

**Políticas y Programas de Salud  
Reproductiva Después del Cairo:  
Un Estudio Comparativo  
de Ocho Países**

Karen Hardee  
Kokila Agarwal  
Nancy Luke  
Ellen Wilson  
Margaret Pendzich  
Marguerite Farrell  
Harry Cross

**Setiembre de 1998**

POLICY es un proyecto de cinco años de duración financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, bajo Contrato No. CCP-C-00-95-00023-04. El proyecto está siendo implementado por The Futures Group International en colaboración con el Research Triangle Institute (RTI) y el Center for Development and Population Activities (CEDPA)

**El Proyecto POLICY**

Karen Hardee  
Kokila Agarwal  
Nancy Luke  
Ellen Wilson  
Margaret Pendzich  
Marguerite Farrell  
Harry Cross

**Políticas y Programas de Salud Reproductiva  
Después del Cairo:  
Un Estudio Comparativo de Ocho Países**

**Setiembre de 1998**

# Contenido

<b>PREFACIO .....</b>	<b>iv</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>v</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABREVIACIONES .....</b>	<b>vii</b>
<b>POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA DESPUÉS DEL CAIRO: UN ESTUDIO COMPARATIVO DE OCHO PAÍSES .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>2</b>
<b>CONTEXTO DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LOS OCHO PAÍSES .....</b>	<b>3</b>
<b>EL PROCESO DE POLÍTICAS: DEFINICIONES DE SALUD REPRODUCTIVA, POLÍTICAS, Y PRIORIDADES.....</b>	<b>1</b>
<b>PARTICIPACIÓN, APOYO Y OPOSICIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>PARTICIPACIÓN, APOYO Y OPOSICIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS.....</b>	<b>18</b>
<b>RECURSOS FINANCIEROS PARA LA SALUD REPRODUCTIVA .....</b>	<b>29</b>
<b>DESDE LAS POLÍTICAS HACIA LOS PROGRAMAS .....</b>	<b>33</b>
<b>MEJORANDO EL CONOCIMIENTO Y APOYO ENTRE LOS INTERESADOS.....</b>	<b>33</b>
<b>PLANIFICACIÓN PARA LA INTEGRACIÓN Y DESCENTRALIZACIÓN DE SERVICIOS .....</b>	<b>39</b>
<b>DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS .....</b>	<b>45</b>
<b>MEJORANDO LA CALIDAD DE ATENCIÓN .....</b>	<b>50</b>
<b>TRATANDO LOS ASUNTOS LEGALES, REGULATORIOS Y SOCIALES .....</b>	<b>52</b>
<b>ACLARANDO EL PAPEL DE LOS DONANTES.....</b>	<b>55</b>
<b>MANTENIENDO UNA PERSPECTIVA DE LARGO PLAZO .....</b>	<b>58</b>
<b>RESUMEN Y CONCLUSIÓN.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>63</b>
<b>CUADROS RESUMENES DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN OCHO PAÍSES,     1997.....</b>	<b>63</b>

# Prefacio

La meta del proyecto POLICY es crear un ambiente político de apoyo para los programas de planificación familiar y salud reproductiva a través de la promoción de un proceso de políticas participativo y políticas de población que respondan a las necesidades de los clientes. El proyecto cuenta con cuatro componentes - diálogo y formulación de políticas, participación, planeación y financiamiento, e investigación - y está relacionado con temas de corte transversal como salud reproductiva, VIH/SIDA, género y vinculaciones intersectoriales.

El Proyecto POLICY está siendo implementado por The Futures Group International, en colaboración con el Research Triangle Institute, y el Center for Development and Population Activities. Su financiación proviene de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo Contrato No. CCP-C-00-95-00023-04.

Los Documentos Ocasionales del Proyecto POLICY intentan promover el diálogo de políticas en temas de planificación familiar y salud reproductiva y presentar oportunamente análisis de los temas que informarán la toma de decisión sobre políticas. Estos documentos son difundidos a una variedad de audiencias a nivel mundial que trabajan en políticas, incluyendo a quienes toman decisiones dentro del sector privado y público, asesores técnicos, investigadores y representantes de organizaciones donantes.

