida de ingresos de los servicios de salud.[29] En tanto que los servicios de mayor nivel claramente han sufrido erosión, los socios público-privados propuestos, plantean el riesgo de colocar el foco en la tecnología especializada, ensanchando la brecha en el acceso a los servicios de salud y, potencialmente, entre servicios estatales ineficientes y un sector privado emergente, a menos que el gobierno garantice el subsidio sustantivo para los pobres. El financiamiento que se busca de US$ 51.7 millones equivale a más de las dos terceras partes del gasto total en salud para 2002.[21,29] Tiene un potencial significativo para sesgar las prioridades sanitarias alejándolas del foco primario expresado en el Plan Maestro.

Conclusiones

Los resultados en la salud sexual y reproductiva son sumamente sensibles a su contexto político y socioeconómico. Esto ha sido evidente en Mongolia a través del aumento de las tasas de mortalidad materna en la etapa temprana de la transición democrática como consecuencia de la pérdida de la infraestructura de protección de los colectivos socialistas, y el quebrantamiento de los servicios de salud.[8] Los impactos negativos de la transición han sido negociados, en gran medida, y parece haberse estabilizado el desarrollo económico, si bien la transición social ha traído consigo el incremento del embarazo adolescente y de las ITS, con

implicancias severas, dada la epidemia del VIH en la vecina Rusia y en China.[19] Además de tener que afrontar las brechas crecientes en los diferenciales de ingreso, Mongolia precisa reformar su sistema de registro para garantizar que los inmigrantes urbanos tengan acceso inmediato a los servicios de salud y sociales.

A pesar de los temas de recursos y de las restricciones físicas y climáticas para la cobertura del servicio de salud en las áreas rurales, el apoyo etiquetado de los donantes clave, incluyendo a OMS, FNUAP, y GTZ, ha mantenido el foco de la salud sexual y reproductiva para el Ministerio de Salud y la fuerza de trabajo sanitaria asociada. El perfil alto de los MDG ha fortalecido el apoyo político a través del gobierno.

El Plan Maestro Estratégico del Sector Salud ha desarrollado la competencia en los procesos de planeamiento y de desarrollo de políticas, ha documentado los recursos y responsabilidades del ministerio, y coloca las bases para el desarrollo coordinado del sector. A pesar de ello, son vigorosas las fuerzas centrípetas que concentran los recursos humanos, financieros y técnicos en la capital, y aún no son evidentes los incentivos necesarios y el compromiso para redistribuir sustancialmente el personal y los recursos a los centros rurales.

A este respecto, los servicios de salud sexual y reproductiva son vulnerables. Con una fuerza de trabajo altamente medicalizada, una mezcla inapropiada de competencias, y con recursos limitados a nivel *Soum*, hay una capacidad limitada para afrontar los retos para que la maternidad segura llegue a los grupos vulnerables, para reducir las ITS y contener el VIH, abordar la sexualidad adolescente, y construir capacidades y un ambiente de respaldo político y socioeconómico para la salud reproductiva.[14] En tanto que el segundo Programa de Desarrollo del Sector Salud ofrece apoyo en infraestructura a nivel *Soum*, la salud sexual y reproductiva precisa ser integral al proceso de implementación para consolidar los logros. La necesaria racionalización de los servicios de base hospitalaria debe evitar comprometer el acceso, particularmente para los pobres. El clima actual revela la falta de consenso en el financiamiento de la salud, en los cambios en el Fondo del Seguro de Salud, en los giros hacia la privatización de la fuerza de trabajo sanitaria y en las crecientes brechas en los ingresos, y las tensiones entre las aspiraciones de excelencia técnica y la cobertura universal. A menos que se logre una mayor integración y cohesión en las políticas, una transición sin control arriesga el desarrollo de un sistema de dos niveles, con mayores disparidades en el acceso y en la calidad de la atención.

Agradecimientos

Esta investigación se llevó a cabo como parte de un proyecto FNUAP/OMS para el fortalecimiento de la capacidad de las oficinas de país y regionales para comprometerse en los procesos nacionales de planeamiento de la salud y del desarrollo en apoyo de la salud reproductiva. Los autores agradecen la ayuda ofrecida por el Dr. Sodnompil, Secretario de Estado; al personal del Ministerio de Salud en Mongolia; al Dr. Salik Govind, OMS Mongolia: a Ms. Delia Barcelona y a la oficina de país del FNUAP; así como a los actores clave en la salud reproductiva que dieron asistencia a esta investigación. Los puntos de vista presentados en este artículo corresponden únicamente a los actores, y no a las instituciones para las cuales ellos trabajan.

Traducción: Sandra Vallenas

Referencias

1. United Nations Country Team. Mongolia: Common Country Assessment. Ulaanbaatar: UNDP, 2005.
2. Government of Mongolia, United Nations Development Programme. Human Development Report Mongolia 2003: Urban-Rural Disparities in Mongolia. Ulaanbaatar: Government of Mongolia, 2005. p.8-10,26.
3. Foggin PM, Farkas O, Shiirev-Adiya S, et al. Health status and risk factors of semi-nomadic pastoralists in Mongolia: a geographical approach. Social Science and Medicine 1997; 44(11): 1623-47.
4. National Center for Health Development. Annual Health Report: 2004. Ulaanbaatar: Ministry of Health, 2005. p.16,21-22.
5. Ministry of Health. Maternal Mortality Reduction Strategy: 2005-2010. Ulaanbaatar Ministry ofHealth, 2005. p.12-13.
6. Lane SD. From population control to reproductive health: an emerging policy agenda. Social Science and Medicine 1994;39(9):1303-14.
7. WHO, UNFPA. Building WHO/ UNFPA capacity in national health and development planning processes in support of reproductive health. Summary Report of a Technical Consultation Meeting, 21-22 October 2005. New York:UNFPA/WHO (forthcoming).
8. Janes CR, Chuluundorj O. Free markets and dead mothers: the social ecology of maternal mortality in post-socialist Mongolia. Medical Anthropology Quarterly 2004;18(2):230-57.
9. Pandey RN. The use of induced abortion as a contraceptive: the case of Mongolia. Journal of Biosocial Science 2002;34:91-108.
10. Ministry of Health, JICWELS. Synthesis Paper. Ulaanbaatar: Ministry of Health, 2004.
11. Patel A, Amarsanaa D. Reproductive Health, Gender and Rights in Mongolia. Ulaanbaatar: Ministry of Health and Social Welfare, UNFPA, 2000. p.13-15.
12. Government of Mongolia. Millennium Development Goals: National Report on the Status of Implementation in Mongolia. Ulaanbaatar: Government of Mongolia, 2004. p.24-35.
13. Ministry of Health, UNFPA. Mongolia National Reproductive Health Programme: 2002-2006. Ulaanbaatar: Ministry of Health, 2004.
14. National Statistical Office, UNFPA, Ministry of Health. Mongolia Reproductive Health Survey 2003: National Report. Ulaanbaatar: National Statistical Office, 2003.
15. Ministry of Health, UNFPA, WHO. Assessment of Adolescent-Friendly Health Services Initiative in Mongolia. Ulaanbaatar: Ministry of Health, 2004.
16. Ministry of Health, Ministry of Education, UNESCO, et al. Overall evaluation report for the United Nations Fund project. Ulaanbaatar: United Nations Fund, 2004. p.83-85.
17. Roberts AB, Oyun C, Batnasan E, et al. Exploring the social and cultural context of sexual health for young people in Mongolia: implications for health promotion. Social Science and Medicine 2005;60:1487-98.
18. Public Health Institute. A Strategic Assessment of Policy, Programme and Research Issues Related to Reducing the Recourse to Abortion and Improving the Quality of Care of Abortion and Family Planning Services in Mongolia. Ulaanbaatar: Ministry of Health, 2003.
19. NCHD, UNFPA. Unwanted pregnancies and abortions in Mongolia. Ulaanbaatar: National Center for Health Development, 2001.
20. Ministry of Health, World Bank. Mongolian National Health Accounts. Ulaanbaatar: Ministry of Health, 2005.
21. Ministry of Health. International partners assistance in the health sector: 2005. Ulaanbaatar: Ministry of Health, 2005.
22. O'RourkeM, Hindle D.Mongolia's system-wide health reforms: lessons for other developing countries. Australian Health Review 2001;24(2):152-60.
23. Orgil B, Hindle D, Sonin S, et al. Privatised family group practices in Mongolia: an initial assessment of service access. Australian Health Review 2002;25(4):19-30.
24. Asian Development Bank. Report and Recommendation of the President to the Board of Directors on a proposed loan to Mongolia for the Second Development Project. Manila: Asian Development Bank, 2003. p.21.

25. Ministry of Health, JICWELS. Health Sector Strategic Master Plan 2006-2015. Ulaanbaatar: Ministry of Health, 2005.
26. Government of Mongolia. Economic Growth Supports Poverty Reduction Strategy: Implementation Progress PS Hill et al / Reproductive Health Matters 2006;14(27):91-100 Report 2004. Ulaanbaatar: Government of Mongolia, 2004.
27. Government of Mongolia. Government Action Plan for Mongolia for 2004-2008. Ulaanbaatar: Government of Mongolia, 2003.
28. Millennium Challenge Account Working Group. Strengthening Diagnostic and Treatment Capacity of Health Organizations. Ulaanbaatar: Government of Mongolia, 2005.
29. Amindavaa O, Kristensen S, Pak CY, et al. Sexually transmitted infections among pregnant women attending antinatal clinics in Mongolia: potential impact on the Mongolian HIV epidemic. International Journal of STD and AIDS 2005;16:153-57.

© 2006 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2006; 14(27): 101-108
0968-8080/06 $ - see front matter
PII: S0968 -8080 (06) 27226-4

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Un programa comunitario de salud en Tamil Nadu Rural, India: la necesidad de justicia de género para las mujeres

Mini Elizabeth Jacob,[a] Sulochana Abraham,[a] Fusila Surya,[a] Shantidani Minz,[a] Daisy Singh,[a] Vinod Joseph Abraham,[a] Jasmin Prasad,[a] Kurgan George,[a] Anju Kuruvilla,[b] KS Jacob[b]

[a] Department of Community Health, Christian Medical College, Vellore, India. Correo electrónico: jasminep@cmvellore.ac.in
[b] Department of Psychiatry, Christian Medical College, Vellore, India

Resumen: *En este artículo se destacan los esfuerzos del Programa de Salud y Desarrollo Comunitario (CHAD) del Christian Medical College por tratar los asuntos de discriminación basada en género y mejorar la condición de la mujer en Kaniyambadi Block, Vellore, Tamil Nadu, en la India. Los numerosos planes diseñados para las mujeres y los proyectos comunitarios, que también pueden beneficiar a las mujeres, representan un enfoque de múltiples niveles, cuyo objetivo es mejorar la salud, formación y empleo de las mujeres en el contexto del desarrollo comunitario. No obstante, pese a cinco décadas de trabajo centrado en las mujeres, las mejoras en la salud y su empoderamiento no se comparan con los logros de los hombres. Creemos que esto se debe a que la comunidad, muy parcializada con los hombres, utiliza los establecimientos de salud y los programas de formación y empleo más para beneficio de hombres y niños que de mujeres y niñas. En el presente artículo se argumenta a favor de un cambio de estrategia, en la cual los aspectos de género y de las mujeres son discutidos y debatidos abiertamente con la comunidad. Al parecer, solo un cambio social traerá mejoras para la salud de las mujeres y cierta apariencia de igualdad de los sexos en la región.* © *2006 Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.*

Palabras clave: *programas e intervenciones de base comunitaria, desarrollo, salud de la mujer, posición de la mujer, India.*

La posición sanitaria, educativa y laboral de las mujeres en la India ha mostrado avances significativos en muchos lugares del país. Persisten, sin embargo, muchos problemas. Se incluye, entre estos, la razón de sexos en descenso,[1] las inequidades de género aún vigentes relacionadas con la salud,[2-4] los bajos niveles de matrícula y asistencia a la escuela de las niñas, las tasas elevadas de abandono y el estatus educacional más bajo entre las mujeres,[5] los salarios desiguales para las mujeres por trabajos similares a los de los hombres,[6] mayor desempleo entre las mujeres y legislación laboral que favorece a los hombres,[7] problemas con los esquemas de microcrédito y el fracaso de estos para empoderar económicamente a las mujeres,[8] la asociación entre género femenino, baja educación, pobreza y ansiedad y depresión,[9] y el abuso físico y psicológico de las mujeres.[7,10-15]

La estructura social de la sociedad india y la posición secundaria que ocupan las mujeres influye de manera significativa en cada uno de los aspectos de la salud.[16] Muy a menudo los objetivos de muchos programas para las mujeres son una amalgama de objetivos establecidos internacionalmente, algunos de los cuales son imposibles de alcanzar. El estatus de segunda clase de las mujeres en la sociedad india

perdura a pesar de los esfuerzos del gobierno y de las organizaciones no gubernamentales. Las perspectivas de las mujeres siguen estando ausentes, marginadas o ignoradas.

Muchos programas de salud comunitarios en el mundo en desarrollo pretenden abordar los temas del sesgo de género y la posición desigual de las mujeres,[17] con un énfasis en la salud, la educación y el empleo de las mujeres. A pesar de dichos esfuerzos, las mujeres afrontan la discriminación y la adversidad persistentes, especialmente en la India rural. Este artículo hace un repaso de la situación de las mujeres y los cambios ocurridos en la década pasada en Kaniyambadi Block, en el área rural de Tamil Nadu y del trabajo realizado para mejorar el estatus de las mujeres por el Programa Comunitario de Salud y Desarrollo (CHAD, por sus siglas en inglés), conducido por el Departamento de Salud Comunitaria, Christian Medical College, Vellore.

El trabajo del Programa Comunitario de Salud y Desarrollo

El Departamento de Salud Comunitaria, Christian Medical College, Vellore, India, ha venido trabajando en Kaniyambadi Block durante los últimos 50 años.[18,19] Esta región es un área definida geográficamente de 127.4 km^2 con una población de 108,873 habitantes (en 1999). El programa comunitario de salud opera en las 85 aldeas del área. La mayor parte de la población pertenece al hinduismo. El lenguaje es el tamil. Una proporción significativa de la población corresponde a los estratos socioeconómicos más bajos. La agricultura y la ganadería son las ocupaciones principales.

El Programa Comunitario de Salud y Desarrollo (CHAD) está administrado por el Departamento. Tiene cuatro componentes principales: atención de la salud, ganadería y agricultura, educación adulta y no formal, y desarrollo comunitario. Los trabajadores de primera línea del programa de salud del CHAD son trabajadoras de salud comunitarias, que son parteras tradicionales que viven en la aldea y que han sido capacitadas por el programa. La trabajadora de salud comunitaria tiene como soporte al equipo de salud de la comunidad (compuesto por un médico, una enfermera, un trabajador de extensión comunitaria y un asistente de salud), que visitan cada aldea una vez cada dos semanas. Los casos que requieren mayores insumos médicos son derivados al hospital de base.

La vigilancia del sistema ha sido descrita en otro documento.[20] Consiste en un sistema de monitoreo de cuatro niveles. Se ha dividido el Block en regiones con personal específico a cargo de la atención de la salud en cada región. El sistema involucra al trabajador/a de salud comunitario, el asistente de salud, la enfermera comunitaria y el médico. Cada semana la trabajadora de salud comunitaria hace un informe al asistente de salud acerca de los embarazos, partos, nacimientos, muertes, morbilidad, matrimonios, inmunización y parejas aptas para la anticoncepción en la aldea. La enfermera, y seguidamente el doctor, verifican esta información. También se acopia datos sobre la inmigración y la emigración del Block. Se computariza los datos obtenidos a través de este sistema de vigilancia, y los gestores del programa retroalimentan con esta información al equipo de salud cada mes.

Programas encaminados a beneficiar a las mujeres

El programa CHAD ha procurado hacer una contribución significativa al avance de la salud de las mujeres en la región, enfatizando en cuidado durante el embarazo y el parto, la anticoncepción, la educación de las niñas, el empleo y el empoderamiento de las mujeres. El Cuadro 1 presenta un listado de los proyectos del CHAD específicamente dirigidos a las mujeres así como los esquemas generales de los cuales las mujeres también se benefician. En conjunto, estos proyectos representan un abordaje múltiple del empoderamiento de las mujeres y de la mejora de su posición sanitaria, educacional, y laboral en el contexto del desarrollo comunitario. En reconocimiento al trabajo realizado por el programa, la Organización Mundial de la Salud otorgó al Departamento el Premio de Atención Primaria de la Salud del Cincuentenario de la OMS en 1999.

Indicadores de salud de mujeres y niñas

En los años setenta y ochenta, muchos programas de salud comunitaria como el nuestro cambiaron el énfasis en las intervenciones de salud puras y pasaron a incluir el desarrollo. El argumento era

Cuadro 1. Programas generales y proyectos específicamente para mujeres en Kaniyambadi Block

Programas específicamente para mujeres	Programas generales que también benefician a las mujeres
Programas de salud	**Programas de salud**
• Capacitación y empleo de parteras tradicionales. • Capacitación y empleo de asistentes de salud comunitarios para la supervisión de los trabajadores comunitarios de salud. • Programa de cuidados prenatales con cobertura del 99% de las mujeres embarazadas en el Block con clínica prenatal semanal en el hospital de base y cada dos semanas en cada aldea. • Clínica de alto riesgo semanal en el hospital de base. • Partos conducidos por personal calificado para aproximadamente el 92% de las mujeres en el Block. • Reconocimiento y tratamiento de las mujeres embarazadas y de los neonatos con infección por VIH. • Reentrenamiento de mujeres con VIH/SIDA, empleo en sastrerías, establecimiento de pequeñas empresas. • Programa de esterilización para mujeres. • Servicios clínicos para infecciones del tracto reproductivo y de transmisión sexual.	• Clínica de morbilidad general diaria en el hospital base. • Clínica de morbilidad general en cada aldea cada dos semanas. • Clínicas semanales para personas con tuberculosis y con enfermedad coronaria reumática. • Consejería en sexo, anticoncepción y matrimonio para todas las parejas recién casadas en el Block. • Centro de consejería familiar. Monitoreo mensual del crecimiento y nutrición del niño. • Referencia de la atención primaria a la secundaria para intervención especializada. • Clínica semanal de inmunización para menores de un año. • Centro de consejería voluntaria y de administración de pruebas y clínica semanal para VIH/SIDA. • Educación sanitaria en las escuelas incluyendo programas de educación sexual para estudiantes de escuela secundaria. • Programa masivo de educación sanitaria empleando danzas folclóricas y drama.
Programa económico y de empleo para las mujeres	**Programas económicos y de empleo**
• SHARE (Asociación de Autoayuda para la Educación y el Empleo Rurales, SHARE por sus siglas en inglés) con 21 centros de artesanías con 150 grupos de autoayuda con la participación de 760 mujeres. • Unidad de sastrería y bordados para mujeres. • Unidad de soldadura para mujeres. • Unidad de confección de toallas sanitarias para mujeres. • Unidad de mujeres albañiles, unidad para la fabricación de ladrillos huecos. • Unidad de papel hecho a mano para mujeres. • Proyecto de asistentes de salud del hogar para capacitar a mujeres en la atención y cuidados de las personas mayores. • Programa Balwadi de cuidado diurnos para niños menores de cinco para ayudar a las madres a retornar al trabajo. • Programa de concienciación y capacitación en liderazgo para mujeres. • Proyecto de crianza de terneros y ovejas para trabajadoras comunitarias de salud.	• Proyecto de vivienda para personas de bajos ingresos. • Almacén agrícola para agricultores pequeños y marginales. • Unidad de fabricación de velas. • Proyecto de manejo de desperdicios sólidos. • Proyecto de cabinas telefónicas para personas con discapacidades físicas. • Proyecto de letrinas de bajo costo. • Proyecto de automóviles y transporte. • Proyecto de crianza de terneros y ovejas para personas con lepra.

que el desarrollo tiene como resultado mayores mejoras en la salud que las intervenciones médicas directas aisladas. Este argumento también se aplicó a los asuntos de las mujeres, y la educación y el empleo de las mujeres se convirtieron en características centrales de las actividades comunitarias de salud y de desarrollo. No obstante, a pesar de las dos décadas de esfuerzos focalizados en la salud, la educación y el empleo de las mujeres, los indicadores de salud de las mujeres dejan mucho que desear.

A pesar de todo el trabajo del CHAD y del claro sesgo a favor de las mujeres en sus programas, la

Tabla 2. Indicadores de salud para los años 1993 y 2003 en Kaniyambadi Block

	Total 1993	Total 2003	Total 1993	Total 2003	Total 1993	Total 2003
Tasa de mortalidad materna	170 muertes por 100,000 nacidos vivos	120 muertes por 100,000 nacidos vivos				
Estado de la inmunización: recibieron todas las dosis a los 12-23 meses	96%	98%	98%	100%	94%	96%
Tasa de natimuertos						
Tasa de mortalidad perinatal						
Tasa de mortalidad Infantil (0-1 año)						
Tasa de mortalidad de menores de 5						

realidad no ha cambiado sustantivamente en el terreno. El Cuadro 2 presenta el listado de algunos indicadores de salud de Kaniyambadi Block correspondientes a los años 1993 a 2003. Las cifras muestran alguna reducción en las muertes maternas y un avance en la mayoría de los indicadores relacionados con la salud infantil. Sin embargo, los datos de los infantes exhiben avances mucho mayores a través de la década para los infantes varones por encima de las mujeres. La diferencia en el cambio experimentado en la década en la tasa de natimuertos (x^2= 6.0;df=1; p<0.02), de mortalidad infantil (x^2=7.0; df=1; p<0.01 y de mortalidad de menores de 5 años (x2=4.2; df=1; p<0.04) entre niños y niñas fue estadísticamente significativa, siendo mucho menor la mejora en estas tasas para las mujeres.

Se sigue percibiendo a las niñas como una carga. Los trabajadores de salud, las enfermeras y los médicos que laboran en el programa están muy conscientes del hecho de que se trae a las niñas al hospital en etapas más avanzadas de la enfermedad que en el caso de los niños. Las evidencias en la región también sugieren la existencia de tasas elevadas de infecciones del tracto reproductivo en mujeres jóvenes casadas junto con bajas tasas de procura de tratamiento, y postulan que la omisión en la búsqueda de tratamiento está asociada al estatus social bajo de las mujeres.[21]

El nacimiento de una niña y el no concebir un niño son factores de riesgo significativos en la depresión posparto en la región.[22] No son extraños los reportes de casos de intentos de suicidios inmediatamente después del nacimiento de niñas. Hay una tasa muy elevada de suicidios, de 148 por 100,000, en mujeres de 10 a 19 años[23], comparada con 55 por 100,000 para los jóvenes del mismo grupo etario y con el promedio de 95 por 100,000 para la población general en la región.[24,25]

Se han documentado informes de caso de agresiones físicas y sexuales de niñas y mujeres de la región en los registros de los hospitales de base del programa y en estudios locales.[26] Un estudio realizado entre todas las mujeres de dos sectores seleccionados al azar de la aldea del Block reveló que el 42.4% (81/191) de las mujeres habían sufrido alguna forma de violencia física, mental, socioeconómica o sexual de sus parejas masculinas, en tanto la violencia contra la mujer perpetrada por mujeres no era sino de 5.4%. La encuesta también reveló que la agresión física (93.8%) y el lenguaje abusivo (92.5%) eran las formas más comunes de violencia, si bien un número significativo de mujeres (41.9%) admitió haber sido objeto de abuso sexual. La violencia estaba significativamente asociada con la baja educación y el matrimonio antes de los 18 años en las mujeres, con mujeres que no trabajaban fuera del hogar y con aquéllas en familias extendidas, y con mujeres cuyos esposos abusaban del consumo de alcohol. Las entrevistas en profundidad con estas mujeres revelaron que, a menudo, ellas se culpaban a sí mismas de la violencia. La data del hospital de base también sugiere que si bien la comunidad

utiliza el hospital para el tratamiento de las mujeres luego del maltrato físico, dicho establecimiento se niega a examinar o a afrontar el tema mismo de la violencia contra las mujeres.

Indicadores de la posición social de las mujeres

El trabajo de las mujeres también está socialmente devaluado. Las mujeres soportan la carga de la realización de las tareas del hogar; de acopiar leña, de acarrear el agua de las fuentes de la aldea y de encargarse de los hijos. Sin embargo, ese trabajo se da por descontado. Otro ejemplo de la discriminación de género es la desigual paga por trabajos similares entre hombres y mujeres. Los estudios cualitativos del CHAD sobre conducta y práctica sexual en el área han hallado que los empleadores frecuentemente exigen sexo a las mujeres viudas o separadas de sus esposos.[27] Aunque no hay data cuantitativa disponible que registre los cambios en el tiempo, no hay razones para sospechar que se haya dado una reducción en los niveles de abuso sexual en la región. Se pasa por encima los temas vinculados a la dote y a los derechos de herencia, y la discriminación contra la mujer en el campo de la propiedad y la riqueza perdura.

Las mujeres que no pudieron concebir dentro de los primeros dos años de matrimonio visitan el hospital de base para tener el tratamiento. Ellas informan que se las suele culpar a ellas por la esterilidad y el no tener hijos, y que sus esposos a menudo se resisten a someterse a las pruebas necesarias para establecer la causa de la infertilidad en la pareja.

Rara vez existe para las mujeres la autonomía en la toma de decisiones; a tal punto que incluso las decisiones relativas a las opciones reproductivas y anticonceptivas no están bajo su control; suelen imponérseles las decisiones acerca de si usarán la anticoncepción o no, especialmente en las situaciones en las que no hay un hijo varón. Una encuesta sobre el espaciamiento de los hijos realizada en el área reveló que la mayoría de las mujeres tenían un intervalo de dos años entre los hijos. Sin embargo, menos del 2% de las parejas casadas usan métodos temporales de anticoncepción. Más bien, muchas mujeres (28%) habían tenido abortos inducidos para lograr el espaciamiento.[28] Estos abortos eran a menudo practicados por personal no calificado, con un riesgo elevado de infección y, en algunos casos, de muerte.

Los esfuerzos del gobierno por crear espacios para la voz política de las mujeres, reservando un tercio de los puestos en el *panchayat* (consejo de aldea) también han sido desbaratados. Los parientes varones de las mujeres elegidas controlan, a través de ellas, el funcionamiento cotidiano de los cuerpos locales.

Estos ejemplos sugieren, claramente, que la comunidad local ha empleado las facilidades y programas ofrecidos por el CHAD para sacar adelante su agenda de orientación masculina dominante. Ha utilizado la atención de salud, la educación y el empleo ofrecidos más para sus hombres y niños que para sus mujeres y niñas.

Uso de la tecnología sanitaria contra las mujeres en todo el país

Un estudio reciente analizó la data obtenida por la Encuesta Especial de Fecundidad y Mortalidad levantada en 1998[29] Se preguntó a las mujeres alguna vez casadas en 1.1 millón de hogares en 6,672 unidades representativas del nivel nacional acerca de su historia de fecundidad y de los hijos nacidos en 1997. Para los 133,738 nacimientos estudiados correspondientes al año 1997, la razón de sexos ajustada, para el segundo nacimiento cuando la criatura anterior era una niña, fue de 759 por 1000 varones (99% CI 731-787). La razón de sexos ajustada para el tercer nacimiento fue de 719 (675-762) si las dos criaturas previas habían sido mujeres. Por contraste, las razones de sexo ajustadas para el segundo o tercer nacimientos si una o ambas criaturas previas habían sido niños eran de 1102 y 1176, respectivamente. Las madres con un grado educativo de 10 o superior, tenían razones de sexo ajustadas significativamente inferiores (683, 610-756) que las madres analfabetas (869, 820-917). El estudio concluyó que la determinación prenatal del sexo, seguida por el aborto de fetos femeninos es la explicación más plausible de la baja razón de sexo al nacer en la India. Las mujeres con mayores probabilidades de practicar el aborto selectivo por sexo eran las que ya habían tenido una o dos niñas. Otros estudios han reportado una relación inversa entre el número de máquinas ultrasónicas en un área

y el descenso en la razón de sexo masculino-femenino.[1] En este caso la educación femenina parece no haber actuado en beneficio de las mujeres sino que, por el contrario, ha contribuido al uso de la tecnología médica para, en realidad, perjudicar la posición de las mujeres en la sociedad india.

Iniciativas del gobierno

El gobierno de Tamil Nadu también ha introducido recientemente muchas iniciativas para combatir la inequidad de género, las que incluyen el aumento de la ayuda financiera y del crédito para que las mujeres tribales y de castas inferiores compren tierra, y un esquema de microcréditos para los grupos de autoayuda de las mujeres.[31] El gobierno también ofrece bicicletas a las niñas de castas inferiores y de origen tribal que deseen proseguir su educación en los grados decimoprimero y decimosegundo. También ha establecido una fuerza policial integrada únicamente por mujeres y estaciones de policía y cortes judiciales para manejar los asuntos enfrentados por las mujeres.[31] Aunque es demasiado temprano para evaluar el impacto a largo plazo de estos esquemas, su influencia ya está siendo evidente en el sector educación, con un incremento en la matrícula de las niñas en los niveles escolares superiores.

También es necesario revisar la legislación relativa a la familia, el matrimonio, la propiedad y los derechos de sucesión,[32,33] así como las políticas para obligar al cumplimiento de salarios y condiciones iguales para trabajos similares. También se precisa aumentar la representación e involucramiento de las mujeres en la formulación de las políticas y en la política. Es crucial incorporar a las industrias locales y al gobierno local en estos esfuerzos.

En la India, muchas personas parecen considerar la violencia contra las mujeres dentro del hogar como una norma social aceptada. Para detener la violencia doméstica se requiere una respuesta comunitaria coordinada en la que los proveedores de atención de la salud, el sistema de justicia criminal y los servicios sociales unan fuerzas.

Si bien muchas de estas reformas son necesarias, pueden no ser suficientes para producir el cambio social masivo que se requiere. Hay una necesidad definitiva de comprometer a las comunidades y a la población, como totalidad, en el debate para desafiar los estereotipos tradicionales y las normas sociales aceptadas.

Conclusión

Los esfuerzos por lograr la equidad de género con el incremento de oportunidades para mejorar la salud, la educación y el empleo de las mujeres han derivado en la continuidad de resultados cada vez más pobres para las mujeres en términos de indicadores de salud y sociales. Mientras que ha habido muchos avances, la mejora no es significativa si se la compara con lo logrado para los niños y los hombres. La razón principal de ello, creemos, es que la comunidad utiliza los programas disponibles más para el beneficio de los hombres y de los niños que para el de las mujeres y las niñas. Hay una necesidad de justicia de género *agresiva* para que las mujeres en la India alcancen igual salud y posición social en el futuro previsible. Los programas para lograr la equidad de género no deberían focalizar la atención únicamente en la provisión de oportunidades iguales o mayores para las mujeres. Deberían concentrarse en el logro de la igualdad en los resultados de género, dentro de un marco temporal razonable. Para alcanzar esto, debe examinarse todos los planes y proyectos de los programas comunitarios a través de un lente de género.

Traducción: Sandra Vallenas

MARK HENLEY / PANOS PICTURES

Mujeres *intocables* que han tomado control sobre la cantera de granito en la que trabajaban por menos de un dólar por día. Tamil Nadu, India.

Referencias

1. Bardia A, Paul E, Kapoor SK, et al. Declining sex ratio: role of society, technology and government regulation in Faridabad district, Haryana. National Medical Journal of India 2004; 17:207-11.
2. Pande RP, Yazbeck AS. What's in a country average? Wealth, gender, and regional inequalities in immunization in India. Social Science & Medicine 2003;57: 2075-88.
3. Pandey A, Sengupta PG, Mondal SK, Gupta DN, Manna B, Ghosh D, Sur D, Bhattacharya SK. Gender differences in healthcare-seeking during common illnesses in a rural community of West Bengal, India. Journal of Health Population and Nutrition 2002; 20:306-11.
4. Cowan B. Let her die. Indian Journal of Maternal and Child Health 1990;1:127-8.
5. Ananthakrishnan S, Nalini P. Social status of the rural girl child in Tamil Nadu. Indian Journal of Pediatrics 2002;69:579-83. 6.
6. Rajamma G. Empowerment through income-generating projects. Focus on Gender 1993;3:53-5.
7. United Nations Development Program. Moving from policy to practice: A gender mainstreaming strategy for UNDP India. http://www.undp.org/gender/resources/India.
8. Mayoux L. Women's empowerment and micro-finance programmes: strategies for increasing impact. Development in Practice 1998;8:235-41.
9. Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. Social Science & Medicine 1999;49:1461-71.
10. Jejeebhoy SJ. Associations between wife-beating and fetal and infant death: impressions from a survey in rural India. Studies in Family Planning 1998;29:300-8.
11. Peedicayil A, Sadowski LS, Jeyaseelan L, Shankar V, Jain D, Suresh S, Bangdiwala SI,

IndiaSAFE Group. Spousal physical violence against women during pregnancy. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2004; 111:682-7.
12. Ramiro L, Hassan F, Peedicayil A. Risk markers of severe psychological violence against women: a WorldSAFE multicountry study. Injury Control and Safety Promotion 2004;11:131-7.
13. Go VF, Sethulakshmi CJ, Bentley ME, Sivaram S, Srikrishnan AK, Solomon S, Celentano DD. When HIV-prevention messages and gender norms clash: the impact of domestic violence on women's HIV risk in slums of Chennai, India. AIDS and Behavior 2003;7:263-72.
14. Abha, Geetanjali, Radha, Ratna. Nyay karo ya jail bharo - Sathins of Rajasthan demand justice. Manushi 1992;72:18-20.
15. Roy P. Sanctioned violence: development and the persecution of women as witches in south Bihar. Development in Practice 1998;8:136-47.
16. Desai M. Empowering the family for girl child development. Social Change 1995;25:38-43.
17. Sharma M, Bhatia G. The voluntary community health movement in India: a strengths, weaknesses, opportunities, and threats (SWOT) analysis. Journal of Community Health 1996;21: 453-64.
18. Patterson J. There rest thy feet: The CHAD Experience. Vellore: Community Health Department, Christian Medical College, 1990.
19. Patterson J. Signs of the times. Vellore: Community Health Department, Christian Medical College, 2005.
20. Joseph A, Joseph KS, Kamaraj K. Use of computers in primary health care. International Journal of Health Sciences 1991;2:93-101.
21. Prasad JH, Abraham S, Kurz KM, et al. Reproductive tract infections among young married women in Tamil Nadu, India. International Family Planning Perspectives 2005;31:73-82.
22. Chandran M, Tharyan P, Muliyil J, et al. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. Incidence and risk factors. British Journal of Psychiatry 2002;181:499-504.
23. Aaron R, Joseph A, Abraham S, et al. Suicides in young people in rural southern India. Lancet 2004;363: 1117-18.
24. Joseph A, Abraham S, Muliyil JP, et al. Suicide rates in rural India using verbal autopsies, 1994-9. BMJ 2003; 326:1121-22.
25. Prasad J, Abraham VJ, Minz S, ME Jacob et al / Reproductive Health Matters 2006;14(27):101-108 et al. Rates and factors associated with suicide in Kaniyambadi Block, Tamil Nadu, South India, 2000-02. International Journal of Social Psychiatry 2006;52:65-71.
26. Ghosh P, Jehangir S, AbrahamVJ, et al. Violence against women in Kaniyambadi Block, Tamil Nadu: quantitative and qualitative studies. (Unpublished data)
27. John R, Prasad J, Abraham S, et al. Sexual behaviour and symptoms of reproductive tract infection among adolescents: qualitative and quantitative studies in rural South India. Indian Journal of Public Health 2006 (in press).
28. Varkey P, Balakrishna PP, Prasad JH, et al. The reality of unsafe abortion in a rural community in South India. Reproductive Health Matters 2000;8:83-91.
29. Jha P, Kumar R, Vasa P, et al. Low male-to-female sex ratio of children born in India: national survey of 1.1 million households. Lancet 2006;367:211-18.
30. Sandler J. UNIFEM's Experiences in Mainstreaming for Gender Equality. At: bhttp://www.unifem. org/index.php?f_page_pid=188N.
31. Government of Tamil Nadu. Social Welfare and Nutritious Meal Programme Department, Policy Note - 2005Q2006, Development of Women. At: bhttp://www.tn.gov.in/policynotes/social_welfare_4.htmN.
32. Parashar A. Family law as a means of ensuring gender justice for Indian women. Indian Journal of Gender Studies 1997;4:199-29.
33. Reddy V. A blow to gender equality. Supreme Court judgement on Manushi's case on women's land rights. Manushi 1999;24-5.

