

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

Peter S Hill,<sup>a</sup> Rebecca Dodd,<sup>b</sup> Khurelmaa Dashdorj<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Profesor Asociado, International School of Population Health, University of Queensland, Australia.  
Correo electrónico: peter.hill@sph.uq.edu.au

<sup>b</sup> Funcionaria Técnica, Department of MDGs, Health and Development Policy, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

<sup>c</sup> 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 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.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup> 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.<sup>2</sup>

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 seminómada, 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.<sup>3</sup>

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.<sup>4</sup> 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.<sup>5</sup> 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 comprensivas 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<sup>7</sup> 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.<sup>4</sup> 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.<sup>8</sup> 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.<sup>9</sup>

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.<sup>10</sup>

### **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.<sup>11</sup> 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.<sup>12</sup> 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.<sup>5</sup> 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.<sup>5</sup>

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».*<sup>13</sup>

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 mejora 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.<sup>14</sup>

### **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.<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup> 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.<sup>17</sup>

La introducción de servicios de salud amigables para los y las adolescentes encarna las fortalezas y restricciones implícitas en muchas de las 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 transmitidas. 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.<sup>18,20</sup> 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);<sup>13</sup> 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 56° 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.<sup>18,20</sup>

+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.<sup>18-20</sup>

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.<sup>18</sup> 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.<sup>11</sup> 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%),<sup>13</sup> 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.<sup>18</sup> 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.<sup>18</sup> 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, Rigidon. 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).<sup>18</sup>

### **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.<sup>10</sup> 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.<sup>21</sup>

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.<sup>10,21,26</sup> 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.<sup>25</sup> 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.<sup>27</sup> 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.<sup>10</sup> 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.»<sup>25</sup>*

#### **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.<sup>22</sup> 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 comprensivas, 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 comprensiva 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.<sup>23</sup>

El Plan Maestro mismo es sólido, comprensivo 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<sup>24</sup> y en el Plan de Acción Gubernamental.<sup>28</sup> 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 comprensivo 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 prescriptivo.»<sup>23</sup>*

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, 1º 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.<sup>29</sup> 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.<sup>21,29</sup> 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.<sup>8</sup> 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.<sup>19</sup> 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.<sup>14</sup> 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 Vallenias

## 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 of Health, 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'Rourke M, 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
27. 2004. Ulaanbaatar: Government of Mongolia, 2004. 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 antenatal clinics in Mongolia: potential impact on the Mongolian HIV epidemic. International Journal of STD and AIDS 2005;16:153–57.