En la página web de FUTURES se encuentra disponible una lista actualizada de las publicaciones que realiza. Estas publicaciones se distribuyen sin costo. Para más información acerca del proyecto y de sus publicaciones, por favor dirigirse a:

Director, Proyecto POLICY  
The Futures Group International  
1050 17<sup>th</sup> Street, NW, Suite 1000  
Washington, DC 20036  
Teléfono: (202) 775-9680  
Fax: (202) 775-9694  
E-mail: [policyinfo@tfgi.com](mailto:policyinfo@tfgi.com)  
Internet: <http://www.tfgi.com>

# Agradecimientos

Este documento ofrece los hallazgos de ocho estudios de caso conducidos por el Proyecto POLICY. Ellen Wilson y Nancy Luke fueron las personas claves en el desarrollo del instrumento de encuesta y de los sistemas de documentación. Margaret Pendzich apoyó en la producción de los estudios de caso. Kokila Agarwal y Karen Hardee proporcionaron guía y dirección durante las fases de planeación, implementación y documentación de los estudios de caso. Karen Hardee, Nancy McGirr, y Carol Soble revisaron y editaron los informes de cada país. Los estudios de caso fueron conducidos por Margaret Pendzich (Bangladesh), Kokila Agarwal (India y Nepal), Nancy Luke (Jordania y Ghana), Ellen Wilson (Senegal y Perú), y Karen Hardee (Jamaica). Marguerite Farrel y Harry Cross participaron en la preparación del estudio de caso de la India.

Los autores reconocen con agradecimiento la contribución de todas las personas que fueron entrevistadas en los estudios de caso. Cada entrevista requirió de una hora del tiempo de los entrevistados, aunque algunos gentilmente le dedicaron más. Muchas de las preguntas requirieron la opinión y discusión de hechos ocurridos tiempo atrás. Los entrevistados también tuvieron que revisar muchos documentos como políticas escritas, estudios, y planes de implementación sobre salud reproductiva. Apreciamos el apoyo del personal de POLICY y otros para la realización de las entrevistas. Queremos agradecer a Tom Merrick, Janet Smith, y Nancy McGirr por la revisión de los borradores de este documento. También agradecemos a nuestros colegas de USAID/W Barbara Crane y Elizabeth Schoenecker por su apoyo y revisión de los estudios de caso de salud reproductiva. Sin embargo, los puntos de vista expresados en este documento, no reflejan necesariamente los de USAID.

# Resumen Ejecutivo

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en el Cairo en 1994 intensificó el interés mundial en las políticas y programas de salud reproductiva. En muchos países, el trabajo de funcionarios ha estado orientado a adoptar las recomendaciones del *Programa de Acción* de la CIPD y en cambiar sus políticas y programas de población del énfasis que se ponía para alcanzar las metas demográficas a fin de reducir el crecimiento de la población, al interés de mejorar la salud reproductiva de la población. Este documento presenta información de algunos estudios de casos llevados a cabo en Bangladesh, India, Nepal, Jordania, Ghana, Senegal, Jamaica y Perú con el fin de evaluar el proceso y el progreso alcanzado en cada país en su avance hacia este nuevo enfoque en salud reproductiva.

Los estudios de caso muestran que dentro de sus propios contextos social, cultural, y programático, los ocho países han alcanzado un significativo progreso en colocar la salud reproductiva en la agenda nacional de salud. Todos los países han adoptado parcial o totalmente la definición de salud reproductiva de la CIPD. En todos ellos, el diálogo de políticas se ha realizado en los niveles más altos. También han alcanzado un progreso considerable ampliando la participación en la formulación de políticas de salud reproductiva. Bangladesh, Senegal, y Ghana han sido particularmente efectivos en involucrar a las ONGs y organizaciones de la sociedad civil en el desarrollo de políticas y programas. Sin embargo, en algunos otros países el nivel de participación y apoyo político a la salud reproductiva puede no ser suficiente para avanzar con facilidad a la siguiente etapa crucial de implementación.