© 2006 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2006; 14(27): 109-118
0968-8080/06 $ - see front matter
PII: S0968 -8080 (06) 27231-8

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Bloqueos sanguíneos y enfermeras reprensoras: barreras al uso de anticonceptivos entre las adolescentes en Sudáfrica

Kate Wood,[a] Rachel Jewkes[b]

[a] Investigadora Asociada, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, University of London, Londres, RU

[b] Directora, Gender and Health Research Unit, Medical Research Council, Pretoria, Sudáfrica. Correo electrónico: rjewkes@mrc.ac.za

Resumen: *Una tercera parte de las adolescentes en Sudáfrica quedan embarazadas antes de cumplir los 20 años, pese a que los anticonceptivos son gratis y accesibles. Este estudio cualitativo sobre las barreras que enfrentan las adolescentes al intentar acceder a los servicios clínicos de anticoncepción, se llevó a cabo en la Provincia Limpopo, en 1997. Se realizaron 35 entrevistas a profundidad y cinco discusiones en grupo con mujeres jóvenes entre 14 y 20 años, así como entrevistas con el personal de enfermería de 14 consultorios. Muchas de las jóvenes informaron presión de sus parejas y familiares para tener un bebé. Otras barreras al uso sostenido de anticonceptivos fueron: creencias erróneas sobre cómo ocurre la concepción y temores sobre los efectos de anticonceptivos en la fertilidad y la menstruación, las cuales las enfermeras no tomaron en serio. Los efectos de los intentos de las enfermeras de estigmatizar la sexualidad de las jóvenes, sus regaños y trato duro de las mismas, y su renuencia a reconocer las experiencias de estas como usuarias de anticonceptivos, debilitaron el uso eficaz de la anticoncepción por parte de las jóvenes. La juventud necesita mejor información sobre la fisiología reproductiva y la salud sexual, y datos detallados sobre los anticonceptivos. Las herramientas para mejorar la exactitud y disponibilidad del conocimiento en el ámbito clínico desempeñan un papel, pero se deben introducir junto con iniciativas para garantizar que los servicios sean amigables a las adolescentes y no estigmaticen su actividad sexual.* © *2006 Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.*

Palabras clave: *anticoncepción y embarazos no deseados, acceso a los servicios, embarazo adolescente, relociones proveedor-paciente, Sudáfrica.*

La investigación indica que muchos jóvenes sudafricanos asumen riesgos en la conducta sexual; esto incluye la iniciación temprana de la actividad sexual, el sexo sin protección y niveles bajos de uso del condón y de los anticonceptivos, y, a menudo tienen parejas concurrentes.[1-4] Entre las mujeres negras africanas sexualmente activas de 15 a 25 años en Sudáfrica, la prevalencia actual del uso de anticonceptivos modernos es de 64.4% Esto puede explicar el descenso del 35% en los partos entre mujeres adolescentes observado desde fines de los años ochenta hasta fines de los noventa. No obstante, 35% de las mujeres experimentan un embarazo antes de la edad de 20 años,[5] la que todavía es una proporción sustancial para este grupo etario.

Para el personal de los establecimientos de salud no es visible la disminución en la proporción de adolescentes que alumbran, debido a que el crecimiento concomitante de la población ha dado por resultado que el número de adolescentes que alumbran parezca aumentar. Muchos trabajadores/as del sector salud aún ven el embarazo adolescente en términos de una carga pesada e inmanejable. Tanto más porque se entrega la anticoncepción de manera gratuita en un programa basado en el dispensario (establecimiento que ofrece consulta ambulatoria),

cuya cobertura nacional es extensa, y cuenta con dispensarios móviles que sirven a la mayoría de áreas rurales. La preocupación social y de salud pública sobre la sexualidad y el embarazo adolescente se ha elevado, al tomarse conciencia de que este grupo de edad está en la primera línea de la epidemia de VIH/SIDA; la última encuesta nacional de seroprevalencia indica que 15.8% de las mujeres embarazadas menores de 20 años están infectadas.[6]

La investigación sobre la anticoncepción en Sudáfrica apunta a una serie de barreras para el uso efectivo. Históricamente, el servicio anticonceptivo se desarrolló en el marco político del control poblacional, con un énfasis en los anticonceptivos que precisaban del involucramiento mínimo de la usuaria; notablemente, los anticonceptivos inyectables, que siguen siendo el método más comúnmente usado.[7,8] La Encuesta Demográfica y de Salud de 1998[5] halló que el 64.5% de las mujeres negras africanas empezaron el uso de anticonceptivos con los inyectables y 23.4% lo hicieron con los anticonceptivos orales, en comparación con el 5.0% de mujeres blancas que se iniciaron con inyectables y el 65.3% que lo hicieron con anticonceptivos orales. Hay dos anticonceptivos inyectables de solo progestágeno comúnmente usados en los dispensarios públicos, administrados en inyecciones bimestrales o trimestrales, a las que siempre se les refiere por sus nombres de marca, Nur-Isterate y Depo Provera, respectivamente. Al explicar las diferencias raciales en el patrón de uso de los anticonceptivos, los investigadores han señalado las extensas inequidades sociales, económicas y educacionales en el país.[3,8] Hay otros factores que incluyen las experiencias negativas en el uso de los servicios de parte de muchas adolescentes sudafricanas, el papel de las inequidades de género y múltiples formas de coerción en el recorte de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones autónomas sobre el control de su fecundidad (necesitan usar de métodos anticonceptivos como la inyecciones que son fáciles de esconder),[4,11,12] y la importancia que tiene para muchas el despliegue temprano de la fecundidad.[13,14]

Métodos de investigación y escenario

El propósito de esta investigación fue reunir información que pudiera ser usada para mejorar el acceso a y la calidad general de los servicios anticonceptivos para adolescentes en la Provincia de Limpopo. Esta provincia está localizada en el extremo norte del país y sigue siendo una de las más pobres de Sudáfrica. La investigación se condujo principalmente en las áreas semirurales que rodean al pueblo principal. Una red de dispensarios integrados en las áreas urbanas y semirurales abastecen los servicios de atención primaria de salud.

Se condujo un total de 35 entrevistas individuales, semiestructuradas, y cinco discusiones grupales con grupos de tres a seis informantes con adolescentes mujeres de 14 a 20 años, las que fueron reclutadas ya sea en las salas de espera de los dispensarios o de las escuelas. El reclutamiento fue oportunista; no se empleó criterios de exclusión, exceptuando la edad. El número de personas a entrevistar estuvo determinado por el presupuesto, por el foco del estudio y por el punto de saturación más allá de cual ya no surgían nuevas ideas con respecto a las principales áreas de inquisición. Además, se condujo entrevistas individuales y grupales con enfermeras involucradas en la provisión de anticonceptivos (a mujeres de cualquier edad) y que estaban activas en el área en la que se reclutó a las adolescentes. Diez de las enfermeras tenían su base en un área semirural, tres en dispensarios en un poblado y una en un dispensario en el pueblo principal. Se entrevistó ya sea a las que estaban de guardia en el momento de la visita al dispensario o aquéllas de las que se tenía referencia de que atendían más consultas sobre anticonceptivos de adolescentes. Las edades fluctuaban entre los 30 y los 50 años y tenían iguales o similares antecedentes étnicos y culturales que las adolescentes.

La aprobación ética del estudio la extendió el Comité de Ética del Consejo Sudafricano de Investigación Médica. Todas las participantes dieron su consentimiento informado verbal, y se les entregó una hoja con la información sobre la participación, advirtiéndoseles sobre la confidencialidad de la investigación. Las enfermeras no estuvieron involucradas en el reclutamiento de las informantes, y a las jóvenes que decidieron no participar en el estudio se les aseguró que ello no afectaría, en modo alguno, la atención médica a recibir.

Las entrevistas a las adolescentes fueron conducidas en el idioma local, pedi, y las de las enfermeras fueron en inglés. La primera autora de este artículo condujo el trabajo de campo en un periodo de tres semanas, trabajando con una intérprete local que era una enfermera con actitudes positivas y no enjuiciadoras hacia las adolescentes. Se grabaron las entrevistas luego de obtenido (y grabado) el consentimiento informado. Se transcribió la data y se la tradujo al inglés, llevándose a cabo un análisis temático. El ámbito del estudio cubrió las áreas siguientes: ¿Cuáles fueron las circunstancias en las que las jóvenes practicaron la búsqueda de anticonceptivos y qué influencias recibieron en la toma de decisiones? ¿Cuáles fueron las barreras para el acceso y cómo pueden ser superadas? ¿Qué métodos anticonceptivos se consideraron apropiados para las adolescentes y por qué? ¿Qué métodos estaban realmente disponibles, cuáles se les ofreció (o no), cuáles se les recomendó (o no) y por qué (no)? ¿Qué factores contextuales incidieron en los patrones de uso anticonceptivo, incluyendo las circunstancias y actitudes sexuales hacia el embarazo? Se ajustó las preguntas a cada entrevista individual.

De las 35 entrevistadas individualmente, 25 habían usado la anticoncepción alguna vez. Veintidós habían usado anticonceptivos inyectables (principalmente el Nur-Isterate), y tres anticonceptivos orales (dos de ellas porque habían tenido la experiencia de efectos secundarios con el Nur-Istrate). De las 35, 14 ya eran madres, siendo seis las que nunca habían usado anticonceptivos. Dos de las informantes aún no eran sexualmente activas. Ninguna estaba casada, lo que refleja el hecho de que el matrimonio adolescente es muy raro; en efecto, solo 1.2% de las jóvenes sudafricanas entre 15 y 19 años están casadas.[5]

Hallazgos

Presiones para prevenir, presiones para concebir

En la negociación de su sexualidad y del uso anticonceptivo, las jóvenes reportaron haber experimentado presión y coerción proveniente de diversas fuentes. No estaban en capacidad de tomar decisiones sobre el uso anticonceptivo y sobre la prevención del embarazo como individuos autónomos. Este era claramente un terreno sumamente disputado en el que diversos actores sostenían vigorosos puntos de vista y los trataban de imponer, a menudo a la fuerza, a las adolescentes. Las enfermeras frecuentemente trataban de obligar a las jóvenes a usar inyectables, entendiendo que era la forma más confiable de anticoncepción. Las enfermeras describían a las jóvenes como «testarudas» por no seguir las advertencias de abstenerse del sexo. También se informó que algunas madres trataban de imponer a sus hijas este método anticonceptivo, llevándolas a los dispensarios tan pronto se iniciaba la menstruación. Estas presiones encontraban aceptación o resistencia, dependiendo de si las muchachas sentían que sus necesidades y preocupaciones estaban siendo tomadas en cuenta o no. Sin embargo, muchas adolescentes iniciaban voluntariamente el uso anticonceptivo, en algunos casos antes de la primera relación sexual, a menudo como resultado de la presión de sus pares para usar la anticoncepción y, en ocasiones, incitadas por sus parejas sexuales varones.

De otro lado, frecuentemente había presión para que se embarazaran a edades tempranas. Muchas jóvenes describían la importancia de probar su fecundidad –descrita como tener una «robusta culebra en las entrañas»– para así alcanzar la posición y la aceptación como mujer, perspectiva sostenida, según se reportó, entre los referentes significativos en sus vidas. En algunas familias, la actitud persuasiva para tener un hijo a edad temprana era abierta, a veces motivada por las abuelas que deseaban una criatura para que les haga compañía. Esto parece reflejar una institucionalización histórica,[2,13,15,16] si es que no una aceptación pública explícita, del embarazo premarital y el ordenamiento rutinario del cuidado de los niños en el marco de la familia extensa.

Al mismo tiempo, estaban muy difundidos los temores de que la anticoncepción podría causar la infertilidad. Los predicadores de las iglesias africanas locales advertían en sus sermones que el uso de anticonceptivos «perfora y estropea los huevos». Parecía también que algunas enfermeras daban información apoyando este punto de vista. Una enfermera explicó:

«Les decimos: 'Puede que quedes embarazada, puede que no' [luego de usar el anticonceptivo inyectable], y podrías decir que 'A veces puede ser debido al desarrollo de tu sistema reproductivo, a veces porque usaste la inyección'».

Varias madres adolescentes describieron cómo sus propias madres no les habían permitido usar la anticoncepción por si esta les causaba una infertilidad permanente, y las habían animado, activamente, para que se embaracen. A menudo se quejaban de que la anticoncepción las enfermaba, así como de «dolores a la cintura» después del sexo, pérdida de peso, disminución en la sensibilidad sexual debido a la humedad vaginal, y temían ser condenadas (es decir, hacerse estériles).

Se reportó que las parejas sexuales de las jóvenes a menudo querían probar su fertilidad teniendo un hijo, y el embarazo estaba asociado a una prueba de amor y compromiso. En lugar de plantear directamente este tema, las jóvenes informaron que algunas parejas masculinas usaban tácticas manipuladoras para hacer que ellas suspendieran el uso anticonceptivo. Se registró que algunos compañeros exigieron que se detuviera el uso anticonceptivo, en ocasiones amenazando con usar, o usando, la violencia física para poner ello en práctica, o rompiendo la tarjeta del dispensario y arrojando las pastillas. Como resultado de esta coerción, algunas muchachas quedaron embarazadas, mientras que otras siguieron usando la anticoncepción secretamente.

Prácticas anticonceptivas tradicionales e ideas médicamente incorrectas sobre la concepción

Cuando las madres y las enfermeras trataban de obligar a las jóvenes a usar los anticonceptivos, sus elevadas expectativas de obediencia y respeto con frecuencia ponían en segundo plano la atención a las necesidades de información de las adolescentes y la consideración seria de sus preocupaciones. Las muchachas entrevistadas dijeron que se les había aportado, a lo más, escasa y vaga información sobre la menstruación o los temas sexuales; que esta provenía de las madres, otros parientes, o de las maestras. Algunas adolescentes describieron a las amistades como fuentes importantes de información sobre los métodos anticonceptivos, y reportaron haber visitado ocasionalmente el dispensario en grupos pequeños, proporcionándose consejo mutuo. No obstante, la falta de acceso a la información médica sobre el sistema reproductivo dejaba un espacio para ser cubierto por las nociones imprecisas sobre las condiciones necesarias para la concepción. Esto llevó a algunas adolescentes a pensar que no estaban en riesgo de embarazo; por ejemplo, que la sangre de cada una de las partes de la pareja sexual tenía que «acostumbrarse a» la de la otra mediante una serie de encuentros sexuales, antes de que pudiera ocurrir la concepción. En esta misma línea, existía la creencia de que si la mujer tiene parejas múltiples y las alterna regularmente, la concepción no puede prosperar porque «la sangre es diferente» cada vez.

Estaba muy difundida la información acerca de los métodos anticonceptivos tradicionales y religiosos locales como, por ejemplo, atarse a la cintura una soga conteniendo medicinas tradicionales, mezclar una pieza de tela cubierta de la sangre menstrual de la mujer con medicinas de un curandero tradicional y enterrarla, y tomar té o pócimas a las que hubieran rezado los dirigentes religiosos. Otro método mencionado por algunas jóvenes fue el de la «prevención por la menstruación» que consiste, según explicaron, en abstenerse del sexo en la segunda mitad del ciclo (antes y durante la menstruación), periodo que percibían como el de mayor riesgo de concebir. Las muchachas entrevistadas dijeron no usar ellas mismas estos métodos, pero que los creían efectivos, explicando que el embarazo solamente ocurriría si la medicina tradicional había perdido su potencia. En una investigación reciente, aún no publicada, sobre otra región de Sudáfrica, hemos encontrado que esos métodos son comúnmente usados por las adolescentes, así como que está extendida la creencia de que lo más probable es que la concepción ocurra durante la menstruación.

Las enfermeras nos dijeron que algunas adolescentes tomaban pastillas anticonceptivas solo cuando sus parejas sexuales las venían a visitar, o solo durante la mitad de los días requeridos, para reducir las probabilidades de subir de peso. Las enfermeras dijeron que, a veces, si dejaban de usar

las píldoras, luego las tomaban todas juntas, lo que está en consonancia con las prácticas documentadas sobre otras partes del país, donde toman el paquete completo de pastillas para inducir el aborto.[17] La mayoría de las adolescentes con las que discutimos el tema de la pastilla tenían la impresión, reforzada por las enfermeras, de que el olvido de tomar una pastilla resultaría en el embarazo.

Al momento de la investigación, el grueso de las informantes tenían poca experiencia en el uso de condones y les preocupaba que estos se quedaran dentro de la vagina o de la matriz, y que luego tuvieran que ser retirados por un doctor en el hospital. Las autoras han encontrado esta idea también entre adolescentes en otra parte del país.

Bloqueos sanguíneos: ausencia de menstruación y anticoncepción inyectable

La mayor parte de las muchachas que usaban anticonceptivos inyectables reportaron haber experimentado irregularidades menstruales, las que a menudo resultaban en la suspensión del uso anticonceptivo, por cuanto las enfermeras usualmente no les permitían cambiar de métodos. El cambio de método se reservaba para los casos en los que las enfermeras identificaban un problema médico «real». La ausencia prolongada de la menstruación significaba que las muchachas no sabían si es que estaban embarazadas o no. También estaba extendida la noción de que la menstruación se producía para limpiar la matriz de la «tierra» acumulada.[18] Una informante explicó la menstruación irregular como sigue:

«Una mujer tiene dos tubos que dicen que liberan la menstruación, pero a veces solo uno de los tubos la libera [a la sangre], y si es este el caso, no puede liberar todos los meses».

La mayor parte de las informantes describieron este estado de «bloqueo» en términos de una condición peligrosa, identificada por «coágulos oscuros» o «dolores a la cintura», los que interpretaron ya sea como una indicación, o como la causa de enfermedad. Algunas dijeron que el no menstruar era, en sí misma, una enfermedad, y explicaron que quería decir que el inyectable «no era bueno para la sangre». Permanecer en un estado de tal bloqueo podría causar una multitud de otros síntomas, incluyendo la incomodidad abdominal, la hinchazón del cuerpo, dolores de cabeza (la sangre estaba «bloqueada en la cabeza»), cansancio, dolores en el cuerpo, infecciones, subida de peso, cambios en la piel, en particular un matiz azul que demostraba que la sangre se había ido a otro lado. Una adolescente interpretó que la hinchazón del cuerpo se debía a que la sangre que «normalmente se quedaría en el abdomen para hacer al bebé» descendía a las piernas o a otras partes del cuerpo. La sangre bloqueada en algún lugar del cuerpo podría eventualmente «salir muy violentamente», con efectos adversos. Se narró dos historias de casos en los que se dice que las mujeres literalmente colapsaron y sangraron hasta morir debido a que la sangre había salido muy rápido.

La infertilidad estaba relacionada con estos bloqueos sanguíneos. Una explicación fue que la sangre se había acumulado en el abdomen, causando que la matriz «se cansara», evitando potencialmente el embarazo, a veces permanentemente. Otra muchacha explicó el proceso de esta manera:

«Si no estás con la inyección, la sangre se queda en algún lugar cerca de la matriz, y si no concibes ese mes, la sangre puede salir; pero si usas Nur-Iserate, esta sangre no pasa fácilmente a ese lugar cerca de la matriz, lo que significa que tu cuerpo nunca volverá a ser como antes, y esta sangre evita que vuelvas a quedar embarazada».

La mayoría de las muchachas pensaba que esta infertilidad era un estado temporal, y explicaban que luego de dos o tres años la inyección «podía aún permanecer en tu cuerpo» o, de manera alternativa, que tomaría el mismo tiempo concebir luego de haber suspendido la inyección, que el tiempo en que se la utilizó.

La ansiedad por el retiro de los períodos menstruales condujo a patrones erráticos de uso anticonceptivo, justificados por las muchachas en términos de la necesidad de «esperar a que salga la sangre». Una muchacha había adoptado un patrón mediante el cual usaba la inyección durante tres

meses por vez, y luego tenía un receso de tres meses para menstruar. Otro efecto secundario de la anticoncepción con inyectables que se reportó fue la menstruación en exceso, lo que llevaba a una preocupación, expresada por una informante, de que su sangre eventualmente «se acabaría».

La estigmatización del sexo adolescente

En cuanto a la administración de los efectos secundarios de la anticoncepción, había un desencuentro sustancial entre las necesidades y expectativas de las adolescentes usuarias, y las preocupaciones y prácticas de las enfermeras. Estas generalmente se sentían muy incómodas por dar la anticoncepción a las adolescentes, particularmente a las más jóvenes, a las que invariablemente consideraban como «niñas». Tenían la percepción de que el sexo estaba empezando a edades cada vez más tiernas, y que la fácil disponibilidad de la anticoncepción estimulaba ello. Expresaban su preocupación por las consecuencias del embarazo temprano, especialmente el que las muchachas abandonaran temprano la escuela, así como la profundización de la pobreza en las familias.

«Me preocupa sobremanera ver que niñas tan pequeñas se involucren a una edad temprana exponiéndose ellas mismas a las enfermedades; me conmueve mucho».

A consecuencia de estas preocupaciones, las enfermeras decían que a menudo trataban de influir en las adolescentes para que no tengan sexo, cuando venían por la anticoncepción. Como explicó una de ellas: «Empiezas por darles charlas sobre los peligros del sexo temprano antes de que ellas te convenzan a ti de darles lo que desean». Otra dijo que las enfermeras les decían a las adolescentes que el uso anticonceptivo no significaba que tenían que «ir correteando por allí» con muchas parejas, sino que debían «pegarse a la moral normal». A las enfermeras les parecía problemática la actitud que se implicaba en el sentido de que el sexo era un «juego», y se la describía como síntoma de ignorancia y falta de preocupación por las consecuencias.

Las adolescentes confirmaron lo que las enfermeras decían, explicando que éstas no les entregaban la anticoncepción sino hasta luego de haber hecho «preguntas graciosas» sobre si tenían enamorados, por qué habían tenido sexo tan jóvenes, si les habían dicho a sus madres y por qué usaban minifaldas, y de haberles dado una conferencia acerca de que eran muy jóvenes para el sexo, y de decirles que paren de estar alrededor de los hombres. Se reprendía a quienes rehusaban responder a estas preguntas, haciéndolas sentir avergonzadas y temerosas. Las muchachas reportaron unánimemente que no podían ponérseles al frente a las enfermeras, que eran mayores y esperaban que se las respetara, y porque necesitaban de sus servicios.

«Solo nos sentimos avergonzadas pero no las desafiamos. A veces las puedes desafiar y hallas que puedes usar palabras que las pueden herir; en la siguiente vez que vas allá, encuentras que se niegan a ayudarte».

Al ser preguntada una enfermera si los comentarios y charlas sobre los peligros del sexo temprano evitarían que las chicas asistan al dispensario, respondió lo siguiente: *«Ellas lo disfrutan, no tienen miedo, siempre y cuando no seas dura con ellas».* Otras admitieron que, incluso si sus «conferencias» eran una barrera para el acceso, ellas todavía se sentían obligadas a dárselas.

La estigmatización del sexo adolescente fue una barrera para acceder a los servicios anticonceptivos, pero la mayoría de las enfermeras no identificaron sus acciones como elementos que contribuían a reforzar el estigma. Se nos dijo que la renuencia a aceptar la identidad manchada de las muchachas que no eran vírgenes era una barrera al uso de servicio. No se podía tener acceso a la anticoncepción sin aceptar que esta era necesaria, y buscar la anticoncepción equivalía a una forma de admisión pública de actividad sexual. Como lo dijo una enfermera: *«Es su secreto, y es un escándalo que las enfermeras lo sepan».* La percepción de que la sexualidad juvenil está estigmatizada fue reforzada, tanto por la acción de las enfermeras como por las mujeres mayores en las salas de espera del dispensario, de las que se dice que hacían comentarios.

Enfermeras reprensoras y desquite de las adolescentes: la dinámica del poder en los servicios anticonceptivos rurales

Las experiencias de «hostigamiento» de parte de las enfermeras surgieron como un tema fuerte en las narrativas de las informantes adolescentes, incluso en las entrevistas sostenidas en las habitaciones contiguas de los dispensarios, lo que potencialmente habría inhibido una discusión franca de estas preocupaciones. Comúnmente las adolescentes describían a las enfermeras como rudas, de temperamento irritable y arrogantes.

Legalmente, las menores de edad no precisan de la autorización paterna/materna para recibir la anticoncepción, pero algunas enfermeras se sentían incómodas con esto, y también temían las reacciones iracundas de los padres. Este era un problema especialmente en lugares como el de nuestro estudio, donde las comunidades son pequeñas y las iglesias que se oponen al uso anticonceptivo son influyentes. Por lo tanto, el personal no siempre seguía la política oficial, aun cuando indicaban que generalmente abastecían de un método a una adolescente cuya madre estaba en desacuerdo o no sabía. Sin embargo, el pedir el permiso del padre o madre era una barrera potencial al acceso y ciertamente ocurría; por ejemplo, a una muchacha a la que entrevistamos se le había dicho que regresara con la madre.

Las adolescentes hablaban de haber sido regañadas por las enfermeras por muchas cosas, como haber recibido dosis previas de anticonceptivos de un médico general (privado), o haber usado un dispensario estable cuando su hogar correspondía a los servicios de un dispensario móvil, o por no llegar al dispensario temprano en la mañana (a pesar de que, para la mayoría, la visita a este lugar solo era factible luego de las horas escolares). Las tarjetas del dispensario también se constituían en un área importante de lucha. La mayor parte de las enfermeras se quejaba de que algunas muchachas manipulaban sus tarjetas y, particularmente, cambiaban las fechas y falsificaban las firmas de las enfermeras si se atrasaban a la nueva cita, a fin de evitar la reprensión. Una enfermera le llamó a esto «no saber que se están engañando a ellas mismas». Otra enfermera explicó que algunas muchachas usaban la «falsificación» a modo de estrategia para resistirse frente a las madres que las obligaban a usar anticonceptivos contra su voluntad. Las enfermeras describían esto como truhanería e, incluso, como conducta criminal, lo que les hacía sentir que estaban hartas y ofendidas, cosa que les decían a las muchachas. Algunas de las adolescentes nos dijeron que si llegaban tarde a la nueva cita porque estaban ocupadas, se olvidaron, o estaban fuera, o si habían perdido o dañado su tarjeta de dispensario, a veces suspendían la anticoncepción por un tiempo por no enfrentar la amonestación del personal. También podían, como lo mencionó una enfermera, compartir los anticonceptivos orales con amigas en lugar de ir a los dispensarios ellas mismas.

Si bien la terminación del embarazo ha sido legal en Sudáfrica desde febrero de 1997 (antes de la realización de esta investigación) y la anticoncepción de emergencia supuestamente debe estar disponible en los dispensarios, las enfermeras eran inflexibles en no dejarse «manipular» para entregar la anticoncepción de emergencia como abortivo. Esto se condice con la resistencia generalizada de las enfermeras a comprometerse de alguna manera con el aborto o, siquiera, brindar información sobre el mismo.[17] Las enfermeras también refirieron que algunas muchachas solicitaban el inyectable o, con menor frecuencia, «las pastillas rojas» (anticoncepción de emergencia) si sospechaban que estaban embarazadas, creyendo que éstas las harían abortar. Aunque no era médicamente necesario, los dispensarios tenían una norma según la cual una mujer podía recibir una inyección solo cuando estaba menstruando, de modo que las enfermeras podían estar seguras de que no estaba embarazada. Las enfermeras reportaron que las adolescentes se prestaban las toallas sanitarias manchadas, o le ponían al paño jugo de remolacha o sangre de un dedo pinchado, para tratar de convencer a las enfermeras de que, en realidad, estaban menstruando. Explicaron que a menudo detectaban tales casos en la conducta de las adolescentes: *«Estas serán agresivas, ella solo te obliga a inyectarla, o se puede poner a llorar»*.

Aunque la mayoría de las muchachas se sentían impotentes para responder a las enfermeras en el dispensario, algunas parecen haberse desquitado al encontrarlas en la comunidad. Las enfermeras se quejaron de esto.

«Ellas [las muchachas] son colaboradoras en el dispensario, pero afuera te empiezan a señalar, diciendo 'Allá está la mujer que estaba haciendo todas esas preguntas', Tú tratas de ignorarlas, pero la otras dicen '¡Oye! Ella no te puede hacer todas esas preguntas', y entonces tú te sientes chiquita porque estás fuera del dispensario».

Lo más importante, sin embargo, es que los efectos combinados de los intentos de las enfermeras por estigmatizar la sexualidad adolescente, las reprensiones y tratamiento duro hacia las muchachas adolescentes, y su falta de voluntad para reconocer las experiencias de las adolescentes como usuarias de anticonceptivos, socavaron el uso efectivo de la anticoncepción por las muchachas.

Discusión

El embarazo adolescente sigue siendo un problema importante en Sudáfrica. Si bien las tasas están en descenso,[5] continúan siendo muy altas, y la mayoría de las adolescentes aún reporta que sus embarazos son, por lo menos hasta cierto nivel, no deseados. La mayor parte de las muchachas entrevistadas en este estudio estaba usando anticonceptivos, pero no lo había hecho de manera continua en el pasado a resultas de lo cual algunas habían quedado embarazadas. En determinados casos, una experiencia problemática en el dispensario había conducido a una decisión inmediata de no regresar jamás. Otras barreras asumieron mayor o menor importancia, dependiendo de las circunstancias. Los problemas tales como los efectos secundarios podrían ser tolerados por un tiempo, pero más adelante podría suspenderse el uso anticonceptivo, aunque sea temporalmente. De manera parecida, el regaño de las enfermeras era, a veces, enfrentado por las muchachas asistiendo en grupos al dispensario, mientras que para otras que iban solas o que eran, tal vez, más jóvenes o más vulnerables podría ser una barrera absoluta.

Se necesita tener cautela con relación a la generalización de nuestros hallazgos. No sabemos si el mismo tipo de actitudes y experiencias prevalecen entre muchachas adolescentes y enfermeras de planificación familiar en la Provincia de Limpopo hoy en día. Sin embargo, nuestra investigación en la zona rural de la parte oriental del Cabo a lo largo de los últimos tres años, ha encontrado entre las muchachas ideas muy similares sobre la concepción, el uso extensivo de anticonceptivos «tradicionales», patrones irregulares de uso anticonceptivo moderno e información sobre enfermeras reprensoras.[19] Por lo tanto, tenemos razones para creer que nuestros resultados siguen siendo pertinentes, y que aún se necesita intervenciones.

Nuestro estudio identificó que la existencia de presión sobre las muchachas adolescentes para concebir era uno de los factores subyacentes a la elevada tasa de embarazo en las jóvenes. Si bien hay un discurso dominante en el sector salud sobre el problema del embarazo adolescente, nuestra investigación sugiere que algunas de la figuras influyentes en las vidas de las adolescentes consideran deseable el embarazo adolescente. No obstante, esta observación está en conflicto con otra investigación que sostiene que la mayoría de las madres de las adolescentes no querían su embarazo en ese momento.[5] Esto apunta a la naturaleza cambiante sobre la «deseabiidad» de los embarazos adolescentes, la que fue anotada por Jewkes et al.[2] Es poco probable que haya una perspectiva más unificada sobre la deseabilidad del embarazo adolescente en las comunidades hasta que la educación de mayor nivel y cobertura y las oportunidades de empleo para la juventud generen una convergencia de ideas sobre los costos sociales y otros del embarazo adolescente. Mientras tanto, es probable que no pueda prevenirse una proporción de los embarazos adolescentes a pesar, incluso, de las mejoras en los servicios de salud.

Una de las barreras para el uso anticonceptivo efectivo fue el conocimiento limitado e impreciso de la anatomía reproductiva y de la fisiología. Esto mismo se ha encontrado en buena parte de la investigación previa,[4,14] y refleja una falta de conocimiento general y el fracaso de la enseñanza en las escuelas. Recientemente ha habido esfuerzos para mejorar esta área del currículo y la enseñanza en Sudáfrica, pero hay evidencia considerable de que sigue siendo insatisfactoria y que, a menudo, es ofrecida solo después de que los adolescentes han pasado a ser sexualmente activos.[20] Nuestros

hallazgos refuerzan la necesidad de suministrar información a los adolescentes antes de que comiencen la actividad sexual, lo que ocurre usualmente a la edad de 14 años.[3,14,21] También sugeriríamos que es necesario refutar, activamente, las creencias locales erróneas que son comunes.

Hay buena evidencia de que la atención de elevada calidad en los servicios anticonceptivos da por resultado el uso continuo de la anticoncepción.[22,23] Las mujeres que reciben más información y mejor consejería sobre los efectos secundarios tienen menos probabilidades de descontinuar el uso.[24-26] Las mujeres jóvenes necesitan mejor información sobre la anticoncepción, sea esta entregada como parte de la educación en salud sexual y reproductiva en las escuelas, a través de otros medios, o por los establecimientos de salud. Ésta debería abordar las preocupaciones comunes sobre los efectos secundarios de la anticoncepción y acerca de cómo pueden administrarse sin poner en peligro la efectividad anticonceptiva. Nuestros resultados también sugieren que el personal de enfermería en los servicios anticonceptivos puede tener vacíos en su educación y en el conocimiento del uso anticonceptivo, así como en la administración de los efectos secundarios. En particular, en un contexto de uso de anticonceptivos inyectables, la diferencia entre la infertilidad y el retraso inducido por la anticoncepción en la recuperación de la fertilidad debe ser mejor comprendida y comunicada. En este marco, la causa más común de infertilidad son las enfermedades sexualmente trasmitidas, y su prevención también precisa ser comunicada efectivamente.

El manejo efectivo de los efectos secundarios de la anticoncepción es un área de práctica clínica que requiere de buena escucha y de habilidades comunicacionales, pero también de una actitud particular hacia las adolescentes y hacia el papel de las enfermeras. Mientras que la rigidez que observamos en las respuestas de las enfermeras con relación a los efectos secundarios puede indicar, parcialmente, falta de confianza y una capacitación inadecuada, también refleja un enfoque jerárquico de las relaciones enfermera-paciente que dificultan el que las enfermeras hablen con las muchachas en sus términos. También puede estar reflejando el empleo de tácticas basadas en el miedo, en un esfuerzo por disuadir a las adolescentes de tener sexo. En la provincia de la parte oriental del Cabo, Mathai grabó las consultas de las usuarias de anticoncepción con las enfermeras y mostró que se utilizaba muy poco del tiempo disponible en la discusión en tratar sobre la forma de usar los métodos, sobre lo que se sabe de los efectos secundarios o sobre las causas de los síntomas.[27] La capacitación de los proveedores de anticonceptivos necesita armarlos con un enfoque más empoderante, y que prepare más para la resolución de problemas; pero también requiere abordar los papeles y las actitudes con respecto a sus pacientes. La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado un instrumento para que los proveedores de planificación familiar afronten estos temas.[29] Solo será efectivo, sin embargo, si se orienta a los proveedores en términos de la actitud hacia la entrega de información y el empoderamiento de las muchachas que necesitan de la anticoncepción. La Iniciativa Nacional de Dispensarios Amigables para los Adolescentes en Sudáfrica es un ejemplo de programa que se ha propuesto mejorar los servicios anticonceptivos para mujeres jóvenes, haciéndolos más accesibles y aceptables.[9] Precisa establecerse, sin embargo, su efectividad.