Los estudios de caso indican casi uniformemente que los países están haciendo frente a los temas referidos al establecimiento de prioridades, financiamiento, e implementación de las intervenciones de salud reproductiva. Bangladesh ha tenido el mayor progreso en estas áreas mientras que India, Nepal, Ghana, Senegal, Jamaica, y Perú están empezando a dar pasos hacia la implementación de las actividades de salud reproductiva. Jordania continúa centrándose básicamente en la planificación familiar. Estos países enfrentan algunos retos a medida que continúan la implementación de los programas de salud reproductiva. Estos retos incluyen la mejora del conocimiento y del apoyo a los programas de salud reproductiva entre los interesados; la planeación para la integración y servicios descentralizados; el fortalecimiento de recursos humanos; la mejora de la calidad de atención; la discusión de temas legales, regulatorios y sociales; aclaración del papel que juegan los donantes; y el mantenimiento de una perspectiva de largo plazo en la implementación de la agenda de la CIPD.

A pesar de las señales alentadoras, el progreso en la implementación del *Programa de Acción* ha sido limitado; este hallazgo no es sorprendente ni inesperado. Tomó más de una generación alcanzar la adopción e implementación de los programas de planificación familiar en todo el mundo, y la tarea aún está lejos de ser completada. La clave para continuar el progreso recae en el establecimiento de prioridades, el desarrollo de presupuestos, el mejoramiento por etapas y la elaboración de estrategias para la implementación de intervenciones en salud reproductiva.

# Abreviaciones

ANM	partera auxiliar de enfermería
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
CNP	Consejo Nacional de Población
CONAPO	Consejo Nacional de Población
COREPOs	Consejos Regionales de Población
DIU	dispositivo intrauterino
DPRH	Direcciones de Planificación de Recursos Humanos
EPI	Unidad de Epidemiología
ETS	enfermedad de transmisión sexual
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
FP	planificación familiar
HPSS	Estrategia del Sector Salud y Población
IEC	información, educación y comunicación
IPPF	Federación Internacional de Planificación de la Familia
ITR	infección del tracto reproductivo
JAFPP	Asociación Jordana de Protección y Planificación Familiar
MFEF	Ministerio de la Mujer, el Niño y la Familia
MINSA	Ministerio de Salud (Perú)
MOH	Ministerio de Salud
MOHFW	Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia
MOHHC	Ministerio de Salud y Atención de la Salud
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Acción Social
NAC	Comité Nacional del SIDA
NACO	Organización Nacional de Control del SIDA
NCASC	Comité Nacional para el Control de SIDA y ETS
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAC	atención postaborto
PAIP	Programa de Acciones e Inversiones Prioritarias en Población
PBN	producto bruto nacional
PHC	atención primaria de salud
PIOJ	Instituto de Planificación de Jamaica
PPAG	Asociación de Paternidad Planificada de Ghana
PPCC	Comité de Coordinación de Políticas de Población
PROCETSS	Programa para el Control de ETSs y SIDA
PROMUDEH	Ministerio para la Promoción de la Mujer y el Desarrollo Humano
RCH	salud reproductiva y del niño
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SMI	salud materno infantil
SR	salud reproductiva
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	virus de inmunodeficiencia humana





# Políticas y Programas de Salud Reproductiva Después del Cairo: Un Estudio Comparativo de Ocho Países

## Introducción

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en el Cairo en 1994 intensificó el interés mundial en las políticas y programas de salud reproductiva. Funcionarios de muchos países han trabajado para adoptar las recomendaciones del *Programa de Acción* de la CIPD y para cambiar sus políticas y programas de población del énfasis que se ponía en alcanzar las metas demográficas para la disminución del crecimiento de la población a un interés en la mejora de la salud reproductiva de su población.

Este documento presenta información de ocho estudios de casos realizados en diferentes países conducidos para evaluar el proceso y el progreso alcanzado en su camino hacia el interés de la salud reproductiva. Los estudios de caso fueron realizados en Bangladesh, India, Nepal, Jordania, Ghana, Senegal, Jamaica y Perú. El propósito de los estudios de caso fue describir el ambiente político para la salud reproductiva y el papel desempeñado por la CIPD de 1994 en promover y formular políticas y programas en salud reproductiva.

El documento muestra que se ha alcanzado mucho progreso en el desarrollo de políticas de salud reproductiva basadas en la definición de salud reproductiva de la CIPD. Sin embargo, el *Programa de Acción* de la CIPD no proporcionó las pautas para la implementación de servicios de salud reproductiva integrados y amplios. Los países están trabajando para definir sus prioridades basándose en la disponibilidad de recursos. Se ha logrado menos en términos de la implementación de programas de salud reproductiva integrados - aunque los servicios relacionados con muchos de los elementos de la salud reproductiva están disponibles en muchos países. Estos países enfrentan algunos retos a medida que continúan implementando los programas de salud reproductiva, incluyendo la mejora del conocimiento y el apoyo a los programas de salud reproductiva entre los interesados; la planeación para la integración y servicios descentralizados; el fortalecimiento de los recursos humanos; la mejora de la calidad de atención; la discusión de temas legales, regulatorios y sociales; la aclaración del papel que desempeñan los donantes; y el mantenimiento de una perspectiva de largo plazo par la implementación de la agenda del Cairo.

# Metodología

Los estudios de caso fueron conducidos mediante entrevistas a profundidad en las áreas de población y salud reproductiva, contando con la participación de 20 a 44 personas claves en cada país. Entre los entrevistados se incluyeron representantes de ministerios de gobierno, parlamentarios, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales (ONGs), grupos de mujeres, el sector privado, agencias donantes, organizaciones de asistencia técnica de los Estados Unidos y personal encargado del cuidado de la salud. No todos los grupos estuvieron representados en cada estudio de caso realizado en cada país. La guía de entrevista incluyó la definición y prioridades de la salud reproductiva; cómo se habían desarrollado las políticas de salud reproductiva; los comités o estructuras responsables del desarrollo de políticas de salud reproductiva, incluyendo el nivel de participación de varios grupos; el apoyo y oposición a la salud reproductiva; el papel del sector privado y ONGs; la forma cómo se están implementando los servicios; financiamiento nacional y de donantes para la salud reproductiva; y retos existentes para la implementación de políticas y programas en este tema. Las entrevistas se centraron en las secciones de guía de entrevista donde el entrevistado tenía conocimiento y habilidad. El personal del POLICY o los consultores sirvieron como entrevistadores para los estudios de caso y revisaron materiales publicados según fue apropiado. El trabajo de campo se realizó entre julio y diciembre de 1997. El contenido de los estudios de caso se basa principalmente en las opiniones expertas de 20 a 44 entrevistados en cada uno de los ocho países y refleja la situación en el momento de las entrevistas. Desde entonces, todos los países han continuado haciendo progresos en la implementación de los programas de salud reproductiva.

## Contexto de la Salud Reproductiva en los Ocho Países

El contexto de la salud reproductiva difiere considerablemente en los ocho países, los cuales abarcan cuatro regiones: Asia (Bangladesh, India, y Nepal), Cercano Oriente (Jordania), África (Ghana y Senegal), y América Latina y el Caribe (Perú y Jamaica). Los países varían en el tamaño de la población de 2,6 millones en la isla de Jamaica a cerca de 1 billón en la India (Cuadro 1). El grado de urbanización varía considerablemente entre los países. El diez por ciento de la población de Nepal vive en áreas urbanas comparado con el 78 por ciento de la población de Jordania. El producto nacional bruto (PNB) per capita varía desde el bajo nivel de US\$200 en Nepal a \$2.310 en Perú. Las mujeres constituyen menos de un tercio de la fuerza laboral en Jordania, Perú y la India mientras que cerca de la mitad de la fuerza laboral en Ghana son mujeres. El alfabetismo en mujeres adultas varía del 14 por ciento en Nepal al 89 por ciento en Jamaica. Con excepción de Jamaica, el alfabetismo de mujeres es más bajo que el alfabetismo en hombres; la brecha más grande para las mujeres se da en Nepal.