El enfoque juzgador de algunos proveedores de cuidados de salud en Sudáfrica ha actuado como barrera en el uso de una gama de servicios.[9,17,27,28,30,31] El que las enfermeras en este estudio pensaran que estaba mal que las adolescentes tuvieran sexo afectó sus acciones en los encuentros clínicos. A pesar de creer que el embarazo adolescente era un problema que debía ser prevenido, las enfermeras no se sintieron bien al ofrecer la anticoncepción a las muchachas. Sus intentos por desincentivar el sexo joven parecieron estigmatizar más aún la actividad sexual, y actuaron como una barrera al uso anticonceptivo. La brecha entre las políticas personales de las enfermeras (que reflejan las normas sociales más amplias) y los imperativos de salud pública es un reto importante para los servicios de salud, en la medida en que pone en peligro la entrega de servicios efectivos de elevada calidad. También levanta preguntas importantes sobre la socialización profesional, la capacitación, la supervisión y el

GISELE WULFSOHN/PANOS PICTURES

Performance educativa en VIH/SIDA

desarrollo del personal de enfermería. Intervenciones tales como la serie de talleres Trabajadores de la Salud por el Cambio pueden tener un papel importante en la asistencia al personal para abordar algunos de estos asuntos.[32]

Esta investigación fue conducida antes de que se iniciaran las campañas *love-Life* (Ama la Vida) [<http://www.lovelife.org.za>] en Sudáfrica. Uno de los propósitos de estas campañas ha sido reducir el estigma asociado con la sexualidad adolescente y establecer que, dado que la mayoría de los adolescentes son sexualmente activos (casi todos al llegar a los 20 años), es importante reconocerlo, brindar información correcta sobre el sexo y posibilitar que la actividad sexual sea segura. No sabemos qué impacto hayan tenido dichas campañas en las percepciones de las adolescentes sobre el ser sexualmente activas. Nuestros hallazgos, sin embargo, sugieren que una meta programática de esta naturaleza seria apropiada y podría hacer una contribución positiva al mejoramiento del acceso y uso anticoncepticvo.

Agradecimientos

Esta investigación fue financiada por el Reproductive Health Research Fund of the Health Systems Trust, y no habría sido posible sin las mujeres jóvenes y las enfermeras de dispensarios que participaron. Joyce Maepa actuó como intérprete, coentrevistadora y tradujo y transcribió las entrevistas grabadas. Dr Lloyd Kasek, el Nursing Services Department of Mankweng Hospital and Limpopo Province Department of Health Research Committee dio el acceso a la sede de la investigación y facilitó la investigación. Quisiéramos agradecer a Peter Aggleton por sus comentarios al manuscrito.

Traducción: Sandra Vallenas

Referencias

1. Buga G, Amoko D, Ncayiyana D. Sexual behaviour, contraceptive practices and reproductive health among school adolescents in rural Transkei. South African Medical Journal 1996;86:523-27.
2. Jewkes R, Vundule C, Maforah F, et al. Relationship dynamics and adolescent pregnancy in South Africa. Social Science and Medicine 2001;52(5): 733-44.
3. Kaufman C, Clark S, Manzini N, et al. Communities, opportunities and adolescents' sexual behaviour in KwaZulu-Natal, South Africa. Studies in Family Planning 2004;35(4):261-74.
4. Varga C. Sexual decision-making and negotiation in the midst of AIDS: youth in KwaZulu/Natal, South Africa. Health Transition Review 1997;7(Suppl. 3):45-67.
5. Department of Health. South Africa Demographic and Health Survey. Pretoria7 Department of Health, 1999.
6. Department of Health. National HIV and syphilis antenatal seroprevalence survey South Africa 2003. Pretoria Department of Health, 2004.
7. Chimere-Dan O. Contraceptive prevalence in South Africa. International Family Planning Perspectives 1996;22(1):4-9.
8. Burgard S. Factors associated with contraceptive use in lateor post-apartheid South Africa. Studies in Family Planning 2004;35(2):91-104.
9. Dickson-Tetteh K, Pettifor A, Moleko W. Working with public-sector clinics to provide adolescent-friendly services in South Africa. Reproductive Health Matters 2001;9(17): 160-69.
10. Mfono Z. Adolescent contraceptive needs in urban South Africa: a case study. International Family Planning Perspectives 1998;24(4):180-83.
11. Wood K, Maforah F, Jewkes R. "He forced me to love him": putting violence on the adolescent sexual health agenda. Social Science and Medicine 1998;47:233-42.
12. Varga C. How gender roles influence sexual and reproductive health among South African adolescents. Studies in Family Planning 2003;34(3):160-72.
13. Preston-Whyte E. Culture, context and behaviour: anthropological perspectives on fertility in Southern Africa. South African Journal of Demography 1998;2(1):13-23.
14. Richter L. A survey of reproductive health issues among urban Black youth in South Africa. Pretoria7 Society for Family Health, 1996.
15. Caldwell JC, Caldwell P. The South African fertility decline. Population and Development Review 1993;19(2):225-62.
16. Preston-Whyte E, Zondi M. African teenage pregnancy: whose problem? In: Burman S, Preston-Whyte E, editors. Questionable Issue: Illegitimacy in South Africa. Cape Town Oxford University Press, 1992. p.226-46.
17. Jewkes R, Gumede T, Westaway M, et al. Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005;112(5):1236-42.
18. See Jewkes R, Wood K. Problematizing pollution: dirty wombs, ritual pollution and pathological processes. Medical Anthropology 1999;18:163-86.
19. Jewkes R, Nduna M, Levin J, et al. A cluster randomized controlled trial to determine the effectiveness of Stepping Stones in preventing HIV infections and promoting safer sexual behaviour amongst youth in the rural Eastern Cape, South Africa: trial design, methods and baseline findings. Tropical Medicine & International Health 2006;11:3-16.
20. Manzini N. Sexual initiation and childbearing among adolescents in KwaZulu Natal, South Africa. Reproductive Health Matters 2001;9(17): 44-52.
21. Vundule C, Maforah NF, Jewkes R, et al. Risk factors for teenage pregnancy amongst African adolescents in metropolitan Cape Town: a case control study. South African Medical Journal 2001;91:73-80.
22. Rama Rao S, Lacuesta M, Costello M, et al. The link between quality of care and contraceptive use. International Family Planning Perspectives 2003;29(2):76-83.
23. Koenig MA, Hossain MB, Whittaker M. The influence of quality of care upon contraceptive use in rural Bangladesh. Studies in Family Planning 1997;28(4):278-89.
24. Cotton N. Early discontinuation of contraceptive use in Niger and the Gambia. International Family Planning Perspectives 1992;18(4):145-49. K Wood, R Jewkes / Reproductive Health Matters 2006;14(27):109-118

25. Lei Z-W, Wu SC, Garceau RJ, et al. Effect of pretreatment counseling on discontinuation rates in Chinese women given depot-medroxyprogesterone acetate for contraception. Contraception 1996;53:357-61.
26. Patel D. The effects of service quality on IUD continuation among women in rural Gujarat. In: Koenig MA, Khan ME, editors. Improving Quality of Care in India's Family Welfare Programme: The Challenge Ahead. New York Population Council, 1999. p.333-45.
27. Mathai M. A study of the knowledge and problem-solving ability of family planning nurses in Mdantsane. Unpublished thesis, Master of Philosophy (Maternal and Child Health). University of Cape Town. 1997.
28. Abdool-Karim Q, Preston-Whyte S, Abdool-Karim S. Adolescents seeking condoms at family planning services - Part 1. A user's perspective. South African Medical Journal 1992;80:301-02.
29. World Health Organization and John Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs, Information and Knowledge for Optimal Health (INFO). Decision making tool for family planning clients and providers. Geneva WHO, 2005 At: bhttp://www.who.int/reproductive-health/family_planning/counselling.htmlN.
30. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. Social Science and Medicine 1998;47:1781-95.
31. Kaufman C, de Wet T, Stadler J. Adolescent pregnancy and parenthood in South Africa. Studies in Family Planning 2001;32(2):147-60.
32. Vlassoff C, Fonn S. Health Workers for Change as a health system management and development tool. Health Policy and Planning 2001;16(Suppl. 1):47-52.

© Global Campaign for Education 2005
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2005;13(25):19–22
0968-8080/05 $ - see front matter
PII: S0 968 - 808 0(0 5) 251 88-1

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Las niñas no pueden esperar: por qué la educación de las niñas es importante y cómo lograr que ocurra ahora

Ponencia resumen para la reunión de evaluación de Beijing +10

Campaña Mundial por la Educación
Reproductive Health Matters 2005; 13(25):19–22

A menos que se logre la igualdad de género para las niñas en el campo educativo, el mundo no tiene ninguna posibilidad de alcanzar muchas de las ambiciosas metas sociales, de salud y desarrollo que se ha trazado (Secretario General de la ONU Kofi Annan, marzo 2005).

Este es el año en el que el mundo no logrará cumplir con el primer y más importante de todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio –igualdad de género en la educación para el año 2005. La negación persistente de la educación a un estimado de 60 millones de niñas es una emergencia global, aun cuando la comunidad internacional se rehuse a reconocerla como tal. En respuesta a esta emergencia no reconocida, esta ponencia propone un nuevo plan de acción para lograr que cada niña asista al colegio y aprenda.

La educación es un activo económico clave para los individuos y las naciones. Cada año escolar perdido representa una reducción de 10-20% en los ingresos futuros de las niñas. Los países podrían elevar su crecimiento económico per cápita en cerca de un 0.3% por año, o un 3% en la próxima década, si lograran una paridad en la matrícula entre niñas y niños.[1] El fracaso en la educación de niñas y mujeres perpetúa innecesariamente el hambre. El progreso en la educación de las mujeres ha sido el factor que más contribuyó a reducir la malnutrición entre 1970 y 1995, incluso más que la mayor disponibilidad de alimentos.[2] Las mujeres con educación son más capaces de resistir prácticas como la mutilación genital, el matrimonio temprano y la violencia doméstica por parte de sus parejas masculinas.[3]

En el año 2000, cuando 189 jefes de Estado firmaron la Declaración del Milenio, reconocieron que la educación de las niñas es un primer paso necesario para acabar con la pobreza y para el logro de los derechos humanos. Hicieron de la igualdad de género en la educación primaria y secundaria el primero de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), comprometiéndose a lograr que tantas niñas como niños asistieran al colegio para el año 2005. Sin embargo, la mayoría de países ni siquiera alcanzará a tiempo este paso preliminar. Si bien es cierto que el número de niñas que asisten a la escuela es mayor que nunca antes, también lo es que el acceso de niñas y niños a la educación ha crecido muy lentamente en los últimos cincuenta años. A finales de los noventa, los países en desarrollo empezaron a recuperar parte del terreno perdido durante los ochenta, cuando hubo un estancamiento e incluso disminución de las matrículas en la mayoría de países del África y Asia del Sur, pero el ritmo de avance es aún demasiado lento. De no producirse una dramática aceleración en este proceso, un 40% de países no habrá alcanzado la igualdad de género en la matrícula para 2015,[4] y unos 86 países no habrán alcanzado la educación primaria universal.[5]

Aunque la ventaja educativa de los niños sobre las niñas disminuyó ligeramente en el nivel primario en la década de los noventa, esto fue resultado

tanto de un marcado incremento en el número de niños que no asistían a la escuela en algunas regiones, como de un aumento en la asistencia de las niñas. En realidad, la tasa de matrícula neta de las niñas en los países en desarrollo cayó ligeramente de 86% a 85% en los años noventa.[4] A nivel secundario, la brecha entre adolescentes mujeres y hombres se ha mantenido casi constante desde 1998; en África subsahariana, solo 1 de cada 5 niñas está matriculada en secundaria, cifra que prácticamente no ha cambiado desde 1990 y, en algunos casos, desde la independencia.[6] A este ritmo, lograr que todas las niñas en África asistan a la escuela primaria tomará más de cien años, y varios cientos más antes que tengan la oportunidad de acceder a la educación secundaria.

La educación no es una solución mágica. Por sí misma no es suficiente para vencer las múltiples causas de privación y opresión de las mujeres. Aun aquellas que acceden a la educación, se enfrentan a profundas desventajas en el mercado de trabajo, la propiedad de la tierra y las elecciones sexuales y reproductivas. Se requiere de una acción más decidida en todos estos frentes. Sin embargo, en medio de una discriminación persistente, la educación otorga a niñas y mujeres confianza en sus habilidades y derechos, una habilidad para adquirir y procesar información y un mayor poder para generar ingresos, y cuesta solo US$ 100 al año. La evaluación de Beijing+10 y la evaluación de los ODM+5 este año son probablemente las últimas oportunidades antes de 2015 para movilizar la voluntad política y los recursos necesarios en torno a un plan y un cronograma lo suficientemente fuertes como para lograr que cada niña vaya a la escuela y aprenda. Lo que se necesita es un recuento completo del porqué se ha avanzado tan poco, y de lo que harán los gobiernos y las agencias internacionales en favor de la educación de las niñas en el mundo.

¿Puede lograrse el objetivo?

Es posible lograr un rápido avance. Muchos de los países más pobres han hecho un notable progreso en un corto periodo de tiempo. Mauritania, que se comprometió con una educación primaria gratuita y obligatoria, logró que la proporción de niñas con relación a niños aumentara de 67% a 93% entre 1990 y 1996. Mali logró reducir una profunda brecha en más de 10% en los noventa, y elevó las tasas de conclusión de primaria en más de 20% tanto para hombres como para mujeres. ¿Qué marcó la diferencia en estos países? No estaban satisfechos con una serie de proyectos de pequeña escala y programas piloto. Emprendieron una masiva expansión y mejora del sistema de educación pública, al tiempo que invertían en medidas para ayudar a las niñas en situación de pobreza y de otros grupos excluidos a acceder a la educación.

De manera abrumadora, las niñas no acceden a la escuela debido a la pobreza. Mientras más cara sea la educación, es menos probable que las familias inviertan en la educación de las niñas. En Kenya, por ejemplo, antes que se eliminaran los cobros escolares, las niñas tenían dos veces más posibilidades que los niños de ser retirados de la escuela por razones económicas.[4] Los costos de oportunidad son también un importante factor disuasivo para los hogares pobres: el trabajo infantil, pagado o no, es a menudo una parte importante de la sobrevivencia familiar, y mandar a las niñas a la escuela puede significar que haya menos comida en la mesa cada día. La OIT estima que 111 millones de niños entre 5 y 14 años realizan labores peligrosas en lugar de ir al colegio. En Bangladesh y Nepal no es raro que las niñas trabajen un promedio de diez horas al día, y en países fuertemente afectados por el VIH/SIDA, las niñas cargan mucha de la responsabilidad de cuidar a los enfermos y a los niños más pequeños.[4] Las leyes sobre educación obligatoria juegan un rol importante para combatir estas prácticas.[7] Algunas de las medidas más efectivas han sido las siguientes:

- eliminar las tarifas y cobros;
- establecer la gratuidad y obligatoriedad de la educación primaria;
- prohibir las peores formas de trabajo infantil; y
- proporcionar incentivos adicionales para ayudar a compensar el trabajo de las niñas en las familias pobres[8].

Después de que Uganda eliminó los cobros, hubo un incremento de 20% en la matrícula de niñas casi de la noche a la mañana, la que creció de 46% a 82% en el último quintil de niñas.[9] Cuando el

gobierno de Bangladesh introdujo transferencias en efectivo para las alumnas mujeres, la matrícula de niñas en las áreas cubiertas por el programa de transferencias aumentó hasta duplicar el promedio nacional.[10] En India, las niñas que viven en localidades donde se ofrece una comida gratuita en los colegios tienen una probabilidad 30% mayor de concluir la educación primaria que las otras niñas.[11] Hace algunos años, el SIDA provocó un éxodo masivo de los colegios de Lesotho; pero en algunos de ellos, la educación gratuita combinada con alimentación escolar está haciendo que un gran número de huérfanos regrese a estudiar.[4,6,12]

No obstante, las medidas para erradicar la desventaja educativa que enfrentan las niñas pobres no pueden detenerse en las puertas de la educación primaria. Para aprender y adquirir verdaderas habilidades, las niñas necesitan un tamaño de clase razonable, un número de horas lectivas adecuado, un abastecimiento suficiente de materiales de aprendizaje que sean sensibles al género y, probablemente más importante, docentes mejor capacitados y con mayor apoyo, incluyendo más docentes mujeres. En el mundo en desarrollo, menos de una cuarta parte de profesores de primaria son mujeres. La matrícula de las niñas aumenta con relación a la de los niños a medida que crece la proporción de docentes mujeres. Aunque la dirección de causalidad es difícil de determinar, existe una fuerte evidencia que sugiere que un mayor número de docentes mujeres alentarán a que más niñas asistan a la escuela.[12] Las niñas también deben ser liberadas de la amenaza de acoso y abuso sexual, y de supuestos sexistas acerca de qué y cómo se debe aprender. Necesitan igualdad de oportunidades para ascender por la escalera educativa, hasta el nivel secundario e incluso terciario. Los colegios deben apoyar a las niñas para que adquieran conocimientos y destrezas que la sociedad generalmente niega a las mujeres, como las matemáticas y ciencias, educación en salud sexual y reproductiva y programas de habilidades para la vida que generen autoconfianza y habilidades de negociación.

Haciendo que ocurra

La mayoría de países que han eliminado los cobros y que han abierto las puertas del aprendizaje a todos están invirtiendo 20% o más de sus presupuestos en educación. Desde que Kenya introdujo la gratuidad en la educación primaria en 2003, por ejemplo, el gasto en educación se ha incrementado hasta 40% del presupuesto público.[13] Sin embargo, a pesar de antiguos compromisos de aumentar el gasto en educación a 6% del PBI, los países de África y Asia del Sur y del Oeste todavía destinan en promedio menos de 3.5% del PBI al gasto en todos los niveles de educación[12] y la educación primaria recibe menos, en promedio, que el gasto militar. Más de 100 países aún imponen cobros y cargos de diverso tipo a la educación primaria.[4] Muy pocos tienen un plan nacional extenso de transferencias en efectivo, alimentación escolar gratuita u otros incentivos para apoyar la asistencia de las niñas y de los niños más pobres.

Incluso, si todos los países en desarrollo incrementaran sustancialmente su propia inversión en educación, aún requerirían de ayuda externa para alcanzar los ODM. Esto fue reconocido por los países ricos cuando afirmaron en el año 2000 que «no se permitirá que ningún país seriamente comprometido con la educación para todos fracase por falta de recursos». Magníficas palabras, pero poca acción. Los países donantes dan solo el 20% de la ayuda necesaria para lograr que la educación primaria sea universal en el año 2015. El total de lo que aporta el Grupo de los 8 para la educación básica es alrededor de la mitad de lo que cuesta un bombardero Stealth.

En 2001 se estableció la Iniciativa Vía Rápida de Educación para Todos (FTI por sus siglas en inglés) con el respaldo del Grupo de los 8 y de la Unión Europea para acelerar la ayuda a los países que cumplían con los altos estándares impuestos con relación a las políticas para el logro de los objetivos educativos. Sin embargo, la FTI está fracasando porque la comunidad de donantes se ha comprometido con escasas sumas de dinero, lo que limita la asociación de la FTI con solo trece países. Así, Yemen quisiera construir más colegios en áreas rurales y expandir un programa de transferencias que ha probado ser exitoso para atraer a niñas pobres a la escuela. Sin embargo, a pesar del apoyo de FTI, tiene un déficit de alrededor de US$ 96 millones anuales para implementar estos planes. Mauritania

necesita cerca del doble de la ayuda que recibe actualmente para implementar los planes educativos aprobados por los donantes de la FTI. Al eliminar los cobros; Kenya ha llevado a la escuela a un millón y medio más de niños, una mayoría de niñas, pero el tamaño de las clases se ha incrementado a más de cien en áreas urbanas, y el gobierno no ha sido capaz de aumentar el número de maestros desde 1998.[12]

Recomendaciones

La educación es un recurso esencial para las mujeres y un derecho humano fundamental para todos. La Campaña Global por la Educación apela a los gobiernos y la comunidad internacional para asegurar que cada niña y niño concluya la escuela primaria, con igualdad de género en los logros educativos, para el 2015.

- Para fines de 2005, cancelar la deuda impagable de los países pobres, e incrementar la cooperación externa para la educación básica a US$ 7 billones por año. Expandir la Iniciativa Vía Rápida para proporcionar un financiamiento completo, previsible y de largo plazo para finales del 2005, al menos a 30 países que estén listos para acelerar el progreso en la educación de las niñas. Establecer una programación y un plan de movilización de recursos para expandir la FTI a todos los países de bajos ingresos restantes que cuenten con un buen plan.
- Para fines de 2005, adoptar medidas inmediatas y efectivas para erradicar las peores formas de trabajo infantil, tal como prometieron los gobiernos cuando ratificaron la Convención 182 de la OIT en 1999.
- Para 2006, aumentar el gasto público en educación básica hasta al menos 3% del PBI.
- Para 2006, abolir los cobros y cargos en la educación primaria, garantizando una educación gratuita y obligatoria por al menos seis años. Establecer un plan que contemple un plazo para la expansión progresiva de la educación gratuita y obligatoria por al menos nueve años.
- Para 2007, introducir programas nacionales extensos para brindar apoyo adicional (tales como transferencias en efectivo condicionadas a la asistencia a la escuela, o alimentación escolar gratuita) a las familias más pobres, con el fin de compensar el costo de oportunidad de enviar a los niños al colegio.
- Garantizar oportunidades de educación de adultos a cada mujer analfabeta, dado que la instrucción de la madre favorece la asistencia y el logro escolar en las niñas.
- Para 2008, asegurar que cada niña tenga acceso a un ambiente seguro y acogedor para el aprendizaje, por ejemplo, a través de la construcción de más colegios cercanos a las comunidades, la provisión de letrinas privadas y seguras, el asegurarse que cada colegio tenga docentes mujeres, la inclusión de módulos de género en la capacitación a maestros, y una acción decisiva para erradicar la violencia contra las niñas en la escuela.
- Introducir un monitoreo desagregado por género de los logros y resultados del aprendizaje. Promover el respeto por una variedad de estilos de aprendizaje. Integrar la educación en habilidades para la vida e información sobre salud sexual y reproductiva en la estructura curricular. Mejorar la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre la educación, y asegurar que las maestras mujeres cuenten con iguales condiciones de ejercicio y oportunidades de desarrollo laboral.

Agradecimientos

Este artículo recibió el invaluable aporte de Elaine Unterhalter (Proyecto Beyond Access y Universidad de Londres). Se ha reimpreso en una versión ligeramente más corta con la gentil autorización de la GCE. El texto completo está disponible en http://www.campaignforeducation.org/resources/Mar2005/b10_brief_ final.doc.

Traducción: Rossana Vargas

© 2005 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2005;13(25):23-33
0968-8080/05 $ - see front matter
PII: S0 968 - 808 0 (0 5) 251 69-8

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Noruega y la CIPD+10: La asistencia internacional en salud reproductiva no refleja las políticas nacionales

Berit Austveg[a], Johanne Sundby[b]
Reproductive Health Matters 2005;13(25):23–33

[a] Asesor Senior, Consejo Noruego de Salud, Oslo, Noruega. E-mail: ba@helsetilsynet.no
[b] Profesor, Instituto de Medicina Comunitaria, Universidad de Oslo, Noruega

Resumen: En Noruega existe una larga historia de buenos servicios de salud reproductiva, que cuenta con algunos de los mejores indicadores de salud reproductiva del mundo –la disminución temprana de la mortalidad materna, buenos servicios de aborto, anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual, una baja tasa de embarazos adolescentes y un bajo índice de VIH– logrados mediante un paquete integrado de atención a la salud suministrado y financiado públicamente. Noruega, uno de los donantes más constantes a los programas de planificación familiar y salud reproductiva, comenzó su asistencia al desarrollo en 1952 y su asistencia a la planificación familiar en 1966. Además, ocupó un lugar destacado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y apoyó enfáticamente el Programa de Acción. Desde entonces, aunque se ha continuado brindando mucho apoyo multilateral a estas áreas, el apoyo bilateral ha disminuido. En general, la ayuda internacional no refleja el enfoque nacional hacia los servicios de salud reproductiva. Noruega ha brindado poco apoyo para mejorar los servicios de maternidad, evitó los temas de aborto y anticoncepción poscoito y desperdició las oportunidades de apoyar los servicios de adolescentes. La revitalización del discurso de los derechos reproductivos en Noruega podría proporcionar el fundamento para proteger a los servicios nacionales de salud reproductiva y deliberar sobre las políticas y decisiones relacionadas con la asistencia al desarrollo en Noruega. *© 2005 Reproductive Health Matters. All rights reserved.*

Palabras clave: *programas y políticas de salud reproductiva, asistencia al desarrollo, Noruega.*

Este artículo aborda algunas cuestiones de política vinculadas al desarrollo de los servicios de salud reproductiva en Noruega y discute en qué medida la política nacional ha influido en su actuación como donante en el área de población y salud reproductiva. Idealmente, las políticas internas y de cooperación externa de un país debieran estar estrechamente vinculadas; se trata, sin embargo, de complejos procesos imbricados en contextos políticos, culturales y socioeconómicos que involucran a numerosos actores, paradojas y compromisos.

Breve descripción de las políticas de salud reproductiva en Noruega

Reducción de la mortalidad materna, provisión de servicios de maternidad

Junto con los demás países nórdicos y los Países Bajos, Noruega fue pionera en la reducción de la mortalidad por causas vinculadas a la gestación, incluso si la comparamos con otros países desarrollados como Estados Unidos y Gran Bretaña.[1] La información que permite rastrear la historia de esta disminución es razonablemente confiable. Se

utilizó dos tipos de registro de las muertes: los registros médicos que consignan las causas y los registros llevados por los sacerdotes, a cargo de los servicios funerarios.[2] El Gráfico 1 muestra que los dos grupos de datos tienen el mismo patrón. En 1880, la tasa de mortalidad materna era de aproximadamente 500 por 100,000 nacidos vivos; en 1979, disminuyó a cerca de 10 por 100,000 nacidos vivos. Cerca de la mitad de esta reducción ocurrió tempranamente, entre los años 1885 y 1905, debido a un descenso en la mortalidad por sepsis (ver Gráfico 2). Dado que la tasa caso-fatalidad por sepsis no varió sustancialmente, el cambio en el patrón de mortalidad puede atribuirse a la prevención de infecciones más que a su tratamiento. La mortalidad por infección siguió disminuyendo y a partir de 1940 puede observarse también una reducción en la mortalidad por otras causas (Gráfico 2).

Algunas razones importantes que determinaron esta temprana reducción en la mortalidad materna están vinculadas a la forma que tomó la profesión médica en Noruega, y al hecho que se priorizara el cuidado obstétrico y las salas de parto desde el momento en que empezaron a construirse los hospitales, alrededor de 1800. El propósito de institucionalizar los nacimientos fue educar a las obstetrices para que trabajaran en las áreas rurales

Gráfico 1. Mortalidad materna en Noruega 1880-1979, todas las causas.
Muertes por 1000 nacimientos. Promedios para cinco años[2]

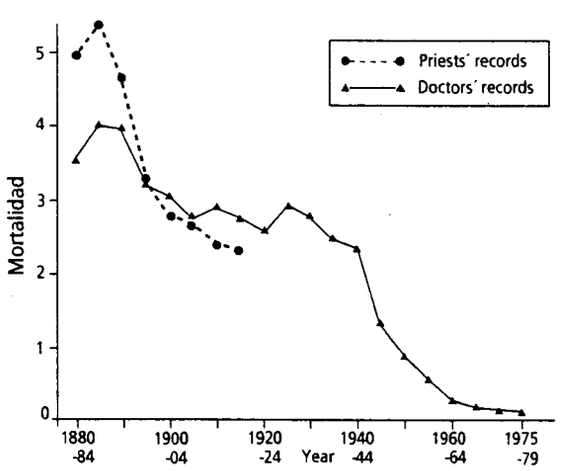
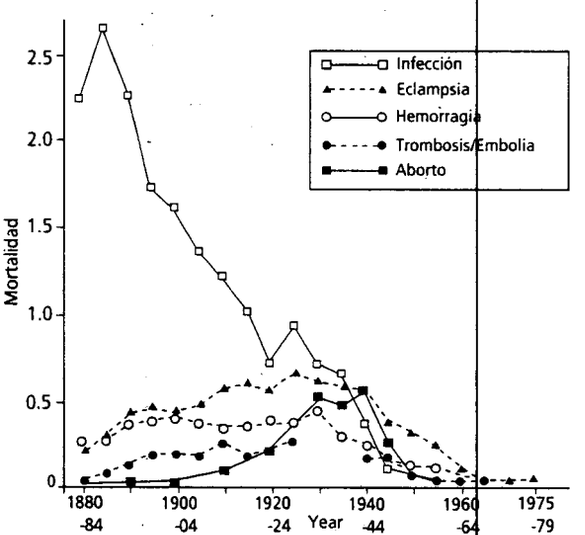


Gráfico 2. Mortalidad Materna en Noruega 1880-1979, según causa.
Muertes por 1000 nacimientos. Promedios para cinco años[2]



y atendieran a las mujeres pobres. Sin embargo, las clínicas de atención de parto estaban atestadas, eran a menudo antihigiénicas y tenían altas tasas de letalidad, mucho más altas que aquellas ocurridas en los partos domiciliarios. La sepsis era llamada «fiebre por herida» o «fiebre venenosa». Era atribuida a diversas causas, que incluían juicios de valor sobre los estándares morales de las mujeres.[3]

Las parteras tradicionales supervisadas por el clero fueron reemplazadas por matronas. En 1810, se introdujo una ley que obligaba a utilizar matronas capacitadas en los partos toda vez que estuvieran disponibles. Tanto las parteras tradicionales como las parturientas podían enfrentar cargos si hacían caso omiso a esta ley.[5] Se dio alta prioridad a este tipo de atención y se solicitó a las autoridades locales que enviaran a mujeres para ser capacitadas como matronas y, de ser necesario, que cubrieran el costo de su educación. El número de matronas aumentó a nivel nacional de 50 en 1810 a 500 en 1860.[3]

De esta manera, la importancia de la obstetricia fue reconocida tempranamente, siendo la primera profesión en el campo de la salud regulada por las autoridades con el objetivo dual de proporcionar los mejores servicios a las mujeres y asegurar el

interés de las obstetrices.[6] Aunque no queda claro el porqué de ello, aparentemente los médicos contribuyeron al presionar por el empleo de las obstetrices.[5] La disminución de la mortalidad relacionada con el embarazo en los países nórdicos y los Países Bajos se explica generalmente por el hecho que los partos normales eran atendidos por obstetrices, y no por médicos.[1]

La tasa de mortalidad materna en Noruega es actualmente una de las más bajas del mundo. La información del Instituto Nacional de Estadística de Noruega muestra una ocurrencia de 0-5 muertes maternas por año para el periodo 1980-2000. En la década de 1980, la tasa de mortalidad materna fue de 3.5 por 100,000 nacidos vivos, y de 4.6 en la década de 1990, siendo las complicaciones por hipertensión arterial la causa más frecuente de muerte. No se sabe si es posible reducir aún más la mortalidad materna.[7] El cuidado prenatal es universal y es provisto gratuitamente por médicos generales y obstetrices. Los partos son también completamente gratuitos. El índice de parto institucional es de casi 100%, con un sistema de centros de maternidad parcialmente descentralizado y un énfasis en la provisión de transporte adecuado para asegurar el acceso al nivel de atención apropiado.

Servicios de aborto

La historia del aborto en Noruega es similar a la de muchos otros países desarrollados. Una ley promulgada en 1687 no establecía ninguna diferencia entre el aborto y el infanticidio, y castigaba ambos con la pena de muerte.[8] En 1842 se abolió la pena de muerte, la que fue reemplazada por trabajos forzados y luego por encarcelamiento.[9] El Código Penal de 1902 establecía una pena de prisión de tres años para las mujeres que se hubieran sometido a un aborto ilegal, la que se mantuvo vigente hasta 1964.[8] Durante este periodo, las mujeres podían acceder a un aborto legal si un médico lo consideraba justificado, basándose en criterios poco claros y subjetivos.[10] El Gráfico 2 muestra el número de muertes por aborto ilegal comparado con otras causas de muerte materna; las muertes registradas fueron particularmente altas entre 1940-1945. Se cree, sin embargo, que esto se debe a una mayor exactitud de los registros en estos años más que a un incremento real.[2]

El parlamento adoptó en 1960 una ley distinta a la del Código Penal que entró en vigencia en 1964, según la cual los comités médicos de cada hospital debían decidir sobre cada caso individual. La actual ley de aborto fue aprobada en 1979, permitiendo que el aborto fuera realizado a demanda durante las primeras 12 semanas de gestación y por decisión de un comité médico después de las 12 semanas. Los cambios legislativos de 1979 reflejan las luchas y debates internos, como ocurrió con otros países europeos en la década de los sesenta y los setenta. El principal argumento para quienes defendían la liberalización era la evidencia sobre morbilidad y mortalidad producto de abortos ilegales, que afectaba particularmente a las mujeres pobres.[11] Un estudio de 1973 evidenció sesgos de tipo social y diferencias geográficas en torno a las decisiones de médicos y comités médicos sobre si debía o no admitirse un aborto.[12] Además de los investigadores, las ONG y funcionarios públicos ubicados en posiciones estratégicas contribuyeron a preparar el terreno para los cambios legislativos.[13] Los principales partidos políticos están debatiendo actualmente la posibilidad de extender el periodo límite de 12 a 16 semanas, y es posible que este tema adquiera importancia en el marco de las elecciones parlamentarias de septiembre de 2005.

Cuando se introdujo el aborto a demanda, se alegó que habría un incremento en los índices de aborto, lo cual no ocurrió. La tasa de aborto para la población total de mujeres entre 15 y 49 años fue de 12.6 en 2002. Aunque han habido fluctuaciones, la tendencia general ha sido hacia la disminución. Los abortos en mujeres jóvenes han sido seguidos con especial interés. En general, existen pocos embarazos adolescentes. La tasa de aborto entre adolescentes ha bajado de 21.0 por 1,000 en 1982 a 16.9 en 2002. Muy pocas adolescentes se convierten en madres en Noruega; actualmente, más de 6 de cada 10 embarazos adolescentes terminan en un aborto. Paralelamente, la edad de inicio sexual en mujeres ha disminuido en un año en la última década, siendo actualmente de 16.7 años. Puede concluirse entonces que las políticas y programas dirigidos a prevenir los embarazos no deseados en adolescentes han sido exitosos.[14]

Contracepción

En 1924, se abrió la primera clínica que ofrecía consejería en sexualidad y maternidad en Oslo; durante los años siguientes, se implementaron clínicas similares en otros lugares[15], con el respaldo en muchos casos de ONG y del movimiento obrero. Aunque en un inicio podían ofrecer una escasa tecnología anticonceptiva moderna, las clínicas fueron un espacio importante para las mujeres que buscaban información, ayuda o apoyo. Permitieron levantar el tema de la sexualidad y su relación con el poder y las relaciones de género de manera muy práctica, y aportaron a la educación del público en general y al discurso político. Desarrollaron una importante labor de documentación y abogacía, particularmente con relación al desgaste producido por embarazos frecuentes («síndrome de la madre exhausta»), abordando también la situación de las mujeres jóvenes en áreas urbanas que trabajaban en fábricas o como empleadas domésticas.[11]

Cuando, después de 1960, se amplió la oferta de anticonceptivos modernos, existía ya en el país una tradición de consejería en planificación familiar. Tanto las autoridades como las asociaciones profesionales contribuyeron a asegurar que los servicios de anticoncepción fueran parte integral de la atención primaria de salud, y no solo de los servicios de ginecología y obstetricia. Existía cobertura total a cargo de médicos pagados por el Estado que recibían incentivos económicos importantes por brindar consejería anticonceptiva.