Las mujeres en Jamaica tienen 2,6 niños en promedio en su vida (la tasa global de fecundidad) comparada con las mujeres de Senegal, que tienen seis niños. La prevalencia anticonceptiva entre mujeres en edad reproductiva en unión varía del 7 por ciento de mujeres en Senegal comparadas con el 62 por ciento en Jamaica. El número más bajo de muertes maternas por 100.000 nacidos vivos es el de Jamaica que llega a 120 y el más alto es el de Nepal con 1.500 (Cuadro 1). La mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos sigue el mismo patrón; la tasa es la más baja en Jamaica en 24 y la más alta en Nepal en 79. Menos del 10 por ciento de nacimientos son atendidos por personal de salud en Bangladesh y Nepal comparado con 86 por ciento en Jordania y 88 por ciento en Jamaica. El VIH está empezando a ser un riesgo significativo, particularmente en la India, Jamaica, Senegal, y Ghana.

En los ocho países, las mujeres tienden a asumir un papel de subordinación frente a los hombres, aunque de distintas maneras y en grados diferentes. Las estadísticas sobre el estado de salud reproductiva de las mujeres dan testimonio de la situación de las mujeres y de los diferentes contextos sociales, culturales y económicos de la vida de las personas en los ocho países.

**CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS<sup>1</sup> DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN OCHO PAÍSES, AÑOS ELEGIDOS, 1990s**

CONCEPTO	PAIS							
	BANGLADESH	INDIA	NEPAL	JORDANIA	GHANA	SENEGAL	JAMAICA	PERÚ
Población (en millones, mediados de 1997) <sup>2</sup>	122,2	969,7	22,6	4,4	18,1	8,8	2,6	24,4
Población Urbana (porcentaje, 1990s) <sup>3</sup>	16	26	10	78	36	43	50	70
PBN per capita (dólares US, 1995) <sup>3</sup>	240	340	200	1,510	390	600	1,510	2,310
Grupos de trabajo, porcentaje del total de mujeres (1995) <sup>3</sup>	42	32	41	28	52	42	45	29
Tasa de alfabetismo en adultos (1995) <sup>3</sup>	26	38	14	79	53	23	89	83
Mujeres	49	65	41	93	76	43	81	94
Hombres								
Tasa global de fecundidad (1990s) <sup>2</sup>	3.6	3.5	4.6	5.6	5.5	6.0	2.6	3.5
Tasa de prevalencia anticonceptiva (mujeres en edad reproductiva en unión, 1990-1996) <sup>2</sup>	45	41	29	35	20	7	62	59
Total	36	36	26	27	10	5	58	33
Moderno								
Muertes maternas por 100.000 nacidos vivos (1990s) <sup>2</sup>	850	570	1,500	150	740	1,200	120	280
Tasa de mortalidad infantil (1990) <sup>2</sup>	77	75	79	36	66	68	24	55
Partos atendidos pro personal de salud (en porcentaje, 1990) <sup>2</sup>	7	44	6	86	42	40	88	78
Prevalencia de VIH (datos de ciudades, en porcentaje, 1995) <sup>4</sup>								
Bajo riesgo	0.0	2.5	0.0	---	3.2	1.7	0.7	---
Alto riesgo	1.2	28.6	1.3	---	5.2	10.1	24.6	---

<sup>1</sup> Para fines comparativos, el Cuadro 1 muestra información usada a partir de fuentes internacionales. En algunos casos, se cuenta con datos más actualizados de los países; estos se presentan en los informes de cada país.

<sup>2</sup> Population Reference Bureau. 1997. Hoja de Población Mundial

<sup>3</sup> Banco Mundial. 1997. Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 1997

<sup>4</sup> Oficina de Censos, Base de Datos Surveillance de VIH/SIDA

# El Proceso de Políticas: Definiciones de Salud Reproductiva, Políticas, y Prioridades

Entre los ocho países, India fue el primero en adoptar una política de población en el mundo (1952), mientras que Ghana fue el primer país de África en hacerlo (1969). Los programas de planificación familiar - y más recientemente los de salud reproductiva - se han desarrollado a ritmos diferentes, con diferente énfasis en los métodos y servicios ofrecidos. El “Proceso de El Cairo”, que se inició unos años antes de la CIPD y continúa hasta hoy, ayudó a algunos países a completar, consolidar, o revisar las políticas relacionadas con la salud reproductiva. Aún cuando muchos países iniciaron el proceso de cambiar sus políticas y programas de planificación familiar a salud reproductiva antes de realizarse la CIPD en 1994, cada uno de los ocho países ha tomado ahora la definición de salud reproductiva del *Programa de Acción* de la CIPD como base para su definición nacional. La definición de la CIPD se presenta a continuación.

“La Salud Reproductiva es un estado general del bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y métodos de planificación de la familia de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles, y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas, y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.”

*Párrafo 7.2*

Programa de Acción de la CIPD

Seis países basaron sus definiciones de salud reproductiva en la comprehensiva definición de la CIPD, aunque su adopción literal no signifique que han adoptado y estén trabajando en todos los aspectos de la salud reproductiva. La mayoría de países ha intentado establecer algunas prioridades entre los componentes de la salud reproductiva. La planificación familiar tiene claramente una alta prioridad, seguida de la salud materno infantil (SMI), ETS/VIH/SIDA, e infecciones del tracto reproductivo (ITR). La atención del aborto y postaborto están recibiendo mayor énfasis en algunos países, así como los programas para adolescentes. En los ocho países, el cáncer del tracto reproductivo y la infertilidad reciben poco énfasis, y en la mayoría de casos,

la violencia de género está más allá del plan de los programas. Bangladesh, la India, y Senegal han adoptado el enfoque del paquete de servicios esenciales (o mínimos). Los aspectos de derechos reproductivos del *Programa de Acción* de la CIPD han recibido una atención significativamente menor que los aspectos de salud. El Cuadro 1 presentado en el anexo lista las políticas de cada país relacionadas a los componentes de la salud reproductiva.

**Bangladesh.** A pesar que muchas políticas fueron adoptadas antes de la CIPD de 1994, contienen elementos individuales de la salud reproductiva. Las políticas cubren la planificación familiar, reducción de la mortalidad materna, SMI, nutrición y lactancia. El mayor logro de la CIPD fue el inducir a los formuladores de políticas a pensar en términos de un enfoque integrado para la salud reproductiva en vez de considerar sus elementos individuales como programas verticales. Se están desarrollando algunas nuevas políticas para los elementos individuales de la salud reproductiva, así como para ETS/SIDA y atención de emergencias obstétricas. En agosto de 1997, diversos comités elaboraron un documento de estrategia nacional de salud reproductiva que el Gobierno se encontraba revisando y editando al momento de conducirse el estudio de caso.

Bangladesh ha adoptado oficialmente la definición de salud reproductiva de la CIPD; sin embargo, la meta del país es hacer disponibles los servicios de salud reproductiva a todas las personas a través de la provisión del paquete de servicios básicos. Los servicios prioritarios en el paquete incluyen

- salud materna (incluyendo la atención prenatal, parto y postnatal; regulación menstrual; atención de complicaciones postaborto;
- salud del adolescente;
- planificación familiar;
- manejo y prevención/control de ITRs, ETSs, y VIH/SIDA; y
- salud infantil, incluyendo el programa ampliado de vacunación, infección respiratoria aguda, control de enfermedades diarreicas y prevención de la desnutrición (Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, 1997).

Diez comités de trabajo y un comité directivo establecidos como resultado de la CIPD, determinaron los servicios que se incluirían en el paquete de servicios básicos. El paquete no asigna prioridad a ninguno de sus elementos, aunque el cáncer del tracto reproductivo y la infertilidad reciben menos atención ya que estos problemas afectan a un pequeño número de personas y son de tratamiento costoso. Cuando los protocolos para el tratamiento de las ETS/ITRs sean implementados, se tratarán muchos casos de infertilidad causados fundamentalmente por la ITR. La mutilación genital femenina no se practica en Bangladesh. La violencia de género está recibiendo atención en el Parlamento pero fuera del campo de las políticas de salud reproductiva.

**India.** El Gobierno de la India apoya el *Programa de Acción* de la CIPD, como se refleja en el Plan de Acción para el Relanzamiento del Programa de Bienestar Familiar en la India. Un representante de una organización internacional de asistencia técnica dijo: “Cairo proporcionó el respaldo global a la salud reproductiva. El proceso se inició en la India mucho antes de realizarse la Conferencia de El Cairo. Las voces de las mujeres fueron escuchadas claramente.”