Unas pocas ONG noruegas instalaron clínicas modelo para adolescentes además del sistema de salud ordinario. Desde 1999, la provisión de condones a jóvenes menores de 20 años ha sido gratuita. Esta medida fue adoptada como parte del plan de acción nacional para reducir los embarazos no deseados y la necesidad de recurrir a un aborto, y como parte de la estrategia para reducir el VIH y las infecciones de transmisión sexual. Adicionalmente, desde 2002 los contraceptivos orales para mujeres menores de 20 años son también gratuitos por decisión parlamentaria. Noruega ha sido también uno de los primeros países en el mundo en permitir la venta de contracepción poscoital sin receta médica en el año 2000.

Algunas otras cuestiones de salud reproductiva

Noruega fue pionera en introducir el tratamiento de fertilización *in vitro* en hospitales públicos. Esta política ha sido constantemente amenazada, con intentos reiterados de restringir estos servicios a grupos determinados. Hasta el momento, se han dado dos series de leyes relacionadas con tecnologías reproductivas. En la primera, solo podía brindarse tratamiento a parejas casadas y la donación de gametos era severamente restringida. En la segunda, se permitió el tratamiento de infertilidad para convivientes, así como el congelamiento de ovocitos y embriones. Sin embargo, la donación de ovocitos aún está prohibida. Según el Acta de Biotecnología revisada, la identidad de los donantes de esperma ya no puede ser mantenida en el anonimato.

Los pacientes con infecciones de transmisión sexual reciben desde hace varias décadas consultas y medicamentos gratuitos. Cuando en la década de los ochenta el VIH se convirtió en un problema en Noruega, que afectaba especialmente a los hombres que tenían sexo con otros hombres, las autoridades de salud invitaron a las organizaciones de activistas homosexuales a colaborar con las estrategias. Unos pocos activistas temían que el foco en el VIH reintrodujera el estigma hacia ellos, pero la mayoría sentía la necesidad de abordar este nuevo desafío de manera frontal. La adecuada cooperación entre autoridades de salud y grupos de activistas homosexuales ha mostrado ser fundamental, y se atribuye a este esfuerzo conjunto el que la epidemia de VIH haya sido mucho menor a la que se previó en la década de los 80. Desde 1987, las pruebas de despistaje de VIH son realizadas de manera rutinaria en las clínicas de atención prenatal.[17]

Derechos Reproductivos

En la lucha por la liberación de la ley sobre aborto, tanto políticos como ONG pusieron el acento sobre la cuestión de derechos. Los derechos reproductivos cobraron especial relevancia en dos periodos históricos.[18] El primero fue entre 1913 y 1930. Las mujeres adquirieron el derecho al voto en 1913, y en 1915 el parlamento adoptó el Acta de los Niños. John Castberg, el parlamentario que impulsó las leyes y cuyo nombre llevaron, era cuñado de Katti

Anker Moller, la activista por los derechos al aborto más importante de la época. El Acta otorgó a los niños el derecho a heredar y a llevar el nombre del padre independientemente del estatus marital de la madre, lo que permitió mejorar tanto la situación de los niños como la de sus madres. La lucha por los derechos de los niños ha ido de la mano con la lucha por los derechos al aborto.

Después de 1930, el debate sobre el aborto estuvo dominado por la profesión médica, los abogados y algunos políticos. Las ONG de mujeres eran una mezcla de organizaciones cristianas, organizaciones de amas de casa y otros grupos vinculados a la defensa de derechos que estuvieron divididos en torno al tema del aborto por largo tiempo. El segundo periodo, que precedió a los cambios legislativos, fue entre 1960 y 1978, de mayor cohesión y fortalecimiento de los grupos feministas.

El acceso universal a los servicios de anticoncepción, incluyendo a personas jóvenes y solteras, no ha generado mayor controversia desde tiempo atrás en la historia. Podemos remontarnos a 1947, cuando el entonces Director General de Salud, Karl Evang, sugirió que las clínicas de salud materno-infantil proporcionaran educación y métodos de control de la natalidad para mujeres solteras. Las protestas de las organizaciones de mujeres fueron tan intensas que la propuesta fue abandonada.[15]

El derecho a una licencia paterna extensa y pagada y el apoyo financiero para el cuidado infantil son a menudo consideradas razones que explican la relativamente alta tasa de fecundidad en Noruega con relación a otros países europeos. Según el Instituto Nacional de Estadística de Noruega, la tasa de fecundidad total es actualmente de 1,8. La licencia por maternidad y paternidad compartida es totalmente pagada en los primeros diez meses, o cubierta en un 80% por doce meses, otorgándose un subsidio adicional en efectivo hasta que el niño cumpla tres años.

En general, el panorama en Noruega es muy favorable, pero existen aún algunos desafíos. La noción de estado de bienestar, una larga y sólida tradición en Noruega, está siendo erosionada. Hace solo algunas décadas, era impensable que se introdujeran servicios de salud privados en forma paralela al sistema de salud pública. Ahora, la atención de salud privada va en aumento.[19]

A pesar de que se formaron dos comisiones para evaluar las prioridades en la atención de salud, no hubo mayores resultados, salvo transferir el subsidio público al pago privado para la esterilización y la fertilización *in vitro*.[20] Este fue un paso extraordinario. El éxito de la atención de salud reproductiva en Noruega se debe a que la sociedad ha asumido la responsabilidad de asegurar el acceso, y también el costo. Sin embargo, la privatización de estos servicios socava la ética de la salud pública.

El derecho a acceder al tratamiento para la infertilidad ha sido constantemente cuestionado en Noruega, y la restricción del acceso ha sido promovida por poderosas fuerzas políticas y religiosas. El Acta sobre Biotecnología estipula que solo las mujeres casadas y quienes conviven en relaciones de tipo matrimonial son elegibles. El argumento es que las demás no tienen derecho a tener un hijo y, por lo tanto, tampoco derecho al tratamiento. Noruega tiene una de las leyes de biotecnología más restrictivas del mundo, y cualquier forma de sustitución que vaya más allá de la donación de esperma está prohibida.

Existe también un movimiento contra la liberalización del aborto. Aunque no se han dado ataques directos a la actual ley de aborto, sí intentos sutiles que buscan socavar la confianza en la habilidad de las mujeres de tomar decisiones éticas con respecto a la culminación de su embarazo. Todas las mujeres embarazadas tienen acceso a una ecografía de rutina a las 17 semanas de gestación, a pesar de la controversia sobre el rol de este examen. Ocasionalmente, la ecografía puede realizarse antes si existe indicación médica. Una declaración de política gubernamental emitida el año 2002 creó incertidumbre respecto a si el médico o la obstetriz deben informar a las mujeres embarazadas cuando se detecta una anormalidad mediante una ecografía temprana.[21] Tal restricción en el derecho a la información requeriría de un cambio en la ley que regula los derechos de los pacientes. En el Acta sobre Biotecnología revisada en el año 2004, se hace explícito que las mujeres tienen el derecho a recibir dicha información.[22]

El rol de Noruega como donante en temas de población y planificación familiar Políticas 1966–94

La cooperación oficial para el desarrollo comenzó en 1952 en Noruega, en forma modesta.[23] El énfasis en la asistencia para planificación familiar se remonta a 1966, por recomendación de una comisión de alto nivel integrada por políticos de varios partidos y por expertos técnicos[24] bajo el supuesto de que el crecimiento de la población era un obstáculo para el crecimiento económico en los países en desarrollo. Se hizo un llamado a la colaboración de las autoridades en los países receptores que contaban con respaldo popular para limitar el tamaño de la familia.[25] No había consenso en la comisión respecto a este tema. Los miembros del Partido Conservador y los Demócrata Cristianos sentían que se requería mayor experiencia antes de establecer la planificación familiar como una prioridad.[26]

Dos años después, en 1968, el parlamento Noruego decidió que esta sería un área prioritaria en la cooperación para el desarrollo. Los Demócrata Cristianos votaron en contra, argumentando que la planificación familiar podría ser vista como una educación para la inmoralidad y podía violar la integridad de familias e individuos.[24] Norad, la agencia gubernamental para el desarrollo, destinó en 1970 el 10% de la cooperación bilateral a la planificación familiar, única área a la cual se asignó un porcentaje específico.[23] En retrospectiva, la motivación para esta decisión ha sido interpretada como neo-Maltusiana.[24]

En 1971, el parlamento respaldó una propuesta de política de Norad, debatida inicialmente en 1966, de planificación familiar «extendida», es decir, parte de la atención primaria de salud, con el objetivo de mejorar la salud materno-infantil. Esta propuesta obtuvo amplio respaldo.[24,25] Las políticas de población serían vistas como políticas de salud, no como intervenciones orientadas a influenciar el comportamiento sexual. Al ofrecer servicios de salud materno-infantil a las mujeres, se esperaba que estas demandaran servicios de planificación familiar, lo que eventualmente pondría freno al crecimiento de la población. Este enfoque permitió superar los desacuerdos previos en el parlamento, aunque la política era ambigua y abierta a la interpretación[24].

Esta política se mantuvo hasta 1994, y fue reemplazada por una política sobre salud y derechos reproductivos, luego de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.[24]

Noruega y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo

Durante el periodo preparatorio para la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en 1994, Noruega elaboró un reporte nacional que resumía sus políticas de asistencia en población y desarrollo. Aunque no se «asumía de manera simplista que el tamaño de la población y su crecimiento son dañinos en sí mismos», el reporte enfatizaba «la gravedad del actual crecimiento de la población y la necesidad de contrarrestar sus efectos negativos sobre el medio ambiente». Se consideraba que los asuntos de género eran importantes, junto con el «fortalecimiento de la salud de las mujeres como valor en sí mismo, y no principalmente como medio para reducir el crecimiento de la población».[26]

Noruega mantuvo un alto perfil durante la CIPD y apoyó decididamente el Programa de Acción. El entonces Primer Ministro del Partido Laborista y luego Director General de la OMS, Dr. Gro Harlem Brundtland, dio una conferencia magistral en la inauguración de El Cairo, donde señaló que Noruega respaldaba el enfoque integral de salud sexual y reproductiva contenido en el Programa preliminar, expresando un apoyo específico a sus aspectos más controversiales -servicios integrales de salud reproductiva, derechos de los y las adolescentes y el aborto como un asunto de salud pública- y rechazó rotundamente el argumento de que promovía el aborto.[27] Durante la CIPD+5 en 1999, sin embargo, Noruega tenía un gobierno de coalición y el Ministerio de Asistencia para el Desarrollo era ocupado por los Demócrata Cristianos. Aunque el gobierno mantuvo el apoyo al Programa de Acción en general, no estuvo de acuerdo con que se incluyera la anticoncepción de emergencia en el paquete de insumos y medicinas para refugiados financiado por la ONU, posición que fue criticada por el diario izquierdista Klassekampen.

Asistencia bilateral versus asistencia multilateral antes y después de 1994

Desde 1972 hasta 1994 Noruega brindó apoyo bilateral al Programa Posparto de India, un programa de planificación familiar hospitalario que formaba parte de un esfuerzo más amplio por estabilizar el crecimiento demográfico.[28] Noruega era el único donante internacional del programa y contribuyó con aproximadamente 543 millones de coronas noruegas (CN) (6-7 CN = US$ 1) en ese periodo. En diálogo con el gobierno hindú, Noruega apoyó el principio de planificación familiar integral y de calidad de atención, que brindaba servicios de planificación familiar solo a las mujeres que lo desearan. No obstante, el programa utilizó metas que generan una presión indebida sobre los pobres, tanto usuarios/as como proveedores de servicios.[28] Un estudio realizado en 1990 arrojó resultados en general positivos y recomendó que se extendiera el financiamiento, a pesar de perspectivas divergentes en torno al uso de metas e incentivos.[29] Esta situación refleja un clásico dilema de los donantes cuando existen desacuerdos sobre la ética de un programa financiado. El donante puede decidir mantener su apoyo a fin de influenciar y reforzar los aspectos que son compatibles con sus propios valores y políticas.

Bangladesh también recibió fondos de Noruega para las actividades de población que empezaron en 1975, motivadas por la densidad y el rápido crecimiento poblacional del país, que se combinaban con una severa pobreza.[28] Noruega fue parte de un consorcio de donantes liderados por el Banco Mundial. Nuevamente, consideró su rol como un medio para el diálogo. El énfasis puesto en la esterilización y en los incentivos y desincentivos era una fuente de preocupación. Aunque se admitía que existían problemas en el programa, quienes lo siguieron de cerca desde Norad afirmaban que era posible influir en él. El hecho que Bangladesh dejara de retener los salarios de los proveedores que no cumplían con las metas en 1986, y que revisara el sistema de incentivos y desincentivos, son vistos como ejemplos de tal influencia.[28]

Zimbabwe empezó a recibir apoyo de Noruega para su Proyecto de Salud Familiar en 1986,[28] nuevamente con el Banco Mundial en el rol de coordinador de la cooperación externa. El proyecto estaba integrado en el sistema de atención primaria de salud, y Zimbabwe proporcionaba más del 50% de los fondos. Además de fortalecer los servicios de planificación familiar, tenía un alcance más amplio, orientado a mejorar la capacidad del gobierno en la provisión y gestión de los servicios de salud reproductiva, con un énfasis en la mejora del acceso y la calidad de atención. El apoyo de Noruega se destinó a mejoras en la infraestructura, tales como la construcción y rehabilitación de hospitales y clínicas distritales, además de vehículos, elaboración de material educativo y entrenamiento de personal.

De acuerdo a Population Action International, Noruega fue el único país en asignar, antes de 1994, al menos 4% de la asistencia para el desarrollo a temas de «población».[30] Multilateralmente, Noruega ha sido uno de los principales donantes de UNFPA desde sus comienzos en 1969,[27] manteniendo un apoyo estable y elevado.[31] Noruega es también uno de los principales donantes de la Federación Internacional de Paternidad Responsable.[32] Según el Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Entrenamiento en Investigación en Reproducción Humana de la OMS, Noruega ha ocupado el tercer lugar en contribución gubernamental entre 1970 y 2003, superado solo por Suecia y el Reino Unido.[33] Siendo un país considerablemente más pequeño que los otros donantes, con aproximadamente 4.5 millones de habitantes, esto muestra la alta prioridad dada a la asistencia multilateral en el área de población y salud reproductiva.

Sin embargo, desde 1991 Noruega ha ido retirando paulatinamente su asistencia bilateral en población, y desde 1994 no ha reportado ninguna asignación a este tipo de programas a la Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo (OECD).[30] No obstante, ha financiado algunas actividades en salud reproductiva en Malawi, Mozambique y Uganda. En 2003, este apoyo sumó un total de 47 millones de CN para los tres países.[34] Sin embargo, comparada con décadas anteriores, esta cifra es baja.

Noruega ha apoyado actividades en VIH/SIDA desde 1986,[28] que tienen actualmente una alta y creciente prioridad en la cooperación para el desarrollo tanto bilateral como multilateral.[35] El VIH/SIDA es considerado un tema general de desarrollo,[36]

aunque raramente se hace explícito su vínculo con la salud reproductiva en los documentos oficiales.

Existen algunas ONG que reciben apoyo para actividades contra la mutilación genital femenina, y el gobierno noruego cuenta con un plan de trabajo específico para este tema. Existe también una ONG sombrilla (www.fokuskvinner.no) que actúa como coordinadora de ONG noruegas afiliadas, financiando el trabajo en temas de género y desarrollo en general y de salud y derechos reproductivos en particular en los países en desarrollo. Algunos de sus afiliados han recibido apoyo para ejercer presión sobre sus gobiernos para que implementen el Programa de Acción de la CIPD.

Como otros países donantes de Europa, Noruega intenta retraerse de los programas verticales y los fondos asignados para un uso específico, y se ha embarcado en el apoyo a enfoques integrales y presupuestos generales, dando espacio para que los propios países receptores determinen sus prioridades.

Discusión

El desarrollo de Noruega hasta alcanzar su actual posición como uno de los países con mejores indicadores de salud reproductiva se ha dado en un contexto más amplio, donde los asuntos de género, el desarrollo socioeconómico y el cuidado general de la salud no son sino algunos de los ingredientes más importantes. Sin embargo, a pesar de este éxito, resulta preocupante constatar que existe un desgaste inicial de los servicios de salud pública, con especial énfasis en los servicios de salud reproductiva. Aunque el derecho a la salud reproductiva no parece estar en riesgo, este desgaste muestra la necesidad de proteger aquello que ha sido ganado. Paradójicamente, sin embargo, el tema de derechos raramente sale a la superficie, aunque la noción de derechos subyace a la provisión de servicios de salud reproductiva. Tal vez los servicios se dan por sentado. Sin embargo, una comprensión más profunda de los derechos reproductivos podría ayudar a proteger los elementos de los servicios que se encuentran bajo mayor tensión.

La mayoría de quienes toman las decisiones quisiera creer que existe armonía entre sus políticas de ayuda nacional e internacional. ¿Es esto cierto para Noruega? La asistencia para el desarrollo en temas de planificación familiar empezó tempranamente con India y Bangladesh, dos países que tenían un «problema de población», tanto desde su propio punto de vista como desde el de la comunidad internacional. En ambos países hubo también acusaciones sobre violación de los derechos de los individuos. La percepción de Norad es que la influencia de Noruega fue positiva para fortalecer la protección de derechos en ambos programas.

Los reportes gubernamentales de Noruega sobre la asistencia para el desarrollo en 1991 y 1995 especificaron respectivamente que el apoyo a los servicios materno-infantiles y a la planificación familiar debería ser canalizado cada vez más a través de organismos multilaterales y que Noruega debería utilizar su influencia en las estructuras de gobierno de estas organizaciones para promover su propia política de desarrollo.[37] Se han dado también cambios en las políticas vinculadas a la cooperación bilateral. De acuerdo a un reporte gubernamental de 2004, Noruega es ahora el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD por sus siglas en inglés) que canaliza la mayor proporción de la asistencia para el desarrollo a través de las ONG. Más del 80% de su apoyo va a ONG noruegas y a sus socios. El monto canalizado a través de estas instituciones excede actualmente el canalizado a través de la asistencia bilateral tradicional.[38] Un dato importante es que la mayoría de las ONG noruegas que reciben fondos son religiosas.

Comparado con otros donantes, Noruega fue un país de vanguardia en el financiamiento de actividades de población previas a la CIPD. Más aún, la política de «planificación familiar integral» de 1971 implicaba que la provisión de anticonceptivos se ubicara en un contexto de salud más amplio, con un énfasis en la calidad de atención y a la luz de preocupaciones de género. La asistencia para el desarrollo bilateral y multilateral muestra cómo Noruega ha presionado por colocar temas controversiales en la agenda, tales como el derecho de los y las adolescentes a la educación sexual y a los servicios de salud reproductiva.

En general, sin embargo, no vemos que la asistencia para el desarrollo de Noruega refleje

plenamente el enfoque integral de los servicios de salud reproductiva que está detrás del éxito logrado en los indicadores de salud reproductiva a nivel interno. Se ha dado escaso apoyo para la mejora de los servicios maternos, incluyendo los estudios de mortalidad materna, pieza fundamental en el monitoreo de la calidad de la salud materna en Noruega. De la misma manera, la asistencia para el desarrollo ha evitado por lo general el tema del aborto, incluso el tratamiento de complicaciones de abortos inseguros. El fácil acceso a la anticoncepción poscoital, otra área donde Noruega ha sido pionera, tampoco ha sido, hasta donde sabemos, un tema en el diálogo bilateral. Más aún, no se han utilizado todas las oportunidades de apoyo a servicios para adolescentes, y la prevención y tratamiento de la infertilidad en países en desarrollo han sido escasamente vistos como temas de interés.

Existen múltiples razones que explican la baja prioridad dada actualmente a la salud reproductiva en la cooperación bilateral. El temprano énfasis puesto en el tema de población tenía una doble justificación: su importancia para la salud y para el desarrollo en general. La justificación para apoyar los esfuerzos contra el VIH/SIDA es similar. Es interesante, sin embargo, que no encontremos razones similares que justifiquen las actividades de salud reproductiva en las políticas de asistencia para el desarrollo noruegas.

Las razones para el bajo perfil dado a la salud reproductiva en la cooperación bilateral pueden también ser políticas. Noruega ha pasado por varios cambios de gobierno, desde el Partido Laborista a los gobiernos de coalición. En los gobiernos de coalición, el Ministerio de la Cooperación para el Desarrollo ha estado generalmente en manos del Partido Demócrata Cristiano, oficialmente en desacuerdo con la actual ley sobre aborto. Se reconoce la necesidad de que las políticas de asistencia para el desarrollo de Noruega sean consistentes, incluso si los gobiernos son cambiantes, aunque el manejo puede diferir si se trata de fondos bilaterales o multilaterales. En la cooperación bilateral, es más fácil rastrear los fondos que en las grandes organizaciones multilaterales, y el financiamiento puede estar más fácilmente sujeto a tensiones políticas.

El investigador Armindo Miranda, miembro del equipo de evaluación del Programa Posparto de India en 1990, discutió las razones que motivaron el involucramiento de Noruega en el Programa de Bienestar Familiar de India en un reporte de 1983.[39] Aunque hubo acuerdo en el Parlamento Noruego sobre el financiamiento del programa, las motivaciones subyacentes eran bastante diferentes. Miranda también se preguntaba si Noruega tenía la suficiente experiencia técnica y política para involucrarse en este programa, contrastándola con Suecia. Aunque ambos países fueron pioneros en el apoyo a programas de planificación familiar, Suecia mostró una comprensión más profunda de la complejidad de estos programas a nivel político, académico y al interior de las ONG, útil para decisores y administradores de la cooperación para el desarrollo. Una reciente evaluación del rol de Suecia en el apoyo a programas de salud y derechos sexuales y reproductivos confirma una posición clara en temas considerados controversiales por otros donantes, tales como la salud sexual adolescente y el aborto[40]. Aunque Noruega ha apoyado y protegido estas áreas altamente sensibles en su relación con las organizaciones multilaterales, al parecer hubo gran resistencia a hacer lo mismo en las relaciones bilaterales.

Pensamos que a pesar de su involucramiento de largo plazo en actividades de población y salud reproductiva a nivel global, Noruega tiene una experiencia política y académica limitada como para asegurar futuros compromisos, lo que plantea la necesidad de construir capacidades y consolidar las habilidades existentes. Este proceso podría también ser beneficioso para enfrentar los desafíos internos en el tema de salud reproductiva. Los derechos reproductivos pueden ser un común denominador, con el potencial de revitalizar tanto el discurso sobre asistencia para el desarrollo como los propios asuntos de salud reproductiva del país.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a la Dra. Anne Alvik, ex Directora General de Salud de Noruega, por sus valiosos comentarios.

Traducción: Rossana Vargas

FREDERIK NAUMANN / PANOS PICTURES

Oslo, 2003

Referencias

1. De Brouwere V, Van LerbergheW. Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence. Antwerp Studies in Health Services Organisation and Policy, 2001.
2. Maltau J, Grqnfeld B. Mbdredbdeligheten i Norge 1880-1979. Et medisinskhistorisk tilbakeblikk [Maternal mortality in Norway 1889-1979. A medico-historic review]. Tidsskr Nor L&tgeforen 1983; 103(5):522-25.
3. Bbrdahl P. %res den som &tres bbr. Navn i norsk gynekologi [Praising the one that deserves the praise. Names in Norwegian gynaecology]. In: Bbrdahl P, Moen MH, Jerve F, editors. Midt i livet. Norsk gynekologisk forening 1946-1996 [At Mid-Life. Norwegian Gynaecological Association 1946-1996]. Trondheim Tapir, 1996.
4. Blom I. Den haarde Dyst. Fbdsler og fbdselshjelp gjennom 150 3r [The Hard Combat. Deliveries and Obstetrics through 150 Years]. Oslo7 Cappelen, 1988.
5. Sandvik H. Fbdselsomsorgen i Ytre Nordhordland 1858-87. En sammenlikning med nasjonal statistikk [Obstetrics in Peripheral Nordhordland 1858-87. A Comparison with National Statistics]. Tidsskr Nor L&tgeforen 1993;113(30): 3715-17.
6. Moseng OG. Ansvaret for unders3ttenes helse 1603-850 [Responsibility for the Health of Subordinates]. Oslo Universitetsforlaget, 2003.
7. Vangen S, Bergsjb P. Dbr kvinner av graviditet i dag? [Do women die from pregnancy today?] Tidsskr Nor L&tgeforen 2003;123(24):3544-45.
8. Bbrdahl P, Jerve F. Lovregulert kirurgi. Svangerskapsavbrudd og sterilisering [Law regulated surgery. Pregnancy termination and sterilisation]. In: Bbrdahl P, Moen MH, Jerve F, editors. Midt i livet. Norsk gynekologisk forening 1946-1996 [At Mid-Life. Norwegian Gynaecological Association 1946-1996]. Trondheim Tapir, 1996.
9. Blom I, Elvbakken K. Linjer i abortlovgivning og

abortpolitikk [Outline of abortion legislation and abortion politics]. Tidsskift for velferdsforskning 2001;4(1):30-40.
10. Stenvoll D. Abort og politikk [Abortion and politics]. Bergen Alma Mater, 1998.
11. Mohr T. Katti Anker Mbller - en banebryter [Katti Anker Mbller - a pioneer]. Oslo Tiden norsk forlag, 1968.
12. Grqnfeld B. Legal abort i Norge [Legal abortion in Norway]. Oslo Universitetsforlaget, 1973.
13. Nordby T. Karl Evang. En biografi [Karl Evang. A biography]. Oslo Aschehoug, 1989.
14. Vigran 2, Lappeg3rd T. 25 3r med selvbestemt abort i Norge [25 years of abortion on demand in Norway]. At: http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200303/07/art-2003-06-20-01.html.
15. Schbtz A. Folkets helse - landets styrke 1850-2003 [The people's health - the country's strength 1850-2003]. Oslo Universitetsforlaget, 2003.
16. Act of 5 December 2003 No. 100 relating to the application of biotechnology in human medicine, etc. At: http://www.ub.uio.no/cgi-bin/ujur/ulov/sok.cgi.
17. Reinar LM, H&tgeland A, Tollefsen MF, et al. HIV screening during pregnancy in Norway. Tidsskr Nor L&tgeforen 2000;120(2):221-24.
18. Aanesen E. Ikke send meg til en "kone", doktor. Fra 3 3rs fengsel til selvbestemt abort [Please don't send me to a quack, doctor. From 3 years imprisonment to abortion on demand]. Oslo Oktober, 1981.
19. Lian O. N3r helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientiering i helsetjenesten [When health becomes a commodity. Medicalisation and market orientation in health care]. Kristiansand Hbyskoleforlaget, 2003.
20. Alle enige - ingenting gjort [Everybody agrees - nothing is done]. Dagens medisin. 25 March 2004.
21. St. meld. nr. 14 (2001-2002) Evaluering av lov om medisinsk bruk av bioteknologi [White Paper: Evaluation of the Act relating to the application of biotechnology in medicine]. Oslo Ministry of Health, 2002.
22. Ot.prp.nr.64 (2002-2003) Om lov om medisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven). [Proposition to the Odelsting No. 64 (2002-2003) On the Act relating to the application of biotechnology in medicine (Biotechnology Act)]. Oslo Ministry of Health, 2003.
23. Simensen J. Norsk utviklingshjelps historie 1. 1952-1975: Norge mbter den tredje verden [The history of Norwegian development assistance 1. 1952-1975: Norway meets the Third World]. Bergen Fagbokforlaget, 2003. 24. Strbm N. Fra familieplanlegging til reproduktiv helse. En studie av norsk bistand til befolkning og helse i utviklingsland fra 1968 til 1994 [From family planning to reproductive health. A study on Norwegian development assistance 1968-1994]. Master of Sociology thesis, Institute of Sociology and Social Geography. University of Oslo, 1998.
24. Jensen AM. Fattigdom og befolkningsvekst: Om barnedbdelighet og familieplanlegging [Poverty and population increase. On child mortality and family planning]. In: Austveg B, Sundby J, editors. Befolkningspolitikk mot 3r 2000 [Population policies towards 2000]. Oslo TANO, 1995.
25. Royal Ministry of Foreign Affairs, Norway. National Report on Population: Norway. Norwegian Background Paper No.2 for the International Conference on Population and Development 1994. Oslo, 1994.
26. Singh JS. Creating a New Consensus on Population. London Earthscan Publications, 1998.
27. Berggrav M. Bilateral befolkningsbistand [Bilateral population assistance]. In: Austveg B, Sundby J, editors. Befolkningspolitik mot 3r 2000 [Population policies towards 2000]. Oslo TANO, 1995.
28. Mbgedal S, Miranda A. The All India Hospitals Post Partum Programme (Sub District level). Report of a GOI/NORAD Review Mission, February-March 1990. Bergen7 Centre for Partnership in Development, Oslo/Christian Michelsen Institute, 1990.
29. Population Action International: Paying Their Fair Share? Donor Countries and International Population Assistance. Norway. At: http://www.populationaction.org/resources/publications/fair_share/dac98/norway.htm
30. Funding Commitments to UNFPA: Report on contributions by member states to regular and other resources for 2004 and the future years. Report of the Executive Director. Executive Board of the United Nations

Development Programme and the United Nations Population Fund. 5 May 2004.
31. IPPF Financial Statements 2003. Annual Report to the Governing Council for the year ending 31 December 2003.
32. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP): Financial matters. HRP Financial Report 2002-2003. Policy and Coordination Committee 17th Meeting, 30 June-1 July 2004.
33. Norad - Kanaler for norsk bistand innen helseomr3det. Oppdatert desember 2004 [Channels for Norwegian development assistance in the area of health. Updated December 2004]. At: http://www.norad.no/default.asp?V_ITEM_ID=2985
34. Bistanden bker med 1,6 milliarder kroner. Pressemelding, Utenriksdepartementet. Nr: 120/04. 06.10.2004 [Development assistance increases by 1.6 billion Norwegian Kroner. Press Release, Ministry of Foreign Affairs No. 120/04. 6 October 2004].
35. UD - Grunnlag og profil for intensivert norsk innsats i kampen mot hiv/aids. [MFA - Basis and profile in intensified Norwegian efforts in combating HIV/AIDS] At: http://odin.dep.no/ud/norsk/dok/andre_dok/veiledninger/032001-120005/dok-bu.html
36. Steen SH, Olsen IT, Kolberg JE. Review of Norwegian Health-Related Co-operation 1988-1997. Oslo Centre for Partnership in Development, 1999.
37. St. meld. Nr.35 (2003-2004) Felles kamp mot fattigdom. En helhetlig utviklingspolitikk [White Paper No.35 (2003-2004). United fight against poverty. A holistic development policy]. Oslo Ministry of Foreign Affairs, 2004.
38. Miranda A. Utredning om norsk bistand til det indiske familieplanleggingsprogrammet [Report on Norwegian development assistance to the Indian family planning programme]. Bergen Christian Michelsen Institute, DERAP, 1993.
39. Geisler G,Austveg B, Bleie T, et al. Sida's work related to sexual and reproductive health and rights 1994-2003. Sida Evaluation 04/14. Stockholm Sida, 2004.

© 2005 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2005;13(25):60–71
0968-8080/05 $ - see front matter
PII: S0 968 - 808 0(0 5) 251 74-1

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Evaluación estratégica del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de Buenos Aires, Argentina

Mónica Petracci, [a] Silvina Ramos, [b] Dalia Szulik[c]
Reproductive Health Matters 2005;13(25):60–71

[a] Investigadora Senior, CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad), Buenos Aires, Argentina.
E-mail: petracci@cedes.org
[b] Directora Ejecutiva e Investigadora Senior, CEDES, Buenos Aires, Argentina
[c] Investigadora Asistente, CEDES, Buenos Aires, Argentina

Resumen: *En Argentina, desde 1991, han existido leyes provinciales de salud reproductiva, un programa nacional de gran alcance y un fuerte consenso público a favor de las políticas de salud reproductiva. No obstante, aún es un reto fortalecer los servicios públicos, aumentar el número de sedes del programa y resistir los ataques conservadores. En este artículo se describe una evaluación del programa de salud reproductiva de Buenos Aires, aprobado en 2002 e implementado por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Sus objetivos son evitar los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual/VIH, y capacitar al personal de salud y los administradores en cada hospital público y centro de salud de primer nivel. En general, se contaba con anticonceptivos hormonales, DIU y condones masculinos, pero no con anticoncepción de emergencia, condones femeninos y otros métodos de barrera. Algunos proveedores y usuarios conocían las nuevas leyes y los derechos reproductivos reconocidos por la ley. Más del 90% estaba satisfecho con la calidad de la atención en la prestación de servicios, pero muchos profesionales describieron cargas de trabajo excesivas, infraestructuras deficientes y escasez de suministros y personal. Desear ayuda para que se le practicara una ligadura de trompas, fue el motivo más frecuente de las reclamaciones a la Defensoría del Pueblo, seguido de VIH, calidad de la atención y aborto. Se proporcionó información y capacitación tanto para los profesionales de la salud como para las ONG de mujeres y de derechos humanos.* © *2005 Reproductive Health Matters. All rights reserved.*

Palabras clave: *servicios de salud sexual y reproductivo, derechos reproductivos, legislación y políticas, estrategias de evaluación, calidad de servicios, Argentina.*

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) estableció una serie de objetivos y metas incluyendo, entre otros, el acceso universal a servicios de salud reproductiva. El compromiso de promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en la agenda nacional de políticas públicas fue reafirmado tanto en la CIPD+5 en 1999[1] como en la CIPD+10 en 2004.[2] Las medidas a ser adoptadas incluían el desarrollo de estándares y pautas de atención, entrenamiento de personal y mecanismos e indicadores nacionales para supervisar, monitorear y revisar la implementación de estas políticas a nivel nacional.[3–5] El monitoreo es una estrategia eficiente para observar cómo funcionan las políticas y para medir sus resultados e impacto, y un proceso de aprendizaje político e institucional mediante el cual pueden crearse oportunidades para el cambio. El monitoreo permite detectar los logros y problemas presentes en la implementación de una política, y es una manera de escuchar a la población cuyas necesidades deben

ser tomadas en cuenta. Más aún, el monitoreo es útil para las organizaciones de la sociedad civil, en su labor de exigir la rendición de cuentas y demandar al Estado el cumplimiento de los compromisos asumidos en términos de política pública. Este artículo describe la estrategia y proceso utilizados para evaluar la política de salud reproductiva de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, los hallazgos y las lecciones aprendidas.

Política de salud sexual y reproductiva en Argentina

La situación de la salud reproductiva en Argentina está profundamente marcada por desigualdades de género, sociales y etáreas, así como por un acceso diferencial al cuidado médico y la salud, y a los derechos humanos vinculados a la sexualidad y la reproducción en las políticas sociales. Así, las mujeres jóvenes, pobres y menos educadas, particularmente aquellas que viven en zonas rurales, son las más afectadas por el embarazo adolescente y la mortalidad materna.[6-8]

Muchos de los factores que condicionan el diseño e implementación de las políticas de salud reproductiva, tales como el grado de voluntad política de los funcionarios; los conflictos de interés entre quienes están en el poder y los grupos sociales afectados; las barreras ideológicas, culturales y sociales frente a los cambios propuestos; y las limitaciones de presupuesto, son comunes a la mayoría de procesos de formulación de políticas.[9-12] En el caso de las políticas de salud sexual y reproductiva, existen también obstáculos políticos e ideológicos para la introducción de cambios en la organización y gestión de los servicios de salud y los recursos humanos relacionados con ellos.[13] Dado que las políticas sociales vinculadas a la sexualidad pueden ser punitivas o de respaldo, tanto desde un punto de vista de justicia social como de salud pública[14], estos factores tienden a poner en riesgo la implementación de la política y a menudo crean brechas entre la propuesta original y lo que finalmente se logra.

Desde la década de los ochenta, la evolución de las políticas vinculadas a la salud y derechos sexuales y reproductivos en Argentina se ha caracterizado por tres aspectos básicos. El primero involucró la apertura gradual del espacio público, que acabó con el silencio sobre temas de salud reproductiva. El segundo fue la aprobación de una ley de salud sexual y reproductiva nacional y el desarrollo de políticas públicas y programas, logros que han enfrentado ataques conservadores y una oposición continua en cinco gobiernos diferentes, hasta la actualidad, ilustrando el conflicto de intereses políticos y posiciones ideológicas vigente en la Argentina y los demás países.

Del silencio al consenso social

Desde principios del siglo XX, Argentina ha tenido una ideología pronatalista, reflejada en las políticas nacionales de salud y población, que fue excluida del debate político y social. Desde mediados de los setenta hasta mediados de los ochenta, la provisión de servicios de planificación familiar en los servicios de salud pública o la seguridad social estuvo prohibida. Con el retorno a la democracia, el país empezó una lenta pero segura reflexión acerca del significado y relevancia de la salud reproductiva como un asunto esencial de derechos humanos y política pública.

En 1985, el Parlamento ratificó la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y sus principios fueron incorporados a la Constitución Nacional en una enmienda de 1994, asegurando así que los derechos protegidos por la CEDAW y las responsabilidades del Estado en asuntos de salud reproductiva fueran parte de la máxima legislación en el país. Durante los noventa, los acuerdos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo, 1994) y la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) tuvieron también un peso significativo. Los esfuerzos sostenidos del movimiento de mujeres para incluir la salud reproductiva en la agenda pública también jugaron un rol clave en este proceso.[15]

Empezó a desarrollarse un marcado consenso público alrededor de asuntos clave de salud reproductiva. Un estudio desarrollado en 1994 por el Consejo Nacional de la Mujer, con una muestra representativa de 200 mujeres mayores de 18 años que vivían en Buenos Aires, encontró una amplia aceptación de la educación sexual: 80% de las

mujeres pensaba que debía ser brindada en los colegios, los servicios de atención primaria de salud y los medios de comunicación. Se consideraba que debía incluirse información sobre infecciones de transmisión sexual (99%), uso de condones (99%), uso de métodos anticonceptivos (98%), menstruación (98%), embarazo y parto (96%), aspectos psicológicos y sociales del sexo (95%), prostitución (93%), legislación sobre el aborto (93%), violencia y abuso sexual (92%), cambios físicos en la adolescencia (91%), homosexualidad (91%) y masturbación (85%)[16].

Durante este periodo tuvieron lugar debates públicos que condujeron a la aprobación de nuevas leyes sobre salud reproductiva en la mayoría de provincias*. El primero fue en 1991, seguido de otros nueve entre 1996 y 1999. La presión de la Iglesia Católica y la posición del entonces presidente Menem con relación a los derechos sexuales y reproductivos, bloquearon cualquier posibilidad de que se considerara una ley de alcance nacional. La administración Menem, alineada con el Vaticano, había enfatizado su oposición a los derechos sexuales y reproductivos objetando numerosos párrafos en los acuerdos de El Cairo y Beijing, y proponiendo la incorporación del derecho a la vida desde el momento de la concepción en la Constitución Nacional, propuesta que no fue aceptada.[17]

Desde el año 2000, sin embargo, otras nueve provincias y la ciudad de Buenos Aires aprobaron leyes de salud reproductiva. La mayoría de estas leyes crearon programas o servicios para la provisión de anticonceptivos, la detección y tratamiento de cáncer de cuello uterino y cáncer cervical, y de enfermedades de transmisión sexual. Reconocían el derecho de las mujeres y hombres de regular su fertilidad y hacían responsable al Estado por la salud reproductiva. El grado en que cada una de estas iniciativas ha sido implementada difiere, debido a limitaciones en el presupuesto para financiar recursos humanos, la compra de insumos anticonceptivos y el desarrollo de actividades de promoción de la salud[18].

Del consenso social a la política pública

Al final de 2002 se aprobó una ley nacional de salud reproductiva (Ley 25.673/2002), reflejando el compromiso político del presidente Kirchner y el entonces ministro de Salud Dr. Ginés González García. Aún cuando el clima político en ese momento era bastante favorable, el proceso de negociación que culminó con la aprobación de la ley fue prolongado y lleno de conflictos. La ley creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, dirigido a promover la educación e información sobre salud reproductiva y el acceso a contracepción sin discriminación por razones de edad o sexo. De acuerdo a un reciente informe de CONDERS, el Consorcio Nacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos (www.conders.org.ar), entre agosto de 2003 y agosto de 2004 el número de lugares de prestación de servicios se incrementó de 300 a casi 3000 en todo el país.

En mayo de 2004, el gobierno nacional estableció que la salud reproductiva sería una de las áreas claves de la política pública nacional para los siguientes tres años.[19] A nivel regional, ahora que Argentina ha cambiado la posición que mantuvo en la década de los noventa, pudo firmar el *Acuerdo sobre la participación de los estados partes del MERCOSUR, Chile y Perú para la elaboración de una posición común en las reuniones internacionales sobre población y desarrollo de 2004*. Este acuerdo ratificó el Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de Beijing como instrumentos para el diseño de políticas de salud en la región, y presenta una estrategia para la coordinación de las políticas de salud y la revisión de la legislación en cada país.

Viejos intentos, nuevos escenarios

Estos cambios positivos y el amplio consenso público que los respalda están todavía en riesgo. Los grupos minoritarios vinculados a los sectores más conservadores de la Iglesia Católica han iniciado acciones legales llamando a la suspensión de los

* La Pampa (1363/1991); Córdoba (8535/1996); Corrientes (5146/1996 y 5527/2003); Chaco (4276/1996); Mendoza (6433/1996); Río Negro (3059/1996 y 3450/2000); Neuquén (2222/1997); Misiones (Decreto 92/1998); Chubut (4545/1999); Jujuy (5133/1999); Ciudad Autónoma de Buenos Aires Ley (418/2000); Tierra del Fuego (509/2000); La Rioja (7049/2000); Santa Fe (11888/2001); San Luis (5344/2002 y Decreto 127/2003); Buenos Aires (13066/ 2003); Corrientes (5527/2003 y 5146/1996); Entre Ríos (9501/2003); Santa Cruz (2656/2003).

programas de salud reproductiva y la derogación de la ley de salud reproductiva como inconstitucional. Han tratado también de limitar la provisión de métodos anticonceptivos a menores, y de prohibir la anticoncepción de emergencia.[6] No todas estas iniciativas han sido resueltas todavía por las cortes, aunque hasta ahora no han detenido la implementación de las políticas existentes.

En este escenario parecía apropiado conocer la opinión pública. Un estudio realizado en 2003 por tres organizaciones de la sociedad civil[*] con una muestra representativa de 300 personas mayores de 18 años residentes en Buenos Aires y el área circundante, mostró nuevamente que la gran mayoría tiene una posición favorable frente a estas cuestiones. Un 69% estuvo de acuerdo en que los adolescentes de 13-14 años debían acceder a servicios de salud reproductiva sin autorización de sus padres, mientras que un 85% consideró que debían poder hacerlo los adolescentes de 15-17 años. El 91% consideró que las mujeres debían acceder a la ligadura de trompas sin costo alguno, previo consentimiento y cuando fuera médicamente indicado. Esto es particularmente relevante en la medida en que el Programa Nacional no incluye la esterilización quirúrgica.

Con relación al Programa Nacional, casi todos los entrevistados estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo con sus objetivos: prevenir la transmisión del VIH (100%), proporcionar gratuitamente métodos anticonceptivos en los servicios de salud (98%), prevenir el embarazo adolescente (99%), promover la participación de las mujeres en las decisiones vinculadas a la salud sexual y reproductiva (99%) y prevenir embarazos no deseados (98%). No estuvieron de acuerdo con propuestas conservadoras que buscaban frenar la implementación del Programa. Un 97% rechazó la orden provisional de un juez de prohibir la producción y venta de contraceptivos orales y DIU en el país, así como otra orden provisional emitida por el mismo juez para cerrar el Programa Nacional.[16,20]

[*] CEDES (Centro de Estudios del Estado y la Sociedad), CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) y FEIM (Fundación para Estudios e Investigación de la Mujer)

El actual escenario es sustancialmente mejor al de décadas anteriores. Argentina ha aprobado una ley de escala nacional, haciendo de un programa de amplio alcance una prioridad nacional; existe un amplio consenso sobre el rol que juegan las políticas públicas en asuntos de salud reproductiva; y el debate social sobre estos temas ha ganado considerable visibilidad. Sin embargo, persisten desafíos vinculados al fortalecimiento de las políticas públicas, la mejora de la calidad de los servicios de salud reproductiva, un aumento de los lugares de implementación del Programa y la resistencia a las acciones legales de los sectores conservadores.

Evaluación del Programa de la ciudad de Buenos Aires

La ciudad de Buenos Aires fue pionera en la implementación de políticas y programas de salud reproductiva en Argentina. En 1988 se lanzó un programa piloto de Procreación responsable en un número limitado de servicios de salud, el primero de este tipo en el país. Durante largo tiempo el programa no contó con presupuesto y tuvo, por lo tanto, escasa cobertura y ninguna actividad de difusión. Sin embargo, en consonancia con el Programa de Acción del Cairo, la constitución de la ciudad de 1996 reconoció los derechos reproductivos como derechos humanos.

En el año 2000, el Parlamento de la Ciudad de Buenos Aires aprobó la Ley 418/2000, que creó su propio Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (en adelante, «el Programa»).[21,22] Sus principales objetivos fueron prevenir los embarazos no deseados, proveer información y acceso a métodos anticonceptivos (incluyendo a los adolescentes), promover el condón como método de prevención de ITS/HIV, promover el involucramiento de los varones en el cuidado de la salud reproductiva y la paternidad y entrenar personal de salud en estos temas. El Programa opera actualmente en todos los hospitales públicos y establecimientos de atención primaria de salud en la ciudad, brindando servicios y consejería además de actividades de promoción de la salud y educación.

Buenos Aires ha tenido también el liderazgo en el monitoreo de políticas de salud pública. En 2002, la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría

del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires decidió evaluar la operación del Programa,* proceso que estuvo a cargo del Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Los objetivos de este proyecto fueron desarrollar estrategias e instrumentos para monitorear la implementación de políticas publicas y adiestrar a las organizaciones de la sociedad civil para desarrollar el monitoreo en el futuro. Se utilizaron tres estrategias principales.

Demandas e intervenciones de la Defensoría del Pueblo

Los ciudadanos pueden presentar denuncias, quejas o solicitudes de intervención, mediante cartas, formularios oficiales o entrevistas cara a cara. La Defensoría del Pueblo puede también iniciar acciones de oficio, seguidas de investigaciones que pueden eventualmente rectificar cualquier violación de la política pública. Con el fin de analizar el tipo de demandas presentadas, se revisó los archivos del periodo comprendido entre el 1 de agosto de 1998 y el 30 de junio de 2002, utilizando palabras clave vinculadas a salud sexual y reproductiva. Se identificó 53 demandas: 2 en 1998, 4 en 1999, 18 en 2000, 19 en 2001, y 10 en el primer semestre de 2002, relacionadas con ligaduras de trompas (27), VIH/SIDA (10), calidad de atención (8), aborto (6), infertilidad (1) y la Ley 418/2000 (1). La mayoría de demandas (47 de 53) fueron hechas por ciudadanos, mientras que 6 de ellas fueron iniciadas por la Defensoría. El uso de esta estrategia y el número de temas cubiertos parecían ir en aumento, señal tal vez de una mayor conciencia de derechos en las personas, así como de una creciente participación social.

El deseo de someterse a una ligadura de trompas motivó 27 de las demandas, la mayoría presentadas por mujeres con muchos hijos, mujeres que habían tenido varias cesáreas, embarazos de alto riesgo o enfermedades preexistentes, que no podían utilizar otros métodos anticonceptivos o cuya situación socioeconómica era inestable. Solicitaban a la Defensoría del Pueblo intervenir con relación a la Ley 17.132/1967, que regula la práctica médica en Buenos Aires (Artículo 20º) y que no permite a los profesionales médicos practicar una esterilización sin indicación terapéutica y sin haber agotado todos los medios para preservar los órganos reproductivos. La Defensoría del Pueblo entrevistó individualmente a todas las mujeres para conocer los detalles de cada caso, informar a las mujeres de sus derechos y derivarlas a servicios legales gratuitos. Realizó un seguimiento de cada caso y trató de mejorar la comunicación con el personal del hospital. Su participación redujo la frecuencia de casos llevados a corte y permitió una respuesta más rápida a las solicitudes para acceder a una ligadura de trompas. Muchos de estos casos fueron resueltos porque existía una indicación terapéutica precisa debido a riesgos para la vida y la salud, definida esta última desde un enfoque bio-psicosocial. Se obtuvo el consentimiento informado de las mujeres y no se consideró necesario una autorización judicial.

En el tema de VIH/SIDA, las demandas estuvieron relacionadas con el acceso a antirretrovirales y otros medicamentos, su calidad o el costo del tratamiento para los extranjeros o para quienes carecieran de los documentos necesarios para obtener medicamentos gratuitos. Las demandas sobre la calidad de servicios de salud se relacionaban con abusos del personal administrativo, la ausencia de un profesional de salud pertinente en el momento oportuno, o el no proporcionar información suficiente sobre su condición, por ejemplo, a una mujer que había sufrido una pérdida. Los casos relacionados con aborto inducido involucraban el acceso al aborto en casos de feto anencefálico y, en uno de los casos, de violación de una mujer con retardo mental. El caso de infertilidad se refería a un hombre que no tenía los medios para acceder a un tratamiento complejo y sentía que era su derecho recibirlo. Una mujer trató de interponer una demanda estableciendo que el programa en Buenos Aires era inconstitucional.

Informes preparados por los servicios de salud pública

La Defensoría del Pueblo tiene la facultad de solicitar información sobre las actividades que son desarrolladas para implementar una legislación

* Esta iniciativa fue desarrollada durante la administración de la Dra. Diana Maffia a través del Programa de Promoción, Control y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, apoyado por la Fundación Ford.

existente. En 2002 solicitó a los directores del programa que prepararan informes sobre el abastecimiento de métodos anticonceptivos (disponibilidad y fuente de suministro) y que identificaran las principales fortalezas y debilidades del programa. Con relación al abastecimiento, se encontró que éste era permanente en el caso de anticonceptivos inyectables y orales, y del condón masculino; existía disponibilidad de DIU y pesarios espermicidas solo en algunos de los casos; y en ninguno de ellos había abastecimiento de anticoncepción de emergencia, diafragmas, esponjas, otros espermicidas y condones femeninos.

Con respecto a la fuente de suministro, el gobierno de Buenos Aires proporcionaba la mayor parte de DIU, condones masculinos, inyectables, contraceptivos orales y pesarios con espermicida. Las compañías farmacéuticas fueron también mencionadas como fuente de aprovisionamiento para estos métodos, y como única fuente de la anticoncepción de emergencia.

Con relación a las fortalezas del Programa, se mencionó especialmente el fuerte compromiso de los equipos de salud, y otros aspectos como las reuniones informativas sobre el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, así como una buena comunicación entre usuarios/as y equipos de salud.

Con relación a las debilidades, el análisis mostró que la institucionalización del Programa en los servicios de salud pública había sido limitada. Existían pocos profesionales en puestos remunerados, escasos equipos interdisciplinarios, insuficiente capacitación en salud reproductiva, escasez de personal administrativo, horarios restringidos, problemas con el sistema de citas y carencia de espacios adecuados y bien equipados.

Evaluación de los servicios proporcionados por el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable

Se diseñó un estudio exhaustivo, utilizando cuatro técnicas de recolección de información, para conocer la perspectiva de los directores del Programa, los profesionales de salud y los/as usuarios/as.

Se aplicó entrevistas semiestructuradas a los directores de todas las sedes del Programa (n=47), 27 (57%) de los cuales eran mujeres, con un promedio de edad de 49 años. Se les preguntó sobre las normas que regulaban el funcionamiento de los servicios y su conocimiento acerca de las leyes y políticas sobre salud reproductiva.

Se aplicó una encuesta a una muestra de 665 mujeres que habían acudido a los servicios del Programa al menos una vez. La edad promedio de las mujeres era de 28 años (en un rango de 13 a 54); 35% tenía educación primaria, 51% educación secundaria y 14% educación superior. La mitad de las mujeres era ama de casa, 26% trabajaba fuera del hogar, en su mayoría como trabajadoras domésticas o en trabajos de manufactura no calificados, y un 12% era estudiante. Nueve de cada diez carecía de seguro social. La elección de la muestra de los establecimientos del Programa donde se aplicó la encuesta fue intencional, basada en dos criterios. En primer lugar, el número de consultas médicas realizadas el año anterior, incluyendo los establecimientos con mayor número de visitas. En segundo lugar, la composición de los equipos de salud para garantizar la inclusión tanto de establecimientos con equipos multidisciplinarios como con equipos exclusivamente médicos.

Se aplicó también una encuesta al universo de profesionales de todos los establecimientos estudiados (n=195), de los cuales el 86% eran mujeres. La edad promedio fue de 42 años. Un 58% eran médicos (ginecólogos, obstetras, pediatras, psiquiatras); un 18% profesionales de ciencias sociales (trabajadores/as sociales, sociólogos, antropólogos y especialistas en educación); 14% eran obstetrices y enfermeras y 10% psicólogos. Un 79% tenía un puesto remunerado.

Una vez concluidos los análisis de las encuestas a usuarios/as y profesionales, se realizó cuatro grupos focales con usuarios y cinco con profesionales de salud, para profundizar los hallazgos de la encuesta.

Esta estrategia incluyó la técnica de observación utilizando una lista de chequeo aplicada en consultorios médicos y salas de espera, donde se registró la existencia de materiales de información, educación y comunicación (IEC). Los materiales de IEC disponibles en la mayoría de establecimientos del Programa trataban sobre VIH/SIDA, anticoncepción y lactancia materna. Un menor

Tabla 1. Conciencia vs. ejercicio de derechos sexuales y reproductivos entre mujeres usuarias de servicios (n=665)

Derechos	Conciencia (%)	Capacidad de ejercerlos (%)
Tener la información y los recursos necesarios para tomar decisión es sobre la vida sexual	100	34
Tener relaciones sexuales sin temor a quedar embarazada	99	36
Decidir libre y responsablemente si tener o no hijos y cuántos tener	99	37
Decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales	99	51
Ser consultada antes de la realización de un procedimiento médico	100	62

número de servicios tenía materiales sobre infecciones de transmisión sexual, violencia o cáncer de mama o cuello uterino.

Conocimiento de profesionales y usuarios/as sobre las nuevas políticas

Las dos encuestas indagaron sobre el conocimiento de las normas vigentes sobre salud sexual y reproductiva, las percepciones sobre derechos sexuales y reproductivos, y también sobre si las mujeres sentían que podían ejercerlos.

Un 47% de los directores del Programa mencionó espontáneamente la Ley 418/2000, que creó oficialmente el Programa, y señaló los siguientes objetivos: acceso a información y provisión de métodos anticonceptivos, prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, y la atención a adolescentes. El 26% mencionó la Ley 25.673/2002, que creó el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Finalmente, menos de 10 encuestados mencionaron las disposiciones del Código Penal sobre el aborto, la CEDAW, el documento producido por la Reunión de Consenso de Expertos en ligadura de trompas, una recomendación de la Defensoría del Pueblo sobre anencefalia, la Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes de Buenos Aires o la Ley Básica de Salud.

Solo 13% de las mujeres entrevistadas conocía las nuevas leyes, y el Programa fue mencionado con mayor frecuencia. Con relación al contenido de esta ley, las mujeres mencionaron solo el acceso a la información y la provisión de métodos anticonceptivos, así como el acceso gratuito a servicios de salud reproductiva.

Con respecto a los derechos sexuales y reproductivos, las mujeres mostraron un alto nivel de conciencia sobre todos los derechos listados, aunque se evidenció al mismo tiempo una brecha importante entre la conciencia de derechos y la habilidad para ejercerlos (Tabla 1).

Como principales obstáculos para el ejercicio de derechos, las mujeres señalaron la falta de educación e información (62%), la falta de interés u oposición de sus parejas (17%), la inacción gubernamental (11%) y la oposición de la Iglesia Católica (4%). Factores como los problemas económicos y la limitada distribución de anticonceptivos fueron escasamente mencionados.

El 85% de los profesionales que conocían las normas existentes sobre salud sexual y reproductiva mencionó el Programa; solo un 4% mencionó el Código Penal, un 4% la Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires y un 2% la ley nacional de SIDA. Un 17% no mencionó espontáneamente conocer ninguna de estas normas legales.

Casi todos los profesionales entrevistados pensaban que tenían la oportunidad de promover los derechos sexuales y reproductivos señalados en la Tabla 1 en su práctica cotidiana. Mencionaron como los tres principales obstáculos para promoverlos sus propias condiciones de trabajo, la falta de educación e información de las mujeres y la falta de interés u oposición de la pareja.

Opiniones sobre la calidad de atención entre usuarias de servicios y profesionales

Para evaluar la calidad de atención, se utilizó el modelo desarrollado por Donabedian,[23,24] que aborda dimensiones técnicas, interpersonales y de comodidad. Se revisó la literatura reciente sobre salud sexual y reproductiva para determinar qué indicadores serían utilizados en cada dimensión desde una perspectiva de género y derechos.[25-28] Las preguntas

para la dimensión interpersonal incluían el trato, la disposición del profesional para responder preguntas y absolver dudas, la habilidad para abordar las necesidades de la/el usuaria/o y la claridad de la información provista por los profesionales. Las preguntas sobre aspectos técnicos incluyeron una provisión de anticonceptivos oportuna, la posibilidad de presentar quejas, la información dada sobre procedimientos administrativos, el trato del personal administrativo y el tiempo de espera. Se evaluó la privacidad durante la consulta y la limpieza como aspectos de la dimensión ambiental. La percepción de la calidad de atención se midió a través del nivel de satisfacción general y de su disponibilidad o no a recomendar el Programa a otra mujer. El 95% de las mujeres manifestó estar muy satisfecha o suficientemente satisfecha con la atención recibida, resultados consistentes con información de otros estudios en Argentina y América Latina,[29-33] y 96% dijo que recomendaría los servicios del programa a otra mujer.[27,30]

La mayoría de mujeres dijo que los profesionales las trataban con respeto (95%), las escuchaban atentamente (90%), las saludaban al llegar (81%), tomaban en cuenta su situación familiar/personal (80%), las llamaban por su nombre (79%), y las hacían sentirse en libertad para hacer preguntas (82%). Respecto a la información proporcionada por los profesionales, la mayoría de mujeres dijo recibir información sobre píldoras anticonceptivas (85%), condones (83%), DIU (72%), ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos (82%), análisis de Papanicolaou (81%), el derecho de recibir métodos anticonceptivos gratuitamente (77%), prevención de VIH/SIDA (74%), el derecho a recibir atención médica gratuita (73%), infecciones de transmisión sexual (60%), lactancia materna (54%), y el derecho a conocer su historial médico (45%). Menos de la mitad recibió información sobre otros métodos anticonceptivos, aborto, violencia, normas de salud sexual y reproductiva, ligadura de trompas, infertilidad o esterilidad.

Los indicadores relativos a la posibilidad de quejarse, obtener información sobre procedimientos administrativos, el trato del personal administrativo y el sistema de citas tuvieron puntuaciones más bajas, mientras que el tiempo de espera (en promedio 1 hora y 45 minutos) fue el peor evaluado. La limpieza de los consultorios contrastaba con la falta de limpieza de los baños. Finalmente, cuatro de cada diez mujeres afirmaron que no tuvieron privacidad durante la consulta (personas que entraban y salían del consultorio, o la ausencia de un lugar para desvestirse sin ser vistas).

En lo que se refiere a la calidad de la atención, 12% de los profesionales la consideró excelente, 45% muy buena y 37% buena, mientras que el 4% restante la consideró ni buena ni mala, mala, o terrible. A pesar de un alto nivel de satisfacción con su trabajo (79% muy o suficientemente satisfecho) los profesionales identificaron problemas de carga excesiva de trabajo (50%), deficiente infraestructura (48%), falta de insumos (48%) y escasez de personal (45%).

Nueve de cada diez profesionales afirmaron siempre dar información sobre el derecho de recibir atención médica gratuita, el derecho a recibir métodos anticonceptivos gratuitos, exámenes de Papanicolaou, ventajas y desventajas de los diferentes métodos anticonceptivos y VIH/SIDA. Sobre el derecho del paciente a conocer su historia médica, 49% afirmó dar siempre esta información y 34% cuando lo consideraba necesario, mientras que 16% no mencionó este derecho. Con respecto a la anticoncepción de emergencia, 46% señaló que siempre proporcionaba esta información, 42% cuando fuera necesario, y 11% nunca. La mitad de los profesionales señaló haber dado información sobre violencia solo cuando lo consideró necesario, 40% siempre y 8% nunca. Una tercera parte de ellos afirmó que la tarea de proporcionar información presentaba dificultades, en la mayoría de casos debido a la falta de comprensión de las mujeres (83%); el restante 17% mencionó la falta de tiempo durante la consulta, falta de materiales de información y falta de participación masculina. Con relación a los métodos anticonceptivos, señalaron como los factores más importantes a considerar el método deseado por la mujer, su edad y la actitud hacia el método.

En conjunto, 94% de usuarias/os y 92% de profesionales dieron una evaluación positiva. Sin embargo, ambos grupos señalaron la necesidad de reducir el tiempo de espera, el mismo que fue no

solo considerado demasiado largo, sino además escasamente utilizado para actividades de información y difusión. Otros cambios sugeridos por las usuarias/os fueron mejorar las condiciones de privacidad, mientras que los profesionales solicitaron mejoras en la infraestructura y los recursos humanos.

Análisis de los resultados de la evaluación

Esta evaluación fue la primera de este tipo desarrollada en Argentina, y la información será utilizada como línea de base para medir mejoras y retrocesos.[34] La ley del año 2000 claramente amplió la cobertura de métodos anticonceptivos a todos los servicios de salud pública bajo responsabilidad de la ciudad de Buenos Aires, y los legitimó como parte de la política oficial. La calidad de atención fue percibida como positiva, especialmente en lo que se refiere a la relación proveedor-usuaria. Con relación a los derechos sexuales y reproductivos, las mujeres conocen la existencia de un conjunto de derechos, pero también son concientes de las dificultades para ejercerlos. Los profesionales tenían mayor información que las usuarias acerca de la legislación sobre salud sexual y reproductiva, pero no todos conocían la ley que regula el Programa al que pertenecían.

Desde una perspectiva histórica, es importante recordar la fragilidad que ha caracterizado a las políticas de salud sexual y reproductiva en Argentina por varias décadas. En este sentido, la implementación de un programa de salud reproductiva regulado por una ley que reconoce los derechos sexuales y reproductivos de la población, y que define las obligaciones del Estado para su promoción y protección, constituye sin duda un avance importante.

Sin embargo, debemos resaltar un conjunto de áreas problemáticas. Por un lado, el Programa no cubre una serie de aspectos de atención a la salud reproductiva; incluso con relación a la provisión de anticonceptivos, muchos de ellos no son provistos y persiste la amenaza legal a la anticoncepción de emergencia. Adicionalmente, el limitado conocimiento de la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos en las leyes nacionales y provinciales restringe su habilidad para promoverlos. Más aún, en algunas áreas críticas de los servicios de salud reproductiva la situación es mucho más negativa. Por ejemplo, en lo que se refiere al tratamiento de complicaciones de abortos inseguros[36-39*] puede citarse el maltrato institucional y la falta de consejería anticonceptiva posaborto; en el caso de la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, la no promoción de la doble protección.[40] Ambas están incluidas en otros programas de la Secretaría de Salud de Buenos Aires (Romero M, CEDES, comunicación personal, junio, 2004).

Lecciones aprendidas, acciones tomadas y recomendaciones

Tanto los profesionales de salud como las usuarias consideraron la falta de educación e información de las mujeres como los principales obstáculos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Al mismo tiempo, no hubo coincidencia entre ambos grupos respecto a la cantidad de información ofrecida y recibida. En ambos casos, las percepciones respaldan la necesidad de intervención.

La combinación de la Defensoría del Pueblo con la habilidad técnica de CEDES legitimó el proceso de evaluación y ayudó a obtener la colaboración de las autoridades del Programa, jefes de servicio y profesionales de salud. Las tres principales estrategias utilizadas mostraron ser efectivas para identificar las necesidades y establecer prioridades.

Como resultado del alto número de quejas vinculadas a la ligadura de trompas, se organizó una Reunión de Consenso de Expertos por la Defensoría del Pueblo en mayo de 2000, que llevó a la elaboración del borrador de la norma 874/03, luego emitida por el Departamento de Salud de la Ciudad. La norma establecía que la ligadura de trompas debía ser accesible con el consentimiento de la mujer, basándose en su situación o riesgo a la salud cuando fuera indicada por un médico o un equipo interdisciplinario de salud, sin que se requiriera ninguna otra autorización.

Los informes de los directores del Programa fueron útiles para identificar las necesidades de los servicios de salud, y mostraron que la promoción

* El aborto es ilegal en Argentina, con dos excepciones: cuando la salud o vida de la mujer está en riesgo y dicho riesgo no puede ser evitado por ningún otro medio, y cuando el embarazo es resultado de violación de una mujer con retaso mental o demencia.[35]

de derechos y la capacitación de los equipos de salud, en salud sexual y reproductiva, eran temas fundamentales. Así, la Defensoría del Pueblo preparó y distribuyó un folleto que contenía todas las leyes y normas nacionales y locales sobre salud sexual y reproductiva. Se desarrollaron talleres de capacitación en diversos servicios de salud. Adicionalmente, las demandas de los directores del Programa por mayor capacitación y por una mejor programación de actividades para los equipos profesionales y administrativos fueron incluidas en un reporte elaborado por la Defensoría del Pueblo y presentado a las autoridades de salud.

Queda aún pendiente abordar las necesidades de los proveedores de servicios y mujeres respecto a una menor carga de trabajo, mejor infraestructura, mejoras en la disponibilidad de insumos y personal, así como en la información dada a las mujeres.

Los resultados de la encuesta permitieron identificar indicadores clave para la promoción y defensa de derechos y para el monitoreo. Estos instrumentos constituyeron el núcleo de las actividades de capacitación, los talleres y los pequeños proyectos de intervención desarrollados por organizaciones de la sociedad civil (ONG de mujeres y derechos humanos). Estas actividades contribuyeron a mejorar las habilidades técnicas de estas ONG, y fueron el primer paso hacia la creación de una red de organizaciones capaces de monitorear la implementación de políticas públicas en el futuro.

La inclusión de una gran cantidad de actores clave en este proyecto trajo a colación sus intereses comunes, haciendo de estas actividades no solo un proceso de evaluación sino también de promoción y defensa de derechos. Consideramos que este proceso fortaleció el rol y reconocimiento público de la Defensoría del Pueblo, institución nueva para la defensa y promoción de derechos humanos de las mujeres dentro de la estructura de la democracia argentina[41] basada en la experiencia de otros países latinoamericanos.[42]

En conclusión, el principal desafío en la actualidad, planteado por Jacobson, es la aplicación de los principios de la salud pública y los derechos humanos a las políticas de salud reproductiva.

«Lo que se necesita es que los actores institucionales asuman un compromiso de trabajo de largo plazo con la sociedad civil para alcanzar estos objetivos, y un compromiso recíproco de los actores de la sociedad civil para involucrarse con las instituciones de manera proactiva, al tiempo que mantienen su independencia y habilidad para abogar por el cambio desde fuera del sistema de salud».[43]

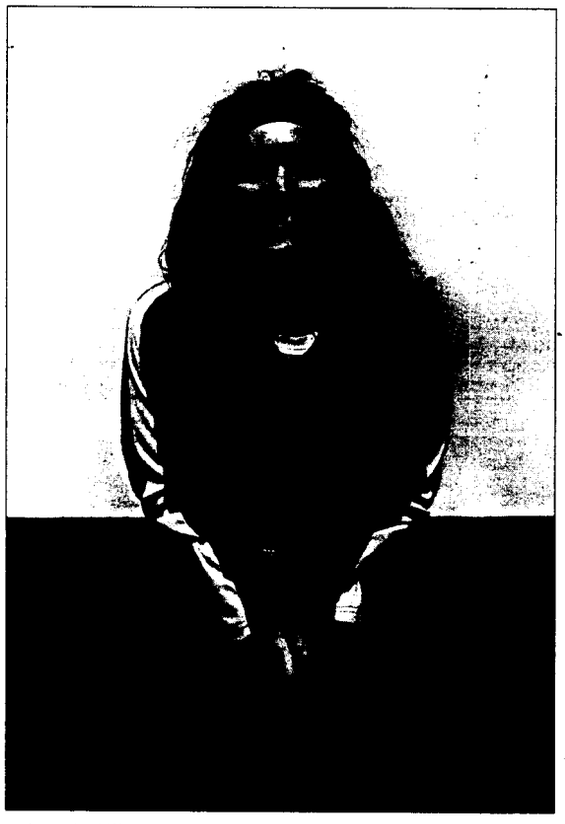
Traducción: Rossana Vargas

Referencias

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela. Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (18 de julio de 1999). Caracas FPNU en Venezuela, 2003.
2. CEPAL. Comité Especial de Población y Desarrollo Conmemoración del Décimo Aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: acciones emprendidas para la implementación del Programa de Acción en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile CEPAL, 2004.
3. Family Care International. Enfrentando el Desafío de Cairo. Aprendizajes y Acciones Futuras. Capítulo III, Ampliar el contenido y diversidad de los servicios de salud reproductiva, sección 4. New York: FCI, 1999-2000. p.10.
4. Haslegrave M. Implementing the ICPD Programme of Action: what a difference a decade makes. Reproductive Health Matters 2004;12(23):12-18.
5. Petchesky RP. Gendering Health and Human Rights. London Zed Books, United Nations Research Institute for Social Development, 2003.
6. Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES. La salud y los derechos sexuales y reproductivos: 2000-2003, un periodo de avances y retrocesos. En: Derechos Humanos en la Argentina Informe 2002-2003. Buenos Aires CELS, 2003.
7. Ramos S, Romero M, Karolinski A, et al. Para que cada muerte materna importe. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, CEDES, 2004.
8. Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES. El embarazo en la adolescencia:

diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Executive Summary. At: http://www.cedes.org/informacion/index2.html
9. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy and Planning 1994;9(4):353-70.
10. Kingdon J. Agendas, alternatives and public policies. New York Harper Collins, 1995.
11. Reich M. Applied political analysis for health policy. Current Issues in Public Health 1996;12(4):186-91.
12. Foltz A. The policy process. In: Janovsky K, editor. Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research. Geneva World Health Organization, 1996. p.207-23.
13. World Health Organization. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva, translated by CEDES. WHO Buenos Aires, 2001.
14. Berer M. Sexuality, rights and social justice. Reproductive Health Matters 2004;12(23):9.
15. Gutiérrez MA, Gogna M, Ramos S. Hacia nuevas formas de relación entre la sociedad civil y el Estado: la experiencia de mujeres autoconvocadas para decidir en libertad (Argentina). In: Doria Bilac, Baltar da Roca MI, editors. Saúde reprodutiva na America latina e no Caribe. Temas e problemas. San Pablo PROLAP-ABEP-NEPO/UNICAMP, 1998.
16. Petracci M. Salud, derechos y opinión pública. Buenos Aires Norma, 2004.
17. CELS, CLADEM, FEIM, Instituto Social y Político de la Mujer. Derechos humanos de las mujeres: asignaturas pendientes del Estado argentino. Contrainforme. Buenos Aires: 2002.
18. Cesilini S, Gherardi N. Los límites de la ley. La salud reproductiva en la Argentina. Buenos Aires Banco Mundial, 2002.
19. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Plan Federal de Salud. May 2004. At: http://www.msal.gov.ar/htm/site/institucional_planfederal.asp
20. Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES. Encuesta de opinión pública sobre salud reproductiva, Executive summary, 2003.
21. New reproductive health law, Buenos Aires, Argentina [Round Up]. Reproductive Health Matters 2000;8(16):185.
22. Vitale A. La planificación de los nacimientos: ¿una propuesta pública a mitad de camino? Cuadernos Médico Sociales 1992;59:19-25.
23. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio Perspectivas en Salud Pública. México DF Instituto de Salud Pública, 1990.
24. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Quarterly 1966;44:166-206.
25. Bruce J. Elementos fundamentales de la calidad de la atención Un marco conceptual sencillo. Documentos de Trabajo 21. México DF Population Council, 1998.
26. Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental. Manual para Evaluar la Calidad de Atención desde una Perspectiva de Género. Nueva York IPPF/WHR, 2000.
27. Matamala MI. Gender-related indicators for the evaluation of quality of care in reproductive health services. Reproductive Health Matters 1998;6(11):10-21.
28. Reyes Zapata H, Cuevas ML, Robledo C, et al. Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género. In: Documento de Trabajo 29. México DF Population Council, 1999.
29. Valdés T (coord.). El índice de Compromiso Cumplido. Una estrategia para el control ciudadano de la equidad de género. Santiago FLACSO, 2001.
30. Petracci M. Calidad total en la atención de la salud: las perspectivas del equipo médico y de los usuarios. Informe final de investigación. Beca Conapris, 2003.
31. Petracci M, Ramos S, Romero M. Calidad de la atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvico-uterino, Informe final. PATH, 2002.
32. Encuesta de disponibilidad de servicios de planificación familiar (EDIS), Perú , 1992. Cited in Consorcio Mujer. Calidad de atención en la salud reproductiva. Una mirada desde la ciudadanía femenina. Perú, 1998.
33. Langer A, et al. Conceptual bases and methodology for the evaluation of women's and providers' perception of the quality of antenatal care in the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial. Paedriatric and Perinatal Epidemiology 1998;(12 Suppl.):2.

34. Maffía D, Kohen B, Moreno M, et al. Programa Ciudadanía y Sexualidad. Manual para Organizaciones de la Sociedad Civil. Buenos Aires Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, CEDES, 2004.
35. Código Penal, Libro II, Título I. Delitos contra las personas, Capítulo 1, Delitos contra la vida.
36. Checa S, Rosenberg MI. Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública. Buenos Aires Ediciones El Cielo por Asalto, 1996.
37. Checa S. Salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: un estudio de abortos hospitalizados por complicaciones posabortivas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Paper presented at the IV Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género. Barcelona, 23-27 July 2002.
38. Bodnar P, Bfhmer M, Luna F, et al. Salud pública y anencefalia. Buenos Aires CEDES, FLACSO, 2004.
39. Steele C, Chiarotti S. With everything exposed: cruelty in post-abortion care in Rosario, Argentina. Reproductive Health Matters 2004;12(24 Suppl.): 39-46.
40. Weller S. Sexualidad y Servicios de Salud: Un Desafío para la Gestión en VIH-SIDA, Serie Seminarios Salud y Políticas Públicas. Buenos Aires CEDES, 2004.
41. Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Ciudadanía y Sexualidad. Buenos Aires Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, 2004.
42. Abad Yupanqui M. Garantías constitucionales y derechos de las mujeres: defensoría del pueblo, Habeas y amparo. In: Facio A, Fries L, editors. Género y Derecho. Santiago LOM Ediciones, 1999. p.371-405.
43. Jacobson JL. Transforming family planning programmes: towards a framework for advancing the reproductive rights agenda. Reproductive Health Matters 2000;8(15): 21-32.



PATRICK ZACHMAN / MAGNUM PHOTOS

Miembro de Hijos, niños de padres desaparecidos, Argentina, 1999

© 2006 Reproductive Health Matters.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2006;14(27):181–190
0968-8080/06 $ – see front matter
PII: S0 968 - 808 0(0 6) 27 219- 7

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

Nacidos no deseados, 35 años después: el Estudio de Praga

Henry P David

Director, Transnacional Family Research Institute, Bethesda, MD, EEUU. Correo electrónico: henrydavid@comcast.net

Resumen: *Hace mucho que los profesionales de la salud mental sostienen que el nacer sin ser deseado acarrea un riesgo de desarrollo psicosocial negativo y salud mental deficiente en la adultez. Diseñado para probar esta hipótesis, el Estudio de Praga siguió el desarrollo y bienestar mental de 220 niños nacidos en 1961–63, en Praga, de mujeres a quienes se les negó dos veces el aborto del mismo embarazo no deseado. A la edad de nueve años (aprox.), los niños fueron emparejados con 220 niños nacidos de embarazos aceptados en los que no se solicitó un aborto. En este artículo se exponen las suposiciones teóricas y las hipótesis, los criterios de selección de los participantes del estudio y los principales resultados de cinco oleadas de seguimiento, realizadas entre niños en las edades de 9, 14–16, 21–23, 28–31 y 32–35, así como un subestudio de participantes casados producto de embarazos no deseados y de participantes de control, producto de embarazos aceptados, de 26 a 28 años. Para realizar un control de factores posiblemente confusos en la interpretación de los datos, se incluyeron en las últimas dos oleadas todos los hermanos y hermanas de todos los participantes. Se encontró que las diferencias en el desarrollo psicosocial aumentaron con el tiempo pero disminuyeron cerca de los 30 años. Todas las diferencias perjudicaron a los participantes que eran producto de embarazos no deseados, especialmente los hijos únicos. Pasaron a ser pacientes psiquiátricos (en particular pacientes internos) con más frecuencia que los controles producto de embarazos aceptados y también con más frecuencia que sus hermanos o hermanas. Los resultados generales sugieren que la denegación del aborto en casos de embarazo no deseado implica mayor riesgo de desarrollo psicosocial y bienestar mental negativos en la adultez.* © *2006 Reproductive Health Matters. All rights reserved.*

Palabras clave: *embarazo no deseado, aborto denegada, desarrollo del niño, salud mental adulta, República Checa*

Ha habido mucha discusión sobre la dinámica de las concepciones intencionadas y las no intencionadas, y sobre la subsecuente crianza de niños voluntaria o involuntaria. Sin embargo, pocas veces ha sido posible conducir estudios de seguimiento desde la niñez hasta la adultez de niños no deseados en el momento de la concepción o durante la etapa temprana del embarazo. La realización de investigaciones sobre los efectos del aborto denegado en el desarrollo y en la salud mental requiere de un sistema legal que apruebe determinadas solicitudes para la terminación del embarazo y que rechace otras. También se necesita un registro nacional de población que recoja los eventos médicos y facilite el seguimiento de los niños alumbrados involuntariamente. Checoslovaquia (ahora la República Checa) era uno de los pocos países que cumplía con estas condiciones en el momento en que se iniciaba el Estudio de Praga (como se le dio a conocer internacionalmente).

El Estudio de Praga empezó cuando el resumen de una monografía checa sobre las cuestiones sociales de la interrupción del embarazo elaborada por el Dr. Vratislav Schüller y la Dra Eva Stupkova atrajo mi atención.[1] Al reunirme con la Dra. Stupkova, entonces directora de los Servicios de Salud Pública de Praga, me enteré que durante los años 1961-63 ella había sido jefa de la Comisión Regional de Apelaciones de Aborto de Praga. Había conservado en su poder los nombres de las mujeres

a las que se les había negado el aborto en dos oportunidades por el mismo embarazo; una, frente a la solicitud original y, nuevamente, en la apelación. La Dra. Stupkova deseaba poner su material a disposición para un estudio de seguimiento. En consulta con los doctores Zdenek Dytrych, Zdenek Matejcek y Vratislav Shüller, desarrollé el diseño original de emparejamiento que recibió el apoyo, a lo largo del tiempo, de organizaciones de donantes estadounidenses, checas e internacionales. Toda la investigación fue conducida bajo los auspicios del Instituto de Investigación Psiquiátrica de Praga (hoy Centro Psiquiátrico de Praga). Yo conseguí las subvenciones, actué como consultor principal en todas las fases del Estudio de Praga, y escribí y/o edité los informes en idioma inglés.[2,3] También organicé la presentación de Stupkova y Schüller[4] en un seminario internacional y la publicación de un artículo en el idioma inglés.[5] El Dr. Ludek Kubicka desarrolló el concepto de estudios de hermanos, condujo todo el análisis de datos en consulta con el Ing. Zdenek Roth, y fue el autor principal de los informes de investigación relacionados.[6,7] Matejcek y Dytrych, ambos ahora fallecidos, supervisaron los estudios de campo coordinados por la Ms. Karla Topicota y fueron los coautores de las primeras publicaciones y presentaciones internacionales.[8,9] Schüller, también fallecido, administró el proceso de aparejamiento y, por años, fue la única persona en saber «quién era quién».

Los pocos estudios sobre el tema en la literatura, principalmente de Suecia y de Finlandia, habían sido revisados en publicaciones previas.[2,3,6,7] Los estudios suecos[10,16] indicaban que los niños nacidos de mujeres a las que se les había denegado el aborto de un embarazo no deseado tendían a estar menos adaptados socialmente, estaban más frecuentemente bajo atención psiquiátrica y tenían un registro mayor de crímenes que los niños nacidos de embarazos deseados. Los resultados del estudio finlandés[17-19] mostraban que la no deseabilidad estaba asociada a circunstancias socioeconómicas menos favorables.

Este artículo reune en un solo documento los principales hallazgos de cinco oleadas de seguimiento conducidas alrededor de las edades de 9, 14-16, 21-23, 28-31, y 32-35 años, y un subestudio de sujetos casados y sus controles (estos últimos de embarazos deseados) a las edades de 26-28. Las descripciones de los métodos de recolección de datos (cuestionarios administrados individualmente, entrevistas estructuradas y registros públicos), así como el análisis estadístico detallado de los hallazgos empíricos con cuadros y gráficos han sido presentados a lo largo de los años en cerca de 100 monografías y libros publicados, hasta el momento, en cinco idiomas.

El escenario

Luego de la discriminalización del aborto en la Unión Soviética, el gobierno de Checoslovaquia liberalizó su ley del aborto en diciembre de 1957, poniendo al alcance de las mujeres la terminación del embarazo bajo consideraciones médicas y «otras» durante los primeros meses de gestación.[2] La Comisión Distrital de Abortos era la responsable de aprobar la solicitud de una mujer de terminar el embarazo. Si la Comisión negaba la solicitud, la mujer tenía derecho a apelar a una Comisión Regional de Apelaciones de Aborto, cuya decisión era definitiva. Las solicitudes eran denegadas principalmente porque la mujer presentaba razones falsas o insuficientes para abortar, o debido a que tenía más de 12 semanas de embarazo, o porque otro embarazo había sido interrumpido durante los meses inmediatamente precedentes. La apelación de una negativa y el hacer una segunda solicitud para terminar ese mismo embarazo constituía una confirmación de que el embarazo era intensamente no deseado, por lo menos en sus etapas tempranas.

Hipótesis

El supuesto teórico subyacente al estudio evolucionó del concepto de *privación psicológica*.[20] Se creía que si hay un continuo de condiciones de privación (que va desde el aislamiento de un niño en un entorno institucional hasta la desatención emocional relativamente leve en una familia disfuncional), también es probable que haya un continuo en las consecuencias (desde severas hasta relativamente leves). Este supuesto subyace al concepto de *subprivación psicológica*.[21,22] La hipótesis básica a probar es que las diferencias entre los hijos nacidos de embarazos no deseados y los hijos nacidos de

embarazos deseados estarían en desventaja para los hijos de embarazos no deseados. Se esperaba que las disparidades fueran aparentes en su historia médica, en su integración social, en los logros educacionales, en la condición psicológica y en las relaciones familiares. Esta expectativa, junto con la impresión de que los varones son más vulnerables que las mujeres a las condiciones social y ambientalmente adversas, llevaron a la predicción de que los niños de embarazos no deseados sufrirían relativamente menos que las niñas.[23] También se comprendió desde el principio que si bien los sujetos de embarazos no deseados habían sido seleccionados sobre la base de su no deseabilidad durante el embarazo temprano, era probable que muchos de estos fueran aceptados y, por cierto, amados, una vez nacidos.

Para proteger la confidencialidad, el proyecto de investigación fue oficialmente descrito como el Estudio de Praga de Desarrollo el Niño. El tema del aborto fue levantado una sola vez, en la pregunta final en la primera entrevista con la madre a la que se le había negado dos veces el aborto por el mismo embarazo. Al momento de la entrevista nueve años después, 83 (38%) de las 220 madres negaron haber solicitado un aborto por ese embarazo. El asunto de la no deseabilidad nunca fue planteado en cualquiera de las entrevistas estructuradas individuales con los participantes del estudio, y nunca fue traída a colación por nadie.

La muestra

Circunstancias fortuitas hicieron posible lograr el acceso a los registros de 1961-1963 de la Comisión de Apelaciones del Aborto de Praga. De las 24,889 solicitudes de aborto, 638 (2%) fueron rechazadas en primera instancia y, nuevamente, en la apelación subsecuente.[2] Luego de excluir a las 83 mujeres que no eran residentes de Praga o que eran ciudadanas de otro país, quedaron las 555 mujeres cuya solicitud de terminación del embarazo no deseado había sido doblemente rechazada. De éstas, 313 mujeres se habían mudado de Praga; nueve habían proporcionado direcciones falsas en sus solicitudes de aborto; se halló que seis no habían estado embarazadas; y ocho no pudieron ser rastreadas por otras razones. De las 501 mujeres de las cuales se tenía información disponible, 316 (63%) habían llevado sus embarazos a término mientras residían en Praga. De las restantes 185 mujeres (37%), 43 habían obtenido abortos legales luego de solicitar la terminación a otra comisión distrital de aborto; se alega que 80 habían abortado espontáneamente (un porcentaje doblemente mayor que el esperado normalmente); y en el caso de 62 no había registros de que hubieran dado a luz. El hallazgo de que 37% de las mujeres a las que se les había denegado dos veces el aborto finalmente lograron su objetivo de no alumbrar, lo que sugiere que los casos más extremos de no deseabilidad habían sido excluídos aún antes de que el estudio empezara.

Las 316 mujeres de Praga a las que se pudo rastrear, alumbraron a 317 niños. De éstos, seis murieron (cinco durante el primer año) y 19 fueron adoptados, constituyendo una proporción que excede más de 30 veces el promedio nacional. Otros 39 niños se habían mudado con sus padres de Praga, y dos estaban colocados bajo atención institucional. Cuatro de las madres negaron haber tenido alguna vez un hijo, a pesar de que los registros hospitalarios evidenciaban que habían alumbrado una vez. Tres mujeres habían fallecido, y los hijos de otras tres estaban viviendo con parientes en áreas rurales. Solo siete de las madres rehusaron cooperar con el proyecto de investigación. Las restantes 233 mujeres y sus hijos fueron ubicadas en Praga, cuando se inició la investigación. No obstante, 13 de los niños no pudieron ser aparejados con éxito, reduciendo así la muestra a 220 niños, 110 varones y 110 mujeres.

Los controles

Cada niño producto de un embrazo no deseado fue demográficamente aparejado a la edad de nueve años con un niño control, de un embarazo deseado, el nombre de cuya madre no fue hallado en los registros de solicitudes de aborto. El aparejamiento de los niños fue por edad, sexo, orden de nacimiento, número de hermanos y escuela. Las madres fueron aparejadas por edad, posición socioeconómica (determinada por su nivel educacional y el de su pareja) y por la presencia de la pareja en el hogar (es decir, la familia estaba completa o no). Todos los niños fueron criados en hogares con padre y madre, aunque a veces con un padre sustituto en

lugar del padre biológico. Para incluir la mayor cantidad posible de niños no deseados, fue necesario emparejar a algunas de las familias de tres hijos (donde uno o dos niños adicionales habían nacido luego del embarazo no deseado) con las de dos hijos de embarazos aceptados. Había 50 hijos únicos (sin hermanos) en ambas muestras. El proceso de emparejamiento fue logrado por un colega que permaneció como el único miembro del equipo de investigación que sabía qué niño pertenecía a qué muestra.

Hermanos

Los tres estudios de seguimiento iniciales (a las edades de 9 a 23) mostraron que las familias con embarazos no deseados eran menos estables y más disfuncionales que las familias con embarazos aceptados. Para tener control de los efectos de confusión no medidos previamente en la interpretación de la data, se decidió invitar a participar en las siguientes oleadas de seguimiento a todos los hermanos de ambas muestras de sujetos. El propósito fue someter a una prueba más robusta la hipótesis de que un embarazo no deseado tiene efectos negativos en el desarrollo psicosocial y en la salud mental. Empleando la terminología de la genética conductual,[26] se hizo una distinción entre ambiente familiar compartido (por hermanos) y ambiente familiar no compartido (por un hijo único). La hipótesis era que el efecto de la no deseabiidad no es compartida (por los hermanos).

Una búsqueda de la literatura arrojó un solo estudio que utilizaba a los hermanos.[24] La data de 3,000 familias americanas cuando los sujetos tenían entre 4 y 13 años de edad, mostraba que el embarazo no deseado no tenía efectos significativos en la salud o en el desarrollo temprano del niño. Esto era similar a los hallazgos de una revisión de los registros de establecimientos de salud locales y de otras observaciones de cuando los sujetos de Praga tenían una edad similar.[25]

Primera oleada de seguimiento: edad de nueve años

La revisión de los registros de salud de la niñez mostró que ambos grupos de niños habían empezado la vida bajo condiciones similares.[2] No había diferencias estadísticamente significativas en el peso o talla al nacer, en la incidencia de malformaciones congénitas, o en signos de disfunción cerebral mínima (ahora definida como desorden de actividad hipertensiva de atención deficitaria). Sin embargo, los niños de embarazos no deseados o eran amamantados por un periodo significativamente más corto, o sencillamente no practicaron la lactancia materna. También tendían a tener sobrepeso, ligera pero consistentemente. A la edad de nueve años, ambos grupos obtuvieron puntajes promedio en la versión checa de la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños, obteniendo 102 los niños de embarazos no deseados y 103 los casos control. No obstante, los niños de embarazos no deseados recibieron notas más bajas en el idioma checo, y los maestros y madres los calificaron menos favorablemente en el desempeño escolar, en la diligencia y en el comportamiento. En las escalas sociométricas, los niños de embarazos no deseados eran «rechazados como amigos» por sus compañeros con más frecuencia que los casos control. Comparadas con las madres que habían aceptado su embarazo, las que habían tenido embarazos no deseados percibían a sus hijos menos favorablemente que a sus hijas. También confiaban sus hijos más a menudo a otras personas. Una historia de tres o más abortos era cuatro veces más frecuente entre las madres con embarazos no deseados que entre las madres control.

Para desarrollar un indicador agregado de mala adaptación se seleccionó del material de las historias de caso, de los cuestionarios y de otros instrumentos de asesoría psicológica, 60 ítems factuales, los que en conjunto produjeron el Puntaje de Mala Adaptación, reflejando las cualidades negativas, la falta de madurez o una demostrada propensión a los problemas en el proceso de socialización. El puntaje del niño/a se formaba sumando sus «puntos negativos». La identidad del grupo de los individuos seguía siendo desconocida al momento de asignar los puntajes y de tabular.

Los niños de embarazos no deseados tenían puntajes de mala adaptación significativamente mayores que los casos control. Los puntajes promedio de los varones eran considerablemente más altos que los de las niñas. Los puntajes más

altos fueron obtenidos por los 50 hijos/as únicos/as de embarazos no deseados, mientras que los hijos/as únicos/as de embarazos deseados tuvieron los puntajes más bajos. Entre los varones de embarazos no deseados, los hijos únicos tuvieron los puntajes más elevados de mala adaptación. Niños/as que desde cualquier otro concepto eran saludables e inteligentes parecieron, en conjunto, hacerse menos adaptables, menos maduros socialmente y menos preparados para afrontar las demandas de la vida social. Se creó de manera parecida los puntajes de mala adaptación de las madres, sobre la base de los indicadores negativos seleccionados de las historias de caso, de las entrevistas estructuradas, de los cuestionarios y de los registros médicos. Los puntajes de mala adaptación de las madres con embarazos no deseados fueron significativamente mayores que los puntajes de las madres control.

Oleada de seguimiento dos: edades 14-16

La segunda oleada de seguimiento se condujo en 1977, cuando los niños tenían entre 14 y 16 años.[27] Se alcanzó una tasa de seguimiento del 98%. Previamente, las diferencias no significativas en el desempeño escolar habían alcanzado significancia estadística. Esta diferencia no se debía tanto a que los niños de embarazos no deseados estuvieran siendo desaprobados más a menudo, sino más bien a que estaban sustancialmente subrepresentados entre los estudiantes cuyas notas estaban por encima del promedio o más arriba. Rara vez aparecían en cualquier lista de excelencia. Se tuvo resultados similares en las calificaciones de los maestros/as. Comparados con los casos control, un número significativamente mayor de niños de embarazos no deseados no continuaron con la educación hasta la escuela secundaria. Más bien, se hicieron aprendices o iniciaron trabajos sin tener una capacitación vocacional previa. En todas las áreas muestreadas, las diferencias anteriores no solo persistían sino que se habían ensanchado.

Oleada de seguimiento tres: edades 21-23

Los hallazgos de la tercera oleada de seguimiento en 1983-1984 reflejaron una propensión a los problemas significativamente mayor entre los sujetos de embarazos no deseados que entre los sujetos del control, ahora de 21 a 23 años, tendiendo a confirmar las predicciones sobre los puntajes de mala adaptación obtenidos a la edad de nueve.[25] De los entrevistados, menos de una tercera parte de los sujetos de embarazos no deseados sobre el total de los casos control dijo que sus vidas se habían desarrollado como lo esperaban, y más del doble afirmó que habían encontrado más problemas de los que habían anticipado. De modo similar, una proporción significativamente menor de madres que habían llevado a término embarazos no deseados, en relación con las madres control, expresó satisfacción con el desarrollo de sus hijos, y una proporción significativamente mayor expresó insatisfacción con la actual posición educacional y social de su hijo/a.

Comparados con los controles, los adultos jóvenes nacidos de embarazos no deseados reportaron una significativa menor satisfacción con el trabajo, más conflicto con los compañeros de trabajo y con los supervisores, menos relaciones y menor satisfacción en esas relaciones con amigos, y más decepciones en el amor. Más estaban insatisfechos con su bienestar mental y buscaron activamente un tratamiento o estaban en él. Dos veces más sujetos de embarazos no deseados que de control habían sido sentenciados a prisión.

Se construyó un Puntaje Psicosocial de Inestabilidad sobre la base de las respuestas a 37 ítems de una entrevista estructurada considerados indicativos de relaciones insatisfactorias o problemáticas. Se elaboró como medida agregada, en términos parecidos a los del Puntaje de Mala Adaptación. Los puntajes promedio para todos los sujetos examinados mostró diferencias altamente significativas ($p<.001$). Las diferencias de lo que decían los sujetos sobre sí mismos a la edad de 21-23 años tendían a ser aún mayores que las diferencias de lo que habían dicho los padres, los maestros y los compañeros sobre ellos más de una década atrás. Sin embargo, ya no era aparente la brecha previamente observada a la edad de nueve años entre los varones y las mujeres de embarazos no deseados.[2]

Elecciones de pareja: edades 26-28

En el año 1989 se condujo un estudio suplementario para evaluar la selección de pareja entre los sujetos

casados.[28] Había significativamente más mujeres solteras y divorciadas entre las mujeres de embarazos no deseados que entre las de control (<.05). También, significativamente más varones de embarazos no deseados se habían casado en contraste con los hombres de los casos control. Comparadas con las parejas femeninas de los hombres de los casos control, las parejas femeninas de los hombres de embarazos no deseados habían experimentado significativamente más abortos y más reincidencia de abortos, y estaban insatisfechas con mayor frecuencia con sus trabajos y con su bienestar mental. Al examinar todos los datos disponibles, se encontró que las parejas femeninas de hombres nacidos de embarazos no deseados se parecían de muchas maneras a las mujeres nacidas de los embarazos no deseados. Comparadas con las parejas masculinas de las mujeres del control, las parejas masculinas de las mujeres de embarazos no deseados a menudo reportaban encontrar problemas inesperados y tenían relaciones maritales más difíciles. De muchas maneras eran similares a los varones nacidos de embarazos no deseados.[28]

En un subestudio que comparaba a sujetos que estaban casados y tenían por lo menos una criatura, las mujeres de embarazos no deseados reportaron con más frecuencia no estar preparadas para su primer embarazo, «sentirse menos contentas» durante el embarazo, y que «se sintieron como mujeres» solo después del parto.[28]

Para obtener información sobre el embarazo, el parto y la crianza, las mujeres de embarazos no deseados se dirigieron más frecuentemente a los medios y a las amistades, en tanto que las mujeres del grupo de control buscaron con más frecuencia a sus madres. También regresaron más pronto al trabajo que las madres control. Comparados con los padres control, los padres de embarazos no deseados reportaron más a menudo «haberse quitado el habla» con sus esposas, y frecuentemente percibían que no estaban cumpliendo con sus roles paternos.

En suma, las diferencias anotadas entre las familias de embarazos no deseados y los/las sujetos de embarazos aceptados estaban uniformemente en desventaja para las familias construidas por sujetos de embarazos no deseados.

Oleada de seguimiento cuatro: edades 28-31

La cuarta oleada de seguimiento fue conducida en 1992-1993, cuando los sujetos tenían alrededor de 30 años.[6] De los 220 sujetos de embarazos no deseados originales, 290 (86%) aceptaron participar. Dos habían muerto, nueve estaban fuera del país, tres estaban en prisión y, en el caso de 16, o no se pudo tomar contacto con ellos o rehusaron participar. De los 220 sujetos originales con embarazos aceptados, 200 (90%) participaron. Cinco habían muerto, cuatro estaban fuera del país, dos estaban en prisión y en el caso de nueve, o no se pudo tomar contacto con ellos o rehusaron participar. De los 173 hermanos/as de los sujetos de embarazos no deseados, 162 (94%) participaron. Dos habían muerto, tres estaban fuera del país y a seis no se les pudo hallar o declinaron su participación. De los 171 hermanos de sujetos de embarazos aceptados, 160 (93%) participaron. Cinco estaban fuera del país y seis no pudieron ser localizados o rehusaron participar. Ninguno estaba en prisión. Alrededor del 73% de los hermanos eran mayores que los sujetos del estudio. Se excluyó del análisis de la data a los sujetos hijos únicos (sin hermanos) y a los hermanos menores de 20. Las fuentes de datos incluyeron los registros oficiales basados en hechos sobre convicciones criminales, abuso de alcohol y de drogas, desempleo y problemas de crianza que habían llegado a la atención de las autoridades. Se construyó indicadores a partir de las respuestas de los sujetos a la escala de socialización, a un cuestionario de frecuencia de estado de ánimo (que medía la ansiedad y la depresión), a un cuestionario de desarrollo social y a una escala de integración social.[6]

Aunque los sujetos nacidos de embarazos no deseados aún manifestaban a la edad de 30 una adaptación social menos favorable que su par del caso control, las diferencias se habían estrechado. Sin embargo, las diferencias entre las mujeres de embarazos no deseados y sus controles eran ahora más amplias que aquellas entre los hombres de embarazos no deseados y sus controles. Más mujeres de embarazos no deseados que mujeres control estaban registradas como solteras o frecuentemente divorciadas, o se reportaba que tenían dificultades en la crianza o que estaban desempleadas. No se

observó tales diferencias entre los hombres de embarazos no deseados y sus controles o entre los hermanos/as de todos los participantes del estudio original.

Los resultados del análisis de regresión computarizado de los hermanos de los participantes del estudio original apoyaron la hipótesis de que el desarrollo psicosocial menos favorable de los sujetos de embarazos no deseados se debía (al menos parcialmente) al hecho de no haber sido deseados, característica no compartida con sus hermanos.[6] Los efectos nocivos no compartidos de la no deseabilidad se encontraron principalmente en las mujeres. En promedio, las mujeres nacidas de embarazos no deseados eran menos estables emocionalmente y estaban menos integradas socialmente que los controles femeninos de embarazos aceptados. No se encontró tales diferencias entre las hermanas de mujeres nacidas de embarazos no deseados o de sus controles de embarazos aceptados. Las mujeres nacidas de embarazos no deseados estaban, en promedio, menos adecuadamente socializadas y estaban más frecuentemente con el ánimo deprimido. Reportaron haber estado en cuidado psiquiátrico (alguna vez en su vida) con una frecuencia significativamente mayor que sus hermanos o que sus controles.

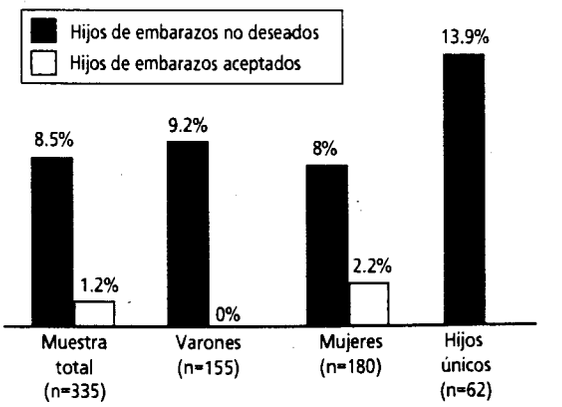
Oleada de seguimiento cinco: edades 32-35

En 1996-1997, los sujetos originales de los embarazos no deseados, sus controles, y sus hermanos aún residentes en Praga fueron invitados a participar en una entrevista estructurada de una hora y cara a cara conducida en los hogares de los informantes.[7] Se tuvo que excluir a los sujetos que residían fuera de Praga debido a consideraciones de costo y porque no se consideraba que ello sesgaría los resultados. De los sujetos originales de los 220 embarazos no deseados participaron 164 (74.5%), como lo hicieron 166 (75.5%) de los controles originales de embarazos aceptados. De los 173 hermanos originales de sujetos de embarazos no deseados, 119 (68.8%) colaboraron, como lo hicieron 124 (72.5%) de los 171 hermanos de los controles. De los muchos ítems de la entrevista estructurada, solo aquellos que conducían a las variables que indicaban salud mental deficiente fueron usados en el extensísimo análisis de datos diseñado por Kubicka.[7] El foco de la atención recayó en la morbilidad psiquiátrica.

El haber nacido de un embarazo no deseado estaba significativamente relacionado con el tratamiento psiquiátrico en la adultez. Los sujetos del embarazo no deseado se convirtieron en pacientes psiquiátricos con mayor frecuencia que los controles y también más a menudo que sus hermanos. En nueve de los diez indicadores de salud mental deficiente, que van desde el tratamiento psiquiátrico con internamiento hasta relaciones sexuales insatisfactorias, el porcentaje de sujetos de embarazos no deseados que estaban perturbados era mayor que el porcentaje entre sus hermanos. Las diferencias entre los casos control de embarazos aceptados y sus hermanos eran generalmente pequeñas, habiéndose encontrado un porcentaje ligeramente mayor en los hermanos en la mayoría de las medidas. El embarazo no deseado predijo significativamente tres de los 10 indicadores de salud mental deficiente, en particular el tratamiento psiquiátrico con internamiento y el ambulatorio, y una combinación de síntomas que reflejan un probable desorden de ansiedad o depresión.

El Gráfico 1 muestra la magnitud de la experiencia psiquiátrica con internamiento (a través de los 35 años) de los sujetos de embarazos no deseados y los controles de embarazos aceptados para la muestra total: varones, mujeres e hijos únicos. Especialmente

Gráfico 1. Porcentaje de pacientes psiquiàtricos con internamiento durante 35 años



notable es el hecho de que los hijos únicos de embarazos no deseados obtuvieron el mayor porcentaje (13.9%) de tratamiento psiquiátrico, en comparación con la ausencia del mismo para los casos control de hijos únicos de embarazos aceptados. El análisis adicional, haciendo la comparación entre sujetos de embarazos no deseados y sus hermanos menores o mayores, mostró que los adultos nacidos de embarazos no deseados llegaron a ser pacientes psiquiátricos con internamiento con una frecuencia solamente superior a sus hermanos mayores.[7]

El uso de los hermanos como controles demostró que no solo los sujetos de embarazos no deseados, sino también sus hermanos, incluían un porcentaje mayor de individuos deficientemente socializados que los casos control de sujetos de embarazos aceptados y sus hermanos. Son tanto factores genéticos como ambientales los que pueden explicar el hallazgo de que en las familias con un hijo nacido de un embarazo no deseado, un mayor porcentaje de todos los hijos tendía a estar menos socializado que los hijos de mujeres que habían aceptado sus embarazos. No se encontró que el abuso del alcohol o de las drogas, el fumar en exceso y la criminalidad, estuvieran relacionados con el embarazo no deseado.[6,7] En resumen, incluso cuando solamente se acepta como metodológicamente adecuado el análisis teniendo como controles a los hermanos, los hallazgos de las oleadas de seguimiento cuatro y cinco brindan soporte, por lo menos parcial, a la hipótesis de que haber nacido de un embarazo no deseado tiene efectos negativos a mayor plazo.

Discusión

Las primeras tres oleadas de seguimiento del Estudio de Praga demostraron que las diferencias entre los sujetos de embarazos no deseados y los controles de embarazos aceptados emparejados según variables sociodemográficas se habían ampliado en el tiempo para luego declinar alrededor de los 30 años, de manera parecida a los hallazgos de Suecia.[2,12] Sin embargo, todas las diferencias en el desarrollo psicosocial eran consistentemente desfavorables para los sujetos nacidos de embarazos no deseados, especialmente entre aquellos que eran hijos únicos. No era tanto que estos sujetos estuviesen sobrerepresentados en los indicadores extremadamente negativos, sino que estaban subrepresentados en cualquiera de los indicadores de excelencia (tales como logro académico, satisfacción en el trabajo o con la crianza).

Tal como lo anotó Kubicka,[6,7] cuando se empareja a los participantes en el estudio por variables sociodemográficas únicamente, algunos posibles factores de confusión quedan sin ser controlados. Los resultados de las oleadas cuatro y cinco, cuando se incluyó a los hermanos, mostraron que haber nacido de un embarazo no deseado estaba relacionado significativamente con el tratamiento psiquiátrico en cualquier momento de la vida. Los sujetos de embarazos no deseados fueron pacientes psiquiátricos (especialmente con internamiento) más frecuentemente que los controles nacidos de embarazos aceptados, y también más a menudo que sus hermanos mayores. Las diferencias más grandes estuvieron entre los hijos únicos de embarazos no deseados y sus controles. Este hallazgo otorga credibilidad a la observación de que algunas mujeres rechazan el rol de madre. Más aún, las trabajadoras sociales que hicieron las entrevistas (alrededor de la edad de nueve años) tuvieron la impresión de que las madres de los hijos nacidos de embarazos no deseados eran emocionalmente frías con esos niños. No obstante, algunos niños de embarazos no deseados se desarrollaron tan bien como sus controles de embarazos aceptados, mostrando resiliencia en las circunstancias.[29]

Los hermanos no son los controles ideales. La ocurrencia de un embarazo no deseado seguida de un nacimiento involuntario muy probablemente tiene una influencia negativa en la salud mental de la madre y para el ambiente familiar. Esta situación probablemente también afecta al(los) hermano(s) del hijo del embarazo no deseado. A pesar de ello, se obtuvo apoyo, por lo menos parcial, para la hipótesis. Un subestudio de sujetos casados con hijos sugirió que las diferencias entre sujetos nacidos de embarazos no deseados y los nacidos de embarazos aceptados puede prologarse a la siguiente generación. Este tema merece ser investigado más.

Hasta donde conocemos, el Estudio de Praga es el único de hijos nacidos de mujeres a las que se les

denegó dos veces el aborto del mismo embarazo no deseado con controles aparejados sociodemográficamente de niños nacidos de embarazos aceptados de otros progenitores, así como con hermanos de ambos grupos de sujetos. Los estudios finlandés y sueco no incluyeron controles de sujetos emparejados o hermanos.[10-19] Dado que el Estudio de Praga es único, puede argumentarse que se necesita más investigación para apoyar los hallazgos. Sin embargo, los resultados también pueden estar subestimando los efectos de la no deseabilidad, si se considera que las mujeres checas que verdaderamente estaban decididas a no dar a luz finalmente lograron su objetivo.

Aunque contextos distintos podrían conducir a diferentes hallazgos en otros países, el Estudio de Praga brinda apoyo a la hipótesis de que la subprivación psicológica[21,22] constituye un serio problema social y de salud pública. Parece que el riesgo mayor de un desarrollo psicosocial perjudicial es el resultado de una combinación de circunstancias que empiezan con un embarazo no deseado y un aborto denegado. La no deseabilidad en la etapa temprana del embarazo anticipa una atmósfera familiar que improbablemente será conducente a una crianza saludable.

En el conjunto, ser nacido de un embarazo no deseado acarrea un riesgo mayor de desarrollo psicosocial y de bienestar mental negativos (por lo menos hasta la edad de 35 años, en que finalizó el estudio). Las implicaciones para las políticas de salud pública y para la legislación sobre el aborto son evidentes en la decisión del gobierno de Checoslovaquia (en parte como respuesta a los resultados del Estudio de Praga), de abolir las comisiones de aborto en 1986. La terminación del embarazo no deseado se puso al alcance de las personas con la sola solicitud de la mujer, siempre y cuando el embarazo no hubiera excedido las 12 semanas, y siempre que no hubiera contraindicaciones.

Agradecimientos

Este artículo se basa en una presentación ofrecida en el IUSSP International Population Conference, Tours, Francia, 18-23 de julio de 2005, y resume publicaciones previas anotadas en el texto y en las referencias. El Estudio de Praga fue financiado en distintos momentos por el US National Institute of Child Health and Human Development (Grants HD 05569 y HD 25574), la Ford Foundation, la Organización Mundial de la Salud (oficinas de Ginebra y Copenhague), el United Nations Fund for Population Activities, la World Federation for Mental Health Commitee on Responsible Parenthood, Czechoslovak State Research Plan, Ministerio de Salud de la República Checa (Grants 289-4 y NF/5536-03), y el Research Support Scheme of the Open Society Foundation (Grant 85/1999). Con profunda gratitud y aprecio hago el reconocimiento del apoyo de dos directores del Prague Psychiatric Center, Drs. Hanzlicek y C Höschel. Ellos salvaguardaron el Estudio de Praga a través de los años. El nuestro fue uno de los pocos proyectos cooperativos entre Checoslovaquia y los Estados Unidos que sobrevivieron a la ocupación soviética en 1968. También deseo agradecer las muchas sugerencias valiosas hechas por los Drs. Warren B Miller y el desaparecido Herbert Friedman, ambos afiliados con la Transnational Family Research Institute.

Traducción: Sandra Vallenas

Referencias

1. Schqller V, Stupkova E. [Social questions of pregnancy interruption and possibilities of their study (in Czech)]. Demografie 1967;9:216-20.
2. David HP, Dytrych Z, Matejcek Z, et al (editors). Born Unwanted: Developmental Effects of Denied Abortion. New York: Springer, 1988; Prague: Avicenum, 1988: Mexico City: EDAMEX, 1991.
3. David HP, Dytrych Z, Matejcek Z. Born unwanted: observations from the Prague Study. American Psychologist 2003;58:224-29.
4. Schqller V, Stupkova E. Legal abortion and the possibilities of studying its psychosocial consequences. In: David HP (editor). Transnational Studies in Family Planning. Budapest and Washington American Institutes for Research, 1969. p.12-14.
5. Schqller V, Stupkova E. The "unwanted child" in the family. International Mental

Health Research Newsletter 1972;14: 6-11, 14-18.
6. Kubicka L, Matejcek Z, David HP, et al. Children from unwanted pregnancies in Prague, Czech Republic, revisited at age thirty. Acta Psychiatrica Scandinavica 1995;91:361-69.
7. Kubicka L, RothZ,Dytrych Z, et al. The mental health of adults born from unwanted pregnancies, their siblings, and matched controls: a 35-year follow-up study from Prague, Czech Republic. Journal of Nervous and Mental Disease 2002;190:653-62 and 2003;191: 137.
8. Dytrych Z,Matejcek Z, SchqllerV, et al. Children born to women denied abortion. Family Planning Perspectives 1975;7:165-71.
9. Matejcek Z, Dytrych Z, Schqller V. Children from unwanted pregnancies. Acta Psychiatrica Scandinavica 1978;57:67-90.
10. Forssman H, Thuwe I. One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused. Acta Psychiatrica Scandinavica 1966;42:71-88.
11. Forssman H, Thuwe I. Continued follow-up of 120 persons after refusal for therapeutic abortion. Acta Psychiatrica Scandinavica 1981;64:142-46.
12. Forssman H, Thuwe I. The Go''teborg cohort. In: David HP, Dytrych Z, Matejcek Z, et al (editors). Born Unwanted: Developmental Effects of Denied Abortion. New York Springer, 1988. p.37-45.
13. Höök K. Refused abortion: a follow-up study of 249 women whose applications were refused by the National Board of Health in Sweden. Acta Psychiatrica Scandinavica 1963;39(Supplement):168.
14. Höök K. The unwanted child: effects on mothers and children of refused applications for abortion. In Society, Stress and Disease. Oxford Oxford Medical Publications, 1975. p.187-92.
15. Bloomberg S. Influence of maternal distress during pregnancy on postnatal development. Acta Psychiatrica Scandinavica 1980;62:405-17.
16. David HP. Additional studies from Sweden. In: David HP, et al (editors). Born Unwanted: Developmental Effects of Denied Abortion. New York Springer, 1988. p.46-52.
17. Myhrman A. The northern Finland cohort. In: David HP, et al (editors). Born Unwanted: Developmental Effects of Denied Abortion. New York Springer, 1988. p.103-10.
18. Myhrman A, Olsen P, Rantakallio P, et al. Does the wantedness of a pregnancy predict a child's educational achievement? Family Planning Perspectives 1995;27:116-119.
19. Myhrman A, Rantakallio P, Sohanni M, et al. Unwantedness of a pregnancy and schizophrenia in the child. British Journal of Psychiatry 1996;169:637-40.
20. Langmeier J, Matejcek Z. Psychological deprivation in childhood. New York Wiley, 1975.
21. Matejcek Z. [Concept of psychological sub-deprivation (in Czech)]. Psychologia a Patopsychologia Dietata 1987; 22:419-28.
22. Matejcek Z, Dytrych Z. Specific learning disabilities and the concept of psychological subdeprivation: the Czechoslovak experience. Learning Disabilities Research and Practice 1993;8: 44-51.
23. Bowlby J. Attachment and Loss. London Hogarth, 1969.
24. Joyce TJ, Kaestner R, Korenman S. The effect of pregnancy intention on child development. Demography 2000;37:83-94.
25. Matejcek Z, Dytrych Z, Schqller V. The Prague cohort through age nine. In: David HP, et al (editors). Born Unwanted: Developmental Effects of Denied Abortion. New York Springer, 1988. p.53-86.
26. Plomin R, Daniels D. Why are children in the same family so different from one another? Behavioral and Brain Sciences 1997;10:1-16.
27. Dytrych Z,Matejcek Z, Schqller V. The Prague cohort: adolescence and early adulthood. In: David HP, et al (editors).BornUnwanted: Developmental Effects of Denied Abortion. New York Springer, 1988. p.87-102.
28. David HP, Dytrych Z, Matejcek Z, et al. Partner choice among young adults born from unwanted and accepted pregnancies in Czechoslovakia. In: Kessler M, et al (editors). The Present and Future of Prevention. Newbury Park Sage, 1992. p.169-81.
29. Matejcek Z, David HP, Dytrych Z, et al. Questions and answers: discussion and suggestions. In: David HP, et al (editors). Born Unwanted: Developmental Effects of Denied Abortion. New York Springer, 1988. p.111-27.

JK/MAGNUM PHOTOS

Padre con su hija recién nacida. Republica Checa, 2003.

© 2004 European Society of Human Reproduction and Embryology.
All rights reserved.
Reproductive Health Matters 2005;13(25):120–128
0968-8080/05 S - see front matter
PII: S0 968 - 808 0 (05) 2517 3-X

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

ANÁLISIS

Armonización legal y turismo reproductivo en Europa

Guido Pennings

Centro de Filosofía Ambiental y Bioética, Universidad de Ghent, Ghent, Bélgica.
E-mail: Guido.Pennings@Ugent.be
Reproductive Health Matters 2005; 13(25):120–128

Resumen: *La legislación de aspectos éticos demuestra la precaria mezcla de ética y política. Aunque la mayoría tiene el derecho político de expresar sus puntos de vista morales dentro de la ley, varios valores éticos importantes, como la autonomía, la tolerancia y el respeto por las opiniones de los demás, instan a la mayoría a tomar en cuenta la posición de las minorías. Hacer caso omiso del pluralismo en la sociedad inevitablemente llevará a un turismo reproductivo. Aunque la legislación y armonización europea en el campo de la reproducción asistida médicamente se presenta como una solución parcial a este fenómeno, se argumenta que la legislación europea debe evitarse lo más posible. La regulación de estos aspectos éticos privados debe dejarse en manos de los parlamentos nacionales. Una legislación transigente siempre procura que el viajar reproductivo sea mínimo. El turismo reproductivo es una válvula de escape que disminuye el conflicto moral y expresa un reconocimiento mínimo de la autonomía moral de los demás.* © *2004 European Society of Human Reproduction and Embryology. All rights reserved.*

Palabras clave: *ética, armonización, legislación, turismo reproductivo, Europa.*

Introducción

El 1 de mayo de 2004, diez nuevos miembros de Europa Central se unieron a la Comunidad Europea. Este momento histórico fue acompañado por canciones de alabanza a la Unión Europea. Junto a los intentos de introducir una Constitución Europea, existe una presión creciente por lograr una armonización en la legislación en todos los aspectos de la vida. El ámbito del cuidado de la salud y la medicina, incluyendo la reproducción médicamente asistida, no es una excepción. Cualquiera que haya asistido a un congreso en los últimos años, habrá notado la inmensa variedad de reglas, regulaciones y legislación en los países europeos. Aunque el llamado a la armonización suscita un interés inicial, puede ser un canto de sirena que lleve a una legislación más restrictiva en el tema de las tecnologías reproductivas. Algunos de los defensores de una legislación europea unificada parecen querer volver a un mundo premoderno donde todos los ciudadanos comparten una visión del mundo común y un conjunto de reglas que definen lo que es el buen vivir. Dicen «armonización», pero quieren decir «uniformización». Esta es una posición peligrosa, debido a que niega el pluralismo ético, cultural y religioso. Otros, por el contrario, creen que Europa puede ayudarlos a adoptar una ley más liberal en su propio país, o están convencidos de que la legislación supranacional es la única manera de regular las prácticas. Estas posiciones sobre los efectos de la legislación europea conducen a dos movimientos opuestos: mantener a Europa fuera y limitar su intromisión al máximo, versus acelerar el proceso de legislación europea y estimular la intervención. Todos los involucrados en esta área (pacientes, médicos y científicos), en su calidad de

grupos de interés y ciudadanos, deberían expresar sus preocupaciones cuando la regulación se mueva en el sentido equivocado (Sunde, 2004).

Ética versus política

Toda legislación sobre cuestiones éticas, incluyendo aquéllas generadas por la aplicación de la reproducción médicamente asistida, levanta una serie de preguntas vinculadas a la relación entre ética y ley. ¿Cómo debe el legislador, en un mundo posmoderno caracterizado por una multitud de grupos con diferentes perspectivas morales, reaccionar frente a los conflictos morales? Este es un problema básico para cualquier democracia. La solución más obvia a esta posición es abstenerse de legislar. Sin embargo, la ausencia de legislación implica también una posición moral. No es posible que el Estado permanezca neutral en este caso. Una nación sin una legislación en cuestiones de bioética respalda la posición liberal de que cada ciudadano o ciudadana debe decidir de acuerdo a sus convicciones morales.

Existen dos posiciones generales con relación al derecho de la mayoría de expresar sus puntos de vista en una ley vinculante. Hay quienes creen que, en una sociedad pluralista, la ley no debe reflejar la posición moral substantiva de un grupo. Las restricciones coercitivas, como lo son las prohibiciones legales, carecen en tales sociedades de una base común y, por lo tanto, resultan discriminatorias de otras posiciones (Engelhardt, 1991). «La legislación, al menos en una sociedad democrática, refleja, y se supone que debe reflejar, un compromiso entre las diversas preferencias e intereses de los miembros de dicha sociedad. De esta manera, solo puede lograrse un compromiso legislativo aceptable si se logra también un grado considerable de acuerdo moral durante el debate político» (Wellman, 1994). Esto se aplicaría tanto al ámbito nacional como al ámbito de la Comunidad Europea.

La segunda posición sostiene que, desde un punto de vista político, la mayoría tiene el derecho de imponer su perspectiva sobre lo que es el buen vivir. En un sistema democrático, los partidos políticos luchan por organizar a la sociedad de acuerdo a sus objetivos, valores y principios. Los programas políticos contienen convicciones éticas y religiosas. La principal fuente de fricción entre la ética y la ley es que la democracia no está basada en el principio del consenso sino en el principio de la mayoría (Bayertz, 1994). Los conflictos entre las partes se deciden por la regla de la mayoría en el Parlamento. Si el proceso democrático funciona normalmente, la visión de la mayoría prevalecerá a expensas de la visión de la minoría. Aunque la mayoría no decide lo que es ético, las reglas éticas que se aplican en la vida social (aquello que es permitido, exigido o prohibido) son, al menos parcialmente, decididas por los políticos que aprueban las leyes (Kuhse, 1994). A menos que uno quiera eliminar la democracia, esto es algo con lo que tendremos que aprender a vivir.

Sin embargo, incluso si se adopta esta última posición, debe intentarse lograr un compromiso entre ética y política. Aunque la mayoría tiene el derecho político de imponer su punto de vista sobre la minoría, un conjunto de valores éticos importantes exigen a la mayoría ir con cuidado. Entre ellos, están la autonomía (el derecho a organizar la propia vida de acuerdo a los propios principios morales), la tolerancia y el respeto por posiciones morales distintas. Un Estado que utiliza un poder coercitivo excesivo para promover los valores mayoritarios puede terminar suprimiendo definitivamente a los grupos minoritarios. Imponer una opinión moral a personas que no comparten tal perspectiva incrementa el riesgo de conflictos. Consideremos como ejemplo a la nueva ley italiana. La donación de embriones y gametos está prohibida, lo mismo que la investigación sobre la criopreservación de embriones. Puede fertilizarse un máximo de tres ovocitos y cada embrión debe ser reemplazado independientemente de su calidad o de la edad de la mujer. Recientemente, una corte dijo a una mujer con alto riesgo de talasemia B que todos los embriones debían ser reemplazados sin exámenes de preimplantación previos (Turone, 2004). Esta ley da como resultado, entre otras cosas, un incremento en embarazos múltiples en las mujeres más jóvenes, con todos los riesgos que esto implica para la madre y los bebés, y una reducción de las tasas de éxito para las mujeres mayores de 35 años. La principal crítica, sin embargo, es que la ley expresa claramente

las creencias de solo una parte de la sociedad, es decir, los católicos. No se ha hecho ningún intento por considerar otros puntos de vista. No debe sorprender a nadie que los italianos no católicos se sientan frustrados, ignorados, molestos y tratados injustamente. Muy probablemente, pacientes y médicos votarán con los pies. Aparentemente, este proceso ya ha empezado; cientos de parejas fértiles, con un alto riesgo genético, viajan al exterior (Turone, 2004). Ignorar el pluralismo al hacer las leyes da como resultado inevitable el turismo reproductivo. Sin embargo, aunque se debe criticar esta ley y exponer sus consecuencias perjudiciales, esto no implica que se deba abolir el sistema político por el cual fue generada. La mayoría del pueblo italiano votó por esta ley. ¿Quién tendría el derecho (y sobre qué base), de obligar a los italianos a permitir diagnósticos de preimplantación genética, a los irlandeses a permitir la culminación del embarazo, o a los belgas a prohibir la creación de embriones para la investigación? Le corresponde a la gente de estos países el cambiar la ley (si piensan que es moralmente inaceptable) por medio del procedimiento político reconocido, es decir, la democracia parlamentaria.

Turismo reproductivo

El turismo reproductivo o de infertilidad se refiere al desplazamiento de ciudadanos hacia otro Estado o jurisdicción para obtener formas específicas de reproducción asistida a las que no pueden acceder en el lugar donde viven. Diana Blood, que trasladó el esperma de su difunto marido desde el Reino Unido hasta Bélgica para ser inseminada, es probablemente el ejemplo más conocido de este tipo de turismo médico. Aunque los medios solo eligen los casos más espectaculares, la mayoría de casos de «turismo reproductivo» son llevados a cabo por grupos ordinarios de pacientes como mujeres mayores, o receptores de donación de ovocitos o esperma. El registro belga de reproducción asistida para el año 1999 indica que el 30% de pacientes que reciben fertilización *in vitro* provienen de otros países. Si se considera solo la donación de ovocitos, el 60% de receptores son extranjeros (Colegio de Medicina Reproductiva y Registro Belga para la Procreación Asistida, 2001). Con relación a los diagnósticos de preimplantación genética, la mitad de las parejas proviene de Alemania y Francia, producto de restricciones legales o prácticas en estos países (Vandervorst et al., 2000).

Un país como Bélgica, que no cuenta con leyes sobre reproducción asistida y tiene numerosos centros de tratamiento de infertilidad de alta calidad, atrae a personas de los países vecinos e inclusive de más allá: desde Alemania llegan pacientes que requieren una donación de ovocitos o que desean una FIV con esperma donado. Pacientes de Francia cruzan la frontera porque quieren aumentar las probabilidades de éxito evitando verse obligados a congelar el embrión luego de la donación del ovocito, o porque no aceptan la regla de «anonimato personalizado» que impide el uso de donantes de ovocito conocidos (Baetens et al., 2000). Otros grupos numerosos provenientes de Francia son las parejas lésbicas y mujeres solteras que solicitan una inseminación artificial. Las clínicas belgas son visitadas desde los Países Bajos por mujeres mayores de 40, receptores de donantes de esperma y parejas que quieren usar esperma obtenido quirúrgicamente con una inyección intracitoplasmática de espermatozoides. Existen flujos similares de pacientes entre otros países europeos. Es bastante conocido, por ejemplo, que España atrae recipientes de ovocitos de todas partes de Europa debido a que existen largas listas de espera en otros países.

En general, las principales causas del turismo reproductivo pueden resumirse como sigue: el tratamiento está prohibido en el país de origen debido a que su aplicación es considerada éticamente inaceptable (uso de gametos de donantes, selección del sexo por razones no médicas, etc.), a que los candidatos poseen características que se considera los hacen no aptos para la maternidad (lesbianas en el periodo de posmenopausia, etc.) o porque la técnica es considerada médicamente insegura (congelamiento del ovocito, transferencia citoplasmática, etc.); el tratamiento no está disponible debido a la falta de experticia (diagnóstico de preimplantación genética); las listas de espera son muy largas (donantes de ovocitos); o los costos (honorarios) son muy altos. Algunas veces existe una combinación de motivos. Por ejemplo, la primera ola de pacientes que viajó desde Suecia hacia los países vecinos en busca de

donantes de esperma, cuando se abolió la exigencia de mantener la identidad del donante en el anonimato, fue resultado de la escasez (disminución de los candidatos a donantes) combinada con el rechazo a aceptar donantes que pudieran ser identificados (Pennings, 2001). Lo mismo se aplica actualmente a los Países Bajos; existe un crecimiento sostenido de pacientes holandeses en las clínicas belgas cerca de la frontera, a medida que se acerca el final del periodo de transición de la donación anónima de esperma.

Las razones económicas que impulsan a cruzar la frontera en busca de tratamiento merecen especial atención, debido a que el argumento clásico contra el turismo reproductivo es una desigualdad en el acceso. «Solo las personas acomodadas de países con una adecuada regulación viajan a países menos regulados para comprar servicios» (Rose y Rose, 2003). Este argumento se basa en el principio de igualdad: es discriminatorio e injusto que solo los ricos puedan costear el tratamiento. Primeramente, este es un argumento extraño viniendo de quienes instalaron la legislación restrictiva en primer lugar. Si las prohibiciones fueran abolidas, ni pobres ni ricos tendrían que viajar fuera. En segundo lugar, no es un argumento válido en contra de quienes tienen medios económicos, a menos que se reconozca a la envidia como base para el juicio moral. La principal cuestión aquí es si las personas deben decidir o no sobre su reproducción.

Más aún, el costo de los tratamientos para la infertilidad puede variar considerablemente de un país europeo a otro. Contrariamente a los argumentos expuestos, el turismo reproductivo puede en realidad reducir la injusticia social, al permitir que pacientes pobres de países ricos accedan a un tratamiento que no pueden costear en su propio país. Probablemente, el turismo reproductivo motivado por razones económicas se incrementará en el futuro. Una búsqueda rápida por Internet revela que diversas clínicas de Europa Central, Rusia e India reclutan activamente pacientes extranjeros, enfatizando la reducción de costos en un 50% o más. Este tipo de turismo podría ser evitado en gran medida si el sistema de seguridad social cubriera parte de los costos. Un aspecto preocupante de este flujo hacia países pobres es el reclutamiento de donantes de ovocitos, en la medida en que las regulaciones sobre consentimiento informado pueden ser menos estrictas en estos países. En primer lugar, el pago de grandes sumas (de acuerdo a los estándares del donante) puede tener un efecto nocivo sobre el consentimiento informado de los donantes. Adicionalmente, la atmósfera comercial que generalmente rodea el reclutamiento de los donantes y la provisión de tratamientos para la infertilidad no favorece una atención adecuada a los estándares éticos. Un reciente estudio en los Estados Unidos mostró que los riesgos e inconvenientes de la donación de óvulos eran minimizados en los primeros contactos telefónicos a fin de atraer un mayor número de donantes (Gurmankin, 2001). Las clínicas en países que carecen de controles (confiables) pueden ser aún menos escrupulosas.

Soluciones

El turismo reproductivo es presentado a menudo como un problema. Académicos y políticos se rompen la cabeza para encontrar soluciones que permitan prevenirlo o disminuirlo. Es notable que quienes comentan este fenómeno ignoren su principal causa (es decir, la legislación restrictiva) al considerar las soluciones. Generalmente, aceptan este hecho como dado y lo toman como punto de partida. Es muy raro que consideren seriamente la solución más obvia, es decir, no emitir prohibiciones estrictas. No obstante, la posibilidad de evadir la ley viajando al exterior ya ha sido usada por el Consejo Federal Suizo como argumento para rechazar una iniciativa de referéndum orientada a prohibir la mayoría de formas de fertilización *in vitro* y el uso de gametos de donantes (Consejo Federal Suizo, 2000). La única consecuencia de una ley de este tipo sería que las parejas infértiles viajarían a países vecinos. Otros países reaccionan de manera coercitiva o represiva. Hay numerosos ejemplos de países europeos que intentan forzar a sus ciudadanos a acatar la ley. Una forma de hacerlo es castigando a los ciudadanos que violan la ley en el extranjero. Alrededor de 1990, guardias alemanes asentados en la frontera forzaron a las mujeres que volvían de los Países Bajos a someterse a exámenes ginecológicos, en un intento por obtener evidencia de abortos realizados extraterritorialmente. También

se presentaron cargos contra mujeres que tuvieron un aborto en otros países, aunque el Parlamento Europeo eventualmente condenó estas prácticas en 1991 (Kreimer, 1992). Otros países trataron de impedir que las personas cruzaran la frontera para obtener tratamiento en otros lugares. Irlanda quiso prohibir que las mujeres irlandesas dejaran el país para obtener un aborto en Gran Bretaña. En 1992, se impidió que una víctima de violación de 14 años dejara Irlanda por un periodo de nueve meses, aunque este mandato judicial fue luego revocado (Lawson, 1994). Sin embargo, a pesar que se mantuvo la prohibición sobre el aborto, dos enmiendas a la Constitución irlandesa plantearon que no podía limitarse la libertad de viajar de un Estado a otro, ni restringirse la libertad de obtener servicios legales en otro Estado. Estos cambios se basaron parcialmente en los artículos 59º y 60º del Tratado de la Comunidad Europea, que garantizan el libre movimiento de servicios, incluyendo servicios médicos y por lo tanto, tratamiento para la infertilidad.

Una cosa es introducir reglas sobre la procreación y la formación de la familia en la propia sociedad, y otra muy diferente tomar todas las medidas posibles para forzar a los ciudadanos a que acaten estas reglas. Ejercer este tipo de presión lleva a un conflicto frontal y puede poner en riesgo la paz social. Se requiere entonces una actitud diferente hacia la legislación nacional, lo que no será fácil de lograr. Los analistas con frecuencia expresan desaprobación e incluso resentimiento cuando hablan sobre el turismo reproductivo. Hervey, por ejemplo, se pregunta si «resulta equitativo que algunas personas puedan efectivamente, 'pagar' para evitar cumplir con las opciones éticas o morales respaldadas por la ley en su propio Estado Miembro» (Hervey, 1998). Quienes realizan turismo reproductivo son vistos como personas desleales, que «evaden las leyes nacionales» (Henn, 1999), «evaden las restricciones de su país» (Brazier, 1999), «que hacen sus compras en salud... en lugares donde la ley es menos estricta» (Millns, 2002). Esta actitud puede basarse en una serie de convicciones: el creer en una verdad moral, el deseo de asegurarse que los demás se rijan por nuestros propios estándares, el creer que las reglas éticas deben aplicarse a todos, no importa el lugar, etc. Esta posición se traduce en un intento de formular leyes que obliguen a las personas a acatar las reglas éticas. Sin embargo, el propósito de la regulación nacional no debe ser evitar que quienes no están de acuerdo con ella, realicen ciertos actos o utilicen ciertas intervenciones o servicios. Las leyes que establecen este tipo de prohibiciones solo pueden determinar el tipo de servicios que estarán disponibles en el territorio. En este sentido, la ley expresa, ni más ni menos, los valores morales de la mayoría dentro de una comunidad. La tolerancia hacia el desplazamiento de los miembros de la minoría a otros países muestra un grado saludable de relativismo. El hecho que personas razonables dentro del propio país y una mayoría dentro de otro acepten un acto o tratamiento como perfectamente legítimo y éticamente aceptable, debería arrojar una sombra de duda sobre la convicción de que nuestra posición es la única correcta. Permitir a otras personas que consideren opciones fuera de su país muestra un mínimo de respeto por su autonomía moral.

Armonización: ¿un lobo en piel de oveja?

Con frecuencia, el llamado a la armonización es provocado por un tipo particular de turismo reproductivo (Pennings, 2002). Cuando una mujer británica de 59 años dio a luz mellizos, el secretario de salud del Reino Unido planteó lo siguiente: «renovaremos nuestros esfuerzos para discutir con otros países sobre los ejemplos que damos, de manera que puedan establecer controles éticos sobre algunos de los dramáticos logros de la medicina moderna» (Morgan, 1998). En la misma línea, Allan Rock, Ministro de Salud de Canadá, sostuvo que «se requiere un esfuerzo conjunto a nivel internacional para evitar que practicantes poco éticos vayan 'de compras a otros países' en busca de oportunidades para realizar prácticas poco éticas como la clonación humana y el 'turismo reproductivo'» (Rock, 2001). Es indudable que los intentos de clonación reproductiva dieron gran impulso al sentimiento de que es necesario desarrollar de manera urgente una legislación internacional que prevenga prácticas totalmente inaceptables.

La armonización tiene una connotación agradable, positiva, de acercamiento pacífico entre

la gente. Sin embargo, quienes proponen la armonización legislativa parecen considerarla como un movimiento de una sola vía: los demás deben adoptar nuestras mismas leyes y prohibir los mismos actos que nosotros prohibimos. Es obvio que si ambas partes tienen esta posición en mente, no se logrará la armonía. La dirección que esta tome, hacia una mayor restricción o una mayor libertad, resulta crucial. Si tomamos la Convención Europea de Derechos Humanos y Biomedicina como un indicador de la posible evolución futura, la armonización avanza hacia una legislación más restrictiva. Es mucho más fácil ir de la permisividad a la prohibición al considerar cuestiones controversiales, que a la inversa. Quienes se oponen al turismo reproductivo parten generalmente de la premisa que la legislación más rígida y restrictiva es también moralmente superior. Difícilmente se escucha que un país liberal inste a otros a demostrar la misma flexibilidad. Aparentemente, las personas están más convencidas de que sus prohibiciones, y no su permisividad, son moralmente correctas. En el lado opuesto, podemos encontrar a quienes sostienen que la legislación internacional debería alinearse en una dirección liberal. Ningún Estado miembro debería penalizar o prohibir un tratamiento permitido y practicado en otro Estado miembro, lo que implicaría bajar la valla al nivel del país más permisivo. La legislación expresaría entonces el común denominador más bajo (Nielsen, 1996). Para algunos autores, esta es la verdadera amenaza del turismo reproductivo. Luego de estudiar el caso Blood, McGleenan predijo que la jurisprudencia de la Corte Europea de Justicia con relación al artículo 59º del Tratado de la Comunidad Europea, generaría una presión estructural hacia abajo de manera que toda regulación gravitaría hacia una mayor permisividad en las leyes (McGleenan, 1999). Para evitarlo, debería establecerse estándares mínimos sobre tecnología de reproducción asistida para el conjunto de la comunidad. Sin embargo, hay un sólido argumento a favor de la armonización liberal, es decir, el reconocimiento de, y respeto a, la autonomía y racionalidad de otras personas. No forzarlos a adoptar nuestra posición, evidencia un mínimo de respeto. Incluso si no consideramos que su posición es igual a la nuestra (¿por qué otra razón preferiríamos la nuestra?), no debemos considerarlos como incapaces morales o bárbaros inmorales.

La armonización limitada a principios generales y/o consideraciones de seguridad

Se han hecho dos sugerencias para evitar los problemas derivados de la armonización sin dejar de introducir una legislación común mínima. La primera solución es limitar la legislación europea a principios éticos generales. Knoppers y Lebris identificaron una serie de valores normativos comunes que trascienden las diferencias culturales y jurisdiccionales; es decir, la dignidad inherente del ser humano, la seguridad del material genético humano, la calidad de los servicios y la inviolabilidad e inalienabilidad de la persona (Knoppers y Lebris, 1991). La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea expresa los mismos valores con relación a la innovación tecnológica (Unión Europea, 2000). A este nivel tan general, todos están de acuerdo. Sin embargo, el consenso es falso. Apenas se aplica el principio o valor general a un caso concreto, resulta evidente que el acuerdo estaba basado en la presunción errónea de que ambas partes se referían a lo mismo (Sass, 2001). Para algunos, el respeto a la dignidad humana es el derecho a decidir cuándo no vale la pena seguir viviendo, mientras que para otros, la dignidad humana se protege mejor cuando no se permite a las personas decidir cuándo desean morir. ¿Cuál es la ventaja de contar con un documento vinculante que incluye solo principios generales?

Otra propuesta es evitar cuestiones morales sustantivas en la legislación y concentrarse en condiciones de seguridad y calidad. Los pacientes en toda Europa (o el mundo, para el caso) tienen el derecho de protección frente a la incompetencia, negligencia e imprudencia de parte de los practicantes médicos. Debe garantizarse estándares de calidad en la verificación de donantes, la criopreservación, las tasas de éxito y complicaciones, etc. El marco legal debería concentrarse fundamentalmente en la autorización y control de los centros de reproducción asistida con el objetivo de garantizar estándares homogéneos y adecuados (Ferrando, 1996). Al menos, la información sobre estos temas debería estar disponible. Puede ser

especialmente difícil verificar esta información en países con poco o ningún control sobre el quehacer de las clínicas de fertilidad. Existe evidencia anecdótica que muestra que los estándares no siempre se respetan en los países con escasas regulaciones y controles sobre las clínicas de infertilidad (Templeton, 2003). Sin embargo, probablemente lo más importante para evitar que pacientes poco suspicaces sean engañados por las clínicas de bajo costo, es difundir algunas reglas generales que permitan evaluar cierto tipo de información, tales como la necesidad de considerar los índices de embarazo múltiple cuando se compara la tasa de éxito de las clínicas. Una mayor conciencia sobre los riesgos de un embarazo múltiple para la madre y los bebés puede también contrarrestar el incremento en la solicitud de las parejas que buscan tratamiento en el extranjero de que se reemplace más de un embrión. Sin embargo, este deseo está presente en todas las pacientes que saben que pueden tener un solo ciclo o un número muy limitado de ellos. En este caso, el tratamiento en el extranjero no es peor que un tratamiento costoso en el propio país.

A pesar de la importancia de los estándares de seguridad y calidad, y de que los pacientes deben ser informados sobre el desempeño de la clínica, las regulaciones sobre seguridad deben ser revisadas cuidadosamente para evitar que traspasen los límites de la ética. Existen dos razones para actuar con cautela. En primer lugar, la seguridad es principalmente un asunto moral y no técnico, relacionado con un equilibrio entre beneficio y daño, y expresado en principios como «paternidad responsable», «buena práctica clínica», e «interés superior del niño». Se requiere un estándar moral para evaluar la información medico-técnica (Pennings, 1999). La elección de un estándar es decisiva para la aceptabilidad de las opciones de tratamiento: algunas personas no están dispuestas a aceptar casi ningún riesgo, mientras que otras adoptan una posición más indulgente. Ejemplos de esta situación son la discusión sobre la prohibición de la ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoide en el óvulo) con esperma obtenido quirúrgicamente en los Países Bajos, o por el debate sobre el uso de ovocitos criopreservados en el Reino Unido. La segunda razón para proceder con cautela es que los documentos técnicos pueden servir como caballos de Troya para posiciones éticas. La directiva Europea 2004/23/EC del Parlamento Europeo y del Consejo del 31 de marzo de 2004 sobre estándares de calidad y seguridad en la donación, obtención, examen, procesamiento, preservación, almacenamiento y distribución de tejidos y células humanos demuestra este punto (Parlamento Europeo y Consejo Europeo, 2004). Esta directiva se presenta explícitamente como una forma de garantizar la seguridad y calidad de células y tejidos humanos usados con fines terapéuticos y de transplante, para salvaguardar la salud pública y evitar la transmisión de enfermedades infecciosas. De manera notable, el artículo 12º plantea que «los países miembros deben procurar asegurar la donación voluntaria y gratuita de tejidos y células. Los donantes pueden recibir una compensación, limitada estrictamente a subsanar los gastos e inconvenientes relacionados con la donación». El pago tiene poco que ver con la seguridad y la calidad; a lo sumo, está relacionado indirectamente con la seguridad de los tejidos (como se reconoce en la nota explicatoria). La remuneración es un principio moral que debería ser discutido abiertamente y no impuesto por lo bajo a los países miembros. También el Grupo de Ética Europeo señaló, al emitir opinión sobre las células madre, que aunque la Unión Europea no tiene competencia legislativa para regular la investigación, algunas directivas aluden al tema de la investigación y el uso de embriones. Por ejemplo, la directiva 98/79/EC sobre dispositivos de diagnóstico médico *in vitro* señala que la «extirpación, recolección y uso de tejidos, células y sustancias de origen humano debe regirse por los principios establecidos en la Convención» (Grupo de Ética Europeo, 2000). De esta manera, los Estados miembros que no han ratificado la Convención, son indirectamente forzados a seguir estos principios.

La Convención Europea de Derechos Humanos y Biomedicina

La Convención Europea de Derechos Humanos y Biomedicina (en adelante, la Convención) es un intento de crear una legislación homogénea sobre medicina en los países europeos. La Convención ha sido ampliamente criticada por sus deficiencias metodológicas y éticas y por su sesgo político (Mori

y Neri, 2001; Sass, 2001). Más aún, no queda claro cuál es la utilidad de contar con una legislación europea mínima que exprese consenso. Si existe acuerdo sobre la prohibición de determinado tratamiento o la aceptabilidad de una técnica, los Estados miembros pueden individualmente incorporar este punto en su legislación nacional. Tomemos la selección de sexo por razones no médicas. Uno de los artículos de la ley belga sobre investigación de embriones *in vitro* del 28 de mayo de 2003 prohibe este tipo de aplicación. El artículo 14º de la Convención no agrega nada sobre este punto. Sin embargo, la Convención contiene una serie de artículos que no son aceptables para Bélgica. Si este país quisiera ratificar la Convención en este momento, tendría que colocar reservas a los artículos 13º y 18º, dado que la ley Belga no incluye ninguna prohibición sobre terapia de línea germinal, y debido a que se permite la creación de embriones para la investigación (Pennings, 2003). En lugar de sostener que los Estados miembros deberían adoptar la Convención y colocar reservas a artículos o estipulaciones específicos, sería más lógico no ratificar, e introducir los puntos que se aceptan a la propia legislación nacional. Esto permitiría también que los países cambiaran de idea. La actual evolución es necesariamente unidireccional: los Estados pueden garantizar medidas de protección más amplias (léase «ser más restrictivos») que la Convención, pero luego de ratificarla, nunca ser más permisivos. Si tomamos seriamente la competencia de los Estados miembros sobre los asuntos éticos, la legislación nacional debería tener prioridad sobre la Convención cada vez que se vote. La mayoría de países nuevos (no los antiguos), en un intento por mostrar su conciencia Europea, ya han firmado y ratificado la Convención. Sería muy injusto que no pudieran revisar su legislación, por ejemplo, respecto a la investigación embrionaria, alejándose de la Convención. Más aún, la legislación italiana muestra claramente que la Convención no brinda protección frente a iniciativas sumamente restrictivas en países específicos, como sostienen algunos.

Apatía política

La gente no se identifica con Europa. Uno de los principales problemas en las elecciones europeas es motivar a la gente a votar. Cada paso que aumenta la distancia entre los ciudadanos y los niveles de toma de decisiones amenaza con aumentar la apatía política. Al elevar los asuntos éticos al nivel europeo, los ciudadanos sentirán que su derecho y competencia para decidir sobre cuestiones morales fundamentales, que tocan aspectos muy íntimos de la vida de las personas, les son arrebatados. Glover nos advirtió hace 15 años: «Es poco probable que las personas cambien sus opiniones sobre cuestiones tan fundamentales producto de una decisión sobre armonización tomada en Bruselas o Estrasburgo. Un intento poco sensible por arreglar las diferencias puede, de tener éxito, lograr uniformidad con un gran costo en términos de resentimiento» (Glover, 1989:15).

No existe una cultura europea unificada ni un núcleo de valores sustantivos comunes. Sin embargo, esta diversidad debe ser valorada, y no lamentada. El deseo de lograr la homogeneidad no solo niega la riqueza de las diferencias culturales, políticas y éticas, sino que impide el progreso hacia una regulación más apropiada. La existencia de códigos de ética y legislaciones diferentes en Europa hace imposible presentar una ley como autoevidente; es necesario demostrar que la ley o regulación es mejor que las alternativas. Cuando Suecia rompió la unanimidad con relación al anonimato de los donantes de esperma en 1985, los otros países se vieron obligados a justificar sus leyes en este tema. Esta confrontación estimula el progreso y el debate público. Todos los países pueden aprender algo de los demás, pero la gran diferencia estriba en que las posibles modificaciones en la legislación nacional están basadas en la persuasión y no en la coerción. Más aún, cada país constituye un «experimento natural» a pequeña escala del cual pueden extraer información útil para su propia legislación los demás países. Debido a la actitud abierta de algunos países, es posible saber que los niños que crecen en familias lésbicas están yendo bien (Baetens y Brewaeys, 2001). No se hubiera podido obtener este tipo de evidencia empírica si todos los países hubieran adoptado la misma perspectiva respecto a la formación de la familia. Lo mismo se aplica a numerosos aspectos de la reproducción asistida. El Consejo Europeo y otras instituciones europeas pueden jugar un rol

positivo estimulando la discusión entre los legisladores de un país y difundiendo información sobre soluciones legales alternativas.

Conclusiones

En una democracia, la mayoría tiene el derecho político de expresar sus puntos de vista morales en las leyes y regulaciones. Sin embargo, la tolerancia, el respeto por la posición ética de los demás y el reconocimiento de su autonomía como personas racionales debería instar a la mayoría a considerar la posición de las minorías. La legislación debe ser atenuada incluyendo las preocupaciones morales de los demás e insertando consideraciones específicas; aunque esto no resultará completamente satisfactorio para la minoría, reducirá los viajes con fines reproductivos y permitirá a la mayoría plantear públicamente sus convicciones. Impedir por todos los medios que los miembros de la minoría obtengan los tratamientos que desean puede ser peligroso, en la medida en que puede aumentar los sentimientos de frustración, represión e indignación. El turismo reproductivo es una válvula de escape que disminuye el conflicto moral y como tal, contribuye a una coexistencia pacífica de diferentes perspectivas éticas y religiosas en Europa.

Nota: Este artículo ha sido reproducido completamente de Human Reproduction 2004:19(12):2689-94, con la amable autorización de Oxford University Press y el autor. Solo aparecerá el resumen en el sitio web de RHM.

Traducción: Rossana Vargas

Referencias

Baetens P, Brewaeys A. Lesbian couples requesting donor insemination: an update of the knowledge with regard to lesbian mother families. Hum Reprod Update 2001;7:512-19.
Baetens P, Devroey P, Camus M, Van Steirteghem A, Ponjaert-Kristoffersen I. Counselling couples and donors for oocyte donation: the decision to use either known or anonymous oocytes. Hum Reprod 2000;15:476-84.
Bayertz K. The concept of moral consensus: philosophical reflections. In: Bayertz K, editor. The concept of moral consensus. Dordrecht Kluwer Academic Publishers, 1994. p.41-58.
Brazier M. Regulating the reproduction business? Med Law Rev 1999;7:166-93.
College of Physicians 'Reproductive Medicine' and Belgian Register for Assisted Procreation (2001) Verslag 1998-1999.
Conseil Fédéral Suisse. Avis du Conseil Fédéral Initiative 'pour une procréation respectant la dignité humaine'. Available at: http://www.admin.ch/ch/f/pore/va/20000312/explic/index.html, 2000.
Engelhardt HT Jr. Bioethics and secular humanism: the search for a common morality. London, SCM Philadelphia, Trinity Publisher International, 1991.
European Group on Ethics in Science and New Technologies (2000) Ethical aspects of human stem cell research and use, Opinion of the European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission, No. 15, 14 November 2000.
European Parliament and European Council (2004) European directive 2004/23/EC of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 on setting standards of quality and safety for the donation, procurement, testing, processing, preservation, storage and distribution of human tissues and cells. Official Journal of the European Union .4.2004, L102/48-L102/58.
European Union (2000) Charter of fundamental rights of the European Union. Official Journal of the European Communities C364/01,1-22.
Ferrando G. Artificial insemination in Italy. In: Evans D, editor. Creating the child. The Hague Martinus Nijhoff Publishers, 1996. p.255-66.
Glover J. Fertility and the family The Glover report on reproductive technologies to the European Commission. London Fourth Estate, 1989.
Gurmankin AD. Risk information provided to prospective oocyte donors in a preliminary phone call. Am J Bioethics 2001;1:3-13.
Henn W. Genetic screening with the DNA chip: a new Pandora's box? J Med Ethics 1999;25:200-203.
Hervey TK. Buy baby: the European Union and regulation of human reproduction. Oxford J Legal Stud 1998;18:207-33.
Knoppers BM, LeBris S. Recent advances in medically assisted conception: legal, ethical and social issues. Am J Law Med 1991;17:329-61.
Kreimer SF. The law of choice and choice of law: abortion, the right

to travel, and extraterritorial regulation in American federalism. New York Univ Law Rev 1992;67:451-519.
Kuhse H. New reproductive technologies: ethical conflict and the problem of consensus. In: Bayertz K, editor. The concept of moral consensus. Dordrecht Kluwer Academic, 1994. p.75-96.
Lawson R. The Irish abortion cases: European limits to national sovereignty? Eur J Health Law 1994;1:167-86.
McGleenan T. Reproductive technology and the slippery slope argument: a message in Blood. In: Hildt E, Graumann S, editors. Genetics in human reproduction. Aldershot, UK Ashgate Publishers, 1999. p.273-83.
Millns S. Reproducing inequalities: assisted conception and the challenge of legal pluralism. J Soc Welfare Fam Law 2002;24:19-36.
Morgan D. Licensing parenthood and regulating reproduction: towards consensus? In: Mazzoni CM, editor. A legal framework for bioethics. The Hague Kluwer Law International, 1998. p.107-15.
Mori M, Neri D. Perils and deficiencies of the European Convention on Human Rights and Biomedicine. J Med Phil 2001;26:323-33.
Nielsen L. Legal consensus and divergence in Europe in the area of assisted conception-room for harmonisation? In: Evans D, editor. Creating the child. The Hague Martinus Nijhoff Publishers, 1996. p.305-24.
Pennings G. Measuring the welfare of the child: in search of the appropriate evaluation principle. Hum Reprod 1999;14:1146-50.
Pennings G. The loss of sperm donor candidates due to the abolition of the anonymity rule: analysis of an argument. J Ass Reprod Gen 2001;18:617-22.
Pennings G. Reproductive tourism as moral pluralism in motion. J Med Ethics 2002;28:337-41.
Pennings G. New Belgian law on research on human embryos: trust in progress through medical science. J Ass Reprod Gen 2003;20:343-46.
Rock A. Speaking notes for Allen Rock, Minister of Health, for a presentation at the World Health Assembly, Geneva, Switzerland, May 14, 2001. Available at: http://www.hc-sc.gc.ca/english/media/speeches/14may2001mine.htm.
Rose H, Rose S. Playing God. The Guardian, 3 July 2003.Available at: http://www.guardian.co.uk/print/0,3858,4704297-103677,00.html.
Sass H-M. Introduction: European bioethics on a rocky road. J Med Phil 2001;26:215-224.
Sunde A (2004) Science or politics. Focus on reproduction 1-2. Official newsletter of ESHRE. Templeton S-K. Crackdown on illegal fertility trade. The Sunday Herald, 9 February 2003. Available at: http://www.sundayherald.com/print31273.
Turone F. New law forces Italian couple with genetic disease to implant all their IVF embryos. BMJ 2004;328:1334.
Vandervorst M, Staessen C, Sermon K, et al. The Brussels' experience of more than 5 years of clinical preimplantation genetic diagnosis. Hum Reprod Update 2000;6:364-373.
Wellman C. Moral consenses and the law. In: Bayertz K, editor. The concept of moral consensus. Dordrecht Kluwer Academic, 1994. p.109-22.

Reproductive Health Matters 2005;13(25):104-105
0968-8080/05 $ - see front matter
PII: S0 968 - 808 0 (0 5) 251 63-7

REPRODUCTIVE HEALTH matters
www.rhmjournal.org.uk

CARTA AL EDITOR

Estamos descubriendo algunos tabúes ¿Pero qué hay del resto? Reproductive Health Matters 2005;13(25):104-105

El Programa de Acción de la CIPD fue un momento decisivo. Pensando retrospectivamente, y más aún dada la situación política actual en el mundo, es incluso más sorprendente de lo que parecía entonces el logro de un consenso sobre los temas discutidos en El Cairo. En las últimas décadas ha habido un incremento en la conciencia de las implicancias políticas y sociales de lo que anteriormente se consideraba como algo perteneciente a la esfera privada. La equidad en las relaciones sexuales es vista ahora como la piedra de toque de la democracia, y el estar libre de violencia y coerción en nuestras vidas íntimas y relaciones personales es un tema básico en el programa de acción de la CIPD.

La mutilación genital femenina es un ejemplo de cómo la percepción de lo que es público y lo que es privado ha cambiado. En 1978 cuando se sugirió por primera vez que la Organización Mundial de la Salud debería tratar el tema, muchos sintieron que era muy culturalmente sensible y muy privado para que amerite discusión y acción pública. Ha tomado décadas para abrir el tema a la discusión, y el programa de acción de la CIPD propone declaraciones claras y concisas sobre la mutilación genital femenina. El problema de las infecciones de transmisión sexual es otro tema que tiene un tabú adherido, y es una trágica paradoja que haya sido necesario el desastre mundial del VIH-SIDA para romper ese tabú, por lo menos en parte. Muchas más personas VIH positivas pueden decir públicamente que lo son. Esto no debe subestimar o devaluar su coraje, o la ira y el prejuicio con la que aún se encuentran. Aún así estoy asombrada de que de todas maneras es posible. El aborto y la salud sexual de los adolescentes son otros temas que han sido tabúes. Aún así, hoy es posible decir por lo menos en audiencias que son sensibles a los temas de salud reproductiva y sexual: «yo tuve un aborto cuando tenía 17 años». También es posible decir «soy homosexual» e inclusive (aunque con mayor dificultad) «soy bisexual».

Y aún así estas «confesiones», o más bien declaraciones, me hacen sentir gradualmente incómoda. Mientras la «apertura» no incluya el tipo de experiencia que constituye mi propia historia, es decir una de sostenido abuso sexual infantil, siento que mi experiencia se hace aún más inexpresable y asquerosa para otras personas. ¿Es realmente tanto peor que aquellos tabúes con los que hemos sido capaces de lidiar y mencionar?

¿O es que tiene algo que ver con la ambigüedad? Uno no puede tener «una poca de aborto», nadie es «un poco VIH positivo» y muy pocas personas declaran que son «un poquito homosexuales». Sin embargo, sí hay grados de abuso. Algunas veces, cuando me he atrevido a contarle a alguna amistad sobre mi experiencia de abuso sexual, me han respondido lo siguiente: «sé *exactamente* lo que debes haber pasado, una vez me manosearon en una cola, me dio *mucho* miedo», o «Oh, sí, ¿sabes qué? una vez vi a un hombre exponiéndose, fue *asqueroso*, así que realmente puedo simpatizar contigo». No estoy defendiendo tales actos, es evidente que la experiencia puede ser muy abrumadora, pero ilustra la existencia de grados de abuso. También están aquellos que tienen un conocimiento muy limitado del tema, al punto que realmente creen que esas cosas son «inventadas». La reacción «Oh, sí, yo sí te creo, porque es verdad, ¿no? ¿lo es?» tampoco es fácil de manejar.

Me temo que mientras que nosotros, aquellos que hemos vivido esta experiencia como una parte importante de quiénes somos, nos alejemos de la apertura, el tabú permanecerá. El tema es que es algo muy difícil de decir. Puede que existan otros

FRANCESCO ZIOLA / MAGNUM PHOTOS

Niña de 13 años, secuestrada y violada, atendida en el MSF Therapeutic Feeding Centre, Uganda, 2004.

tabúes que aún están escondidos y sin tratar. ¿Qué hacemos con ellos?

En el prefacio de su libro *El segundo sexo*, Simone de Beauvoir escribió esta famosa oración: «soy una mujer». Con ello no solo declara un hecho obvio, sino que además se posiciona a sí misma en relación con lo que discute en el libro. Esto le da legitimidad. El feminismo ha incrementado la conciencia de la importancia de la subjetividad y la objetividad. No estoy segura si es necesario tomar posición tan a menudo como creemos. Pero algunas veces lo es porque tiene que ver con la honestidad y decencia científica. Ser homosexual puede ser relevante porque tiene que ver con como uno se ve a sí mismo y se relaciona con los otros, no solamente sexualmente sino también de muchas otros maneras.

De manera similar, la experiencia de abuso sexual en la niñez tiene implicancias para cómo nos vemos a nosotros mismos, cómo nos relacionamos con nuestros cuerpos y con otros, de manera mucho más amplia que sexualmente, y cómo comprendemos lo que leemos y cómo interpretamos lo que escuchamos y vemos. Por lo tanto, puede ser relevante para tomar posición. Sin embargo, parece que se mantiene como un tabú de «alto nivel». Mientras que otros tabúes son quebrados, al menos parcialmente, dejar algunos tipos de experiencia sin tocar puede convertirse en una confirmación de que son demasiado terribles para hablar sobre ello. También implica que aquellos de nosotros que hemos tenido estas experiencias, como parte de quiénes somos, no podemos considerar «posicionarnos» cuando es relevante.

El programa de acción de la CIPD enfatiza la importancia de la apertura en relación con la sexualidad. También es muy específica en lo que se refiere a la violencia sexual:

«los países deben tomar medidas completas para eliminar todas formas de explotación, abuso, acoso y violencia contra las mujeres, adolescentes y niños» (párrafo 4.9)

En el décimo aniversario de la CIPD, ¿podemos tener la esperanza de que haya llegado el momento para romper los tabúes relacionados con estos tipos de violencia? Han sido muy influyentes para millones de mujeres alrededor del mundo, y son centrales para nuestras vidas en términos de cómo nos vemos a nosotros mismos y cómo experimentamos el mundo que nos rodea.

Berit Austveg
Oslo, Noruega

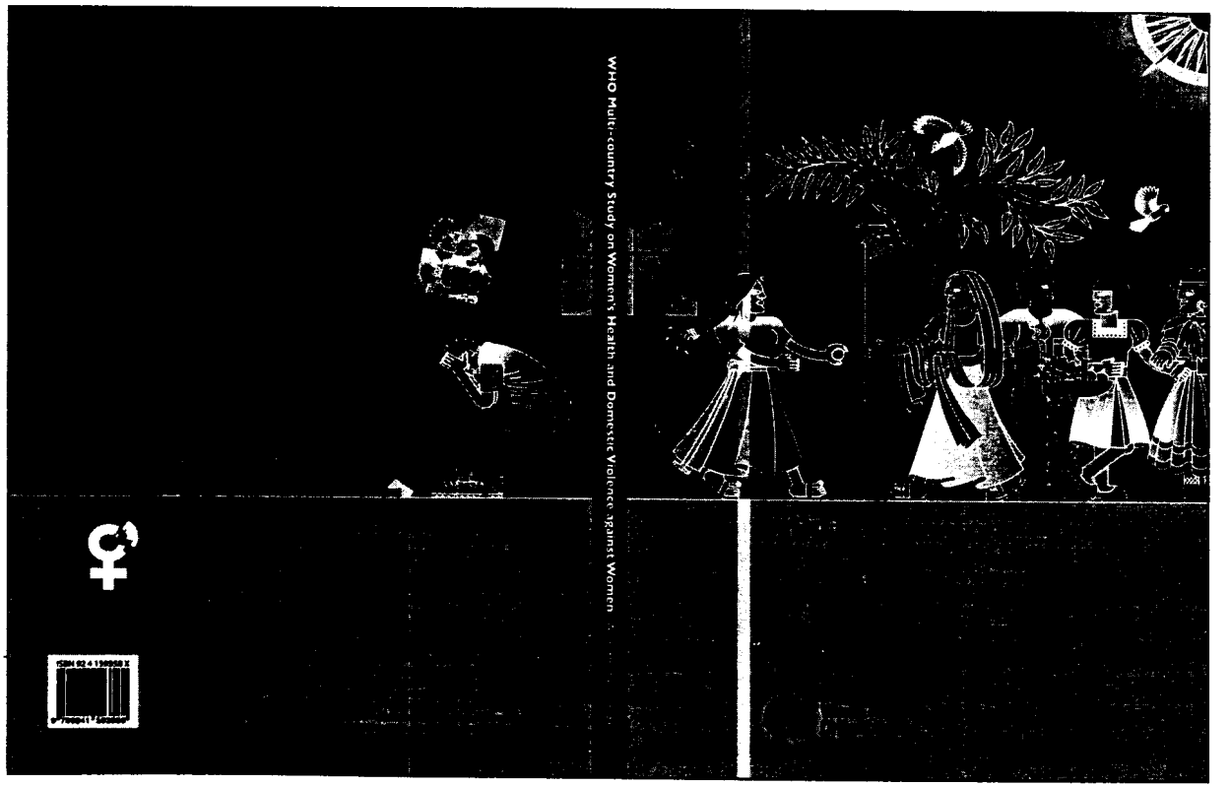
Resultados de investigaciones

Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia

Claudia García Moreno, Henrica AFM Jansen, Mary Ellsberg, et al. Organización Mundial de la Salud, 2005

Este estudio sobre la violencia doméstica se centra en la violencia de pareja, en la violencia de quienes no son pareja, en el abuso sexual infantil y primeras relaciones sexuales forzadas y las asociaciones entre estos tipos de violencia y la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres. Presenta hallazgos de 15 lugares en diez países, es el estudio más extenso sobre violencia contra la mujer realizado hasta la fecha. Encuentra que la violencia contra la mujer demanda una respuesta desde la salud pública, dado que el impacto de esta violencia tiene consecuencias más allá del daño inmediato. El informe da 15 recomendaciones en cómo fortalecer el compromiso nacional y la acción contra la violencia hacia la mujer.

Disponible en:
Departamento de Género, Mujer y Salud
OMS
Ginebra, Suiza
Correo electrónico: bookorders@who.int
Web: www.who.int



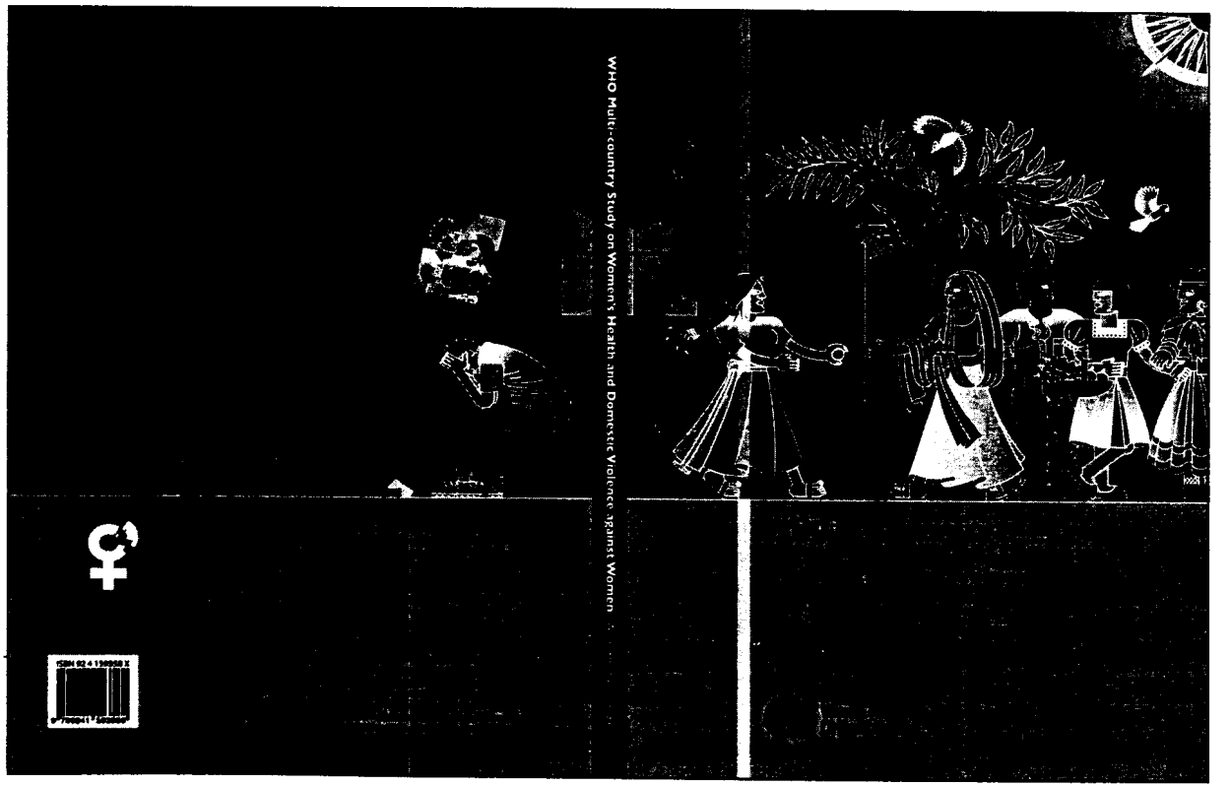
Resultados de investigaciones

Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia

Claudia García Moreno, Henrica AFM Jansen, Mary Ellsberg, et al. Organización Mundial de la Salud, 2005

Este estudio sobre la violencia doméstica se centra en la violencia de pareja, en la violencia de quienes no son pareja, en el abuso sexual infantil y primeras relaciones sexuales forzadas y las asociaciones entre estos tipos de violencia y la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres. Presenta hallazgos de 15 lugares en diez países, es el estudio más extenso sobre violencia contra la mujer realizado hasta la fecha. Encuentra que la violencia contra la mujer demanda una respuesta desde la salud pública, dado que el impacto de esta violencia tiene consecuencias más allá del daño inmediato. El informe da 15 recomendaciones en cómo fortalecer el compromiso nacional y la acción contra la violencia hacia la mujer.

Disponible en:
Departamento de Género, Mujer y Salud
OMS
Ginebra, Suiza
Correo electrónico: bookorders@who.int
Web: www.who.int



Seguridad de los implantes de seno aún en duda

Una abrumadora mayoría de las cirugías de implantes de seno se realiza solamente por razones cosméticas, únicamente un quinto se realizan como reconstrucción luego de una mastectomía o para corregir problemas en el desarrollo. Más de 2 millones de mujeres estadounidenses recibían implantes cada año, en el pico de su popularidad, no obstante este número ha caído a alrededor de 200,000 en los Estados Unidos[4] y alrededor del mismo número en Canadá.[5] Sin embargo, aún se desconoce en gran medida la seguridad del procedimiento. El relleno usado en los implantes varía entre países. El aceite de soya fue prohibido en Gran Bretaña el año 2000[1] mientras que el gel de silicona y los implantes salinos siguieron siendo legales. El gel de silicona fue prohibido en los Estados Unidos en 1992 luego de que surgieran dudas respecto a su seguridad y efectos a largo plazo, pero en 2003 un panel consultor recomendó que la FDA lo volviera a aprobar a pesar de la oposición[1,2] porque las mujeres preferían la apariencia más natural de la silicona en comparación con la de los implantes salinos. La evidencia sobre la seguridad de los implantes es controversial. Un antiguo estudio británico sugiere que no existe incremento del riesgo para la enfermedad del tejido conectivo, ni una respuesta inflamatoria anormal,[3] pero complicaciones como dolor crónico y ruptura han sido bien documentadas. Un estudio estadounidense muestra que luego de tres años la quinta parte de aquellas personas que tuvieron un aumento cosmético de senos habían tenido una cirugía repetida, 6% tenía dolor crónico de senos y 1% había tenido una ruptura. Estas tasas aumentaron a medida que los implantes envejecían.[3] Un estudio canadiense[2] demostró que a pesar de que el aumento cosmético de senos es generalmente una operación privada, las complicaciones causan que muchas mujeres ingresen al sistema público de salud. Desde una perspectiva diferente, un estudio en Suecia demostró un incremento de suicidios entre pacientes con implantes;[4] sin embargo, las razones para ello son inciertas.[5] Para poder darle sentido a los datos fragmentados y a menudo anecdóticos, es importante que los países que aún no lo han hecho, establezcan un registro de implantes de senos y guías para asegurar que se puedan obtener datos confiables con los cuales se puedan establecer la seguridad y eficacia de los implantes de seno.

[1] Ault A. Silicone Breast implants may be close to US approval. Lancet 2003;362:1384

[2] Centers of excellence for women's health. Researchers call on federal government to create breast implant registry. Press release.29 October 2003. At: www.bccewh.bc.ca/PDFs/hcubreastimplants.pdf.

[3] Dyer C. Silicone gel breast implants: the arguments continue. BMJ 2003;327(7421):947

[4] Chataran F. US advisory panel's chairman calls for reversal of breast implant decisions. BMJ 2003, 327(724):947

[5] Moynihan R. Silicone gel breast implants: the arguments continue. BMJ 2003;327(7421):947

[6] Koot VCM, Peters PHM, Granath F. et al. Total and cause specific mortality among Swedish women with cosmetic breast implants: prospective study. BMJ 2003;326:527-28.

[7] Zuckerman D. Mortality in Swedish women with cosmetic breast implants. BMJ 2003;326(7401):1266.

El conocimiento del periodo fértil no afecta significativamente el fracaso de la abstinencia periódica en los países en vías de desarrollo

Datos de alrededor de 150,000 mujeres en 15 países fueron usados para considerar si el conocimiento correcto del periodo fértil lleva a un uso más efectivo del método de abstinencia periódica. Se les preguntó a las mujeres si habían oído hablar o habían usado el método de la abstinencia periódica y también sobre su conocimiento del periodo fértil. La proporción de participantes que utilizaban el método de abstinencia periódica en ese momento variaba entre 0.1% en Zimbabwe y 9.3% en el Perú, con una media de 3.3%. Un poco más de la mitad de las mujeres que utilizaban abstinencia periódica respondió correctamente sobre el momento de su periodo fértil en comparación con únicamente la quinta parte de aquellas que nunca había usado este método. En la mayor parte de los países involucrados era más probable que las usuarias actuales del método tuvieran el conocimiento correcto sobre el periodo fértil que las antiguas usuarias del mismo, aunque la proporción tuvo un rango de 8% en Zimbabwe a 91% en Kazajstán, con una media de 62%. En general, la tasa de fracaso del método fue de 24%, con un rango de 15% a 38%. Entre las

usuarias con conocimientos correctos sobre el periodo fértil la tasa de falla fue un 12% menor que entre aquellas con conocimientos errados o sin conocimiento, una diferencia menor de la esperada. Las parejas que experimentaron la falla del método de abstinencia periódica contribuyeron a una sexta parte de todos los abortos por motivo de falla anticonceptiva.[1]

[1] Che Y, Cleland JG, Ali MM. Periodic abstinence in developing countries: an assessment of failure rate and consequences. Contraception 2004;69:15-21.

Estrógeno no protege a mujeres posmenopáusicas de la declinación de funciones mentales

A pesar de que algunos estudios han sugerido que el estrógeno tiene un efecto protector contra el declive cognitivo, que es visto como predictor de demencia, datos de la prueba de solo estrógeno de la Iniciativa para la Salud de la Mujer* (ISM) indican lo opuesto. El estudio de 2,808 mujeres de 65 - 79 años muestran una probable demencia que se desarrolló en 28 de 1,387 (2.0%) de mujeres que recibieron estrógeno en comparación con solo 19 de 1,421 (1.3%) de las que recibieron placebo. Esto indica una tasa de riesgo de alrededor de 1.49, lo cual sugiere no solo que el estrógeno no protege sino que además puede que incremente el riesgo de impedimento cognitivo. Las mujeres que tenían un nivel de función cognitiva relativamente bajo en la línea de base demostraron tener un riesgo de deterioro particularmente alto.[1,2]

* Del ingles Women's Health Initiative (WHI)
[1] JAMA 2004;291:2947-58
[2] JAMA 2004;291:2959-68

El cáncer de seno aumenta en el mundo pero las tasas de mortalidad caen

El cáncer de seno es el más común en el mundo y es la principal causa de las muertes ocasionadas por cáncer entre mujeres. Las tasas de incidencia y mortalidad varían cuatro veces entre los países con las tasas más altas y los que tienen tasas bajas, desde una incidencia de 27 por cada 100,000 en países asiáticos a 97 por cada 100,000 en mujeres blancas en los Estados Unidos. América del Norte y el Norte de Europa tienen la mayor incidencia, los niveles intermedios se encuentran en el oeste de Europa, Oceanía, Escandinavia e Israel, y los niveles más bajos en Europa del Este, Latinoamérica, y Asia. La incidencia alrededor del mundo aumentó alrededor de un tercio entre los años setenta y los años noventa. En Norteamérica, el incremento alcanzó su pico máximo a mediados de los años ochenta, aunque la tasa en general continúa creciendo. En comparación, el incremento en el resto del mundo y particularmente en Asia ha sido más dramático desde mediados de los ochenta y continúa subiendo. Una variedad de factores contribuyen a estos incrementos, incluyendo el aumento en el diagnóstico, la variación en el reporte y factores genéticos y ambientales diferenciales en las poblaciones en riesgo. Es muy difícil identificar cuál de estos explica las diferencias en incidencia en las diversas partes del mundo. A pesar del incremento mundial en la incidencia, la mortalidad debido a cáncer de seno se ha mantenido estable o ha decrecido en la mayor parte de los países durante el mismo periodo como resultado de mejoramiento en diagnóstico y tratamiento.[1]

[1] Althius MD, Dosier JM, Anderson WF, et.al. Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973-1997. International Journal of Epidemiology 2005; 34:405-12

Una de cada 100 muertes en Estados Unidos puede ser atribuida a comportamiento sexual

Datos de un estudio estadounidense sobre la carga de enfermedad en 1996 muestra que alrededor de 30,000 muertes ocurridas en 1998, 1. 3% de todas las muertes de ese año, pueden ser atribuidas al comportamiento sexual. Adicionalmente se registraron alrededor de 20 millones de eventos lesivos para la salud, estos incluyen infertilidad, cáncer cervical, hepatitis y otras infecciones. Ocurrieron 19,634 muertes atribuidas al comportamiento sexual en varones, la mayoría (18,221) debido a SIDA. De las 10,148 muertes en mujeres, las causas más comunes fueron cáncer

cervical (4,921) y SIDA (4,234). Prácticamente todas estas muertes y las discapacidades asociadas que son atribuidas al comportamiento sexual pudieron haberse prevenido a través de las prácticas de sexo seguro.[1,2]

[1] Lenzer J. One in 100 US deaths is related to sexual behaviour. BMJ 2005; 330(7486):276.
[2] Ebrahim SH, McKenna MT, Marks JS. Sexual behaviour: related adverse health burden in the United States. Sexually Transmitted Infections 2005;81(1):38-40.

Distribución global de tipos de VPH y las implicancias para la investigación y vacunas

La proporción de mujeres infectadas con el virus del papiloma humano (VPH) varía enormemente en diferentes poblaciones. Este estudio compara la distribución de diferentes tipos de VPH en muestras representativas de mujeres de once países, tres en Latinoamérica, tres en Europa, cuatro en Asia y uno en África. Se utilizó un protocolo estandarizado para recolectar especímenes cervicales y hacer pruebas de detección de VPH. La proporción de mujeres con VPH fue comparada por área de estudio y entre regiones agrupadas. Más de 15,600 mujeres sin anormalidades cervicales fueron incluidas en el análisis conjunto. La prevalencia del VPH estandarizada por edades varía casi veinte veces entre poblaciones, desde 1.4% en España a 25.6% en Nigeria. La prevalencia fue mayor en África, intermedia en América Latina y Asia, y más baja en Europa. El VPH 16 fue el tipo más común encontrado seguido de 9 tipos distintos de VPH. De las 1,429 mujeres VPH positivas, 1,250 tenían tipos de VPH de alto riesgo y 675 tenían tipos de bajo riesgo. La proporción de mujeres con múltiples tipos varió entre 11.5% en Turín, Italia a 42.5% en Ciudad Ho Chi Min, Vietnam. Los autores argumentan que la heterogeneidad en la distribución de tipos de VPH encontrada en diferentes poblaciones debe ser tomada en cuenta en el desarrollo de pruebas diagnósticas para el virus y para predecir la efectividad de cualquier vacuna en la reducción de la incidencia de infección.[1]

[1] Clifford GM, Gallus S, Herrero R, et al. Worldwide distribution of human papillomavirus types in cystologically normal women in the International Agency for Research on Caner, HPV prevalence surveys: a pooled analysis. Lancet 2005;366: 991-98.