El nuevo enfoque en políticas y programación para la salud reproductiva por primera vez ha centrado su atención en los derechos y elecciones de los clientes. Un funcionario del Gobierno comentó: “Después de la CIPD, hemos fomentado la elección informada retirando el concepto de metas definidas por el nivel central para la planificación familiar. El Cairo sí influyó nuestras políticas y programas, pero la India estaba consciente de los problemas relacionados con el enfoque de metas. La CIPD motivó el cambio.” Además, un comité de trabajo, designado con anterioridad a El Cairo, reformó la *Política Nacional de Población*. La política existe en forma de borrador, pero sus componentes han sido incorporados en el Programa de Salud Reproductiva y Salud Infantil de 1996. Un periodista activista en el tema de mujer comentó, “No sabemos si es aceptado por el Gobierno actual. El principal defecto del documento fue que no proporcionaba detalles para su implementación. Es un documento en favor de la mujer y del desarrollo pero del que no se pensó su viabilidad.” La India también cuenta con el borrador de una política de juventud.

“Después de la CIPD, hemos fomentado la elección informada retirando el concepto de metas definidas centralmente para planificación familiar. El Cairo sí influyó nuestras políticas y programas, pero la India estaba consciente de los problemas relacionados con el enfoque de metas. La CIPD empujó el cambio.”

*Entrevistado de gobierno, India*

Una de las contribuciones más significativas de la CIPD ha sido la eliminación de metas de métodos anticonceptivos específicos, lo que es especialmente importante para los procedimientos de esterilización femenina. La India ha definido un paquete básico de servicios de salud reproductiva e infantil (SSRI) que incluye

- prevención y manejo de embarazos no deseados, incluyendo el aborto y planificación familiar con servicios de esterilización, mercadeo social, distribución de anticonceptivos orales y condones, y provisión de dispositivos intrauterinos (DIUs);
- atención de la maternidad, incluyendo servicios de atención prenatal, parto, y postparto;
- supervivencia infantil, incluyendo lactancia, nutrición, vacunación, control del crecimiento, detección y tratamiento de infecciones respiratorias agudas, suplemento de vitamina A, y tratamiento de diarreas; y
- prevención y tratamiento de ITR/ETSs, incluyendo la detección mediante el uso del enfoque sindrómico y detección prenatal de sífilis.

El programa de SSRI incluirá todos estos servicios e intentará incrementar la calidad y el acceso mientras se crea la capacidad de provisión de servicios entre el personal de salud a nivel local. Para propósitos de implementación, la planificación familiar, la supervivencia infantil, y la maternidad sin riesgos son prioritarias para todos los distritos. Después de eso, los distritos agregarán los servicios para ITRs y ETSs. El programa de Maternidad Sin Riesgos y Supervivencia Infantil ofrece atención básica para niños, incluyendo vacunación, tratamiento de enfermedades diarreicas y neumonía, y suplemento de vitamina A. Sin embargo, un defensor y promotor de población dijo, “No existe (prioridad); este es un concepto muy difuso y ambiguo.

Necesitamos tener algún mecanismo para priorizar. El Gobierno no ha pensado mucho en esto.” Algunos componentes de la salud reproductiva, tales como el cáncer del tracto reproductivo y la infertilidad, reciben menos atención debido a la dificultad y al elevado costo de su tratamiento. La mutilación genital femenina no se practica en la India. El tema de género, que ha sido el principal interés de las ONGs que tratan asuntos de mujeres, será incluido en el programa de SSRI a través de la atención de temas de calidad de atención, incluyendo la mejora de la interacción entre proveedores y clientes.

**Nepal.** En 1983, la Comisión Nacional de Población preparó un borrador de la política de población que formó la base para las secciones sobre estrategias de población dentro del séptimo y octavo planes nacionales quinquenales de desarrollo. En 1991, el Gobierno adoptó una *Política Nacional de Salud*, cuyo objetivo principal fue expandir los servicios de prevención y curación a la población rural.

“La política de salud reproductiva ha sido conceptualizada e intelectualizada, pero no se ha desarrollado una guía sobre cómo enfocar los servicios.”

*Un entrevistado del Ministerio de Salud, Nepal*

Las políticas modernizaron la organización de servicios de salud, eliminaron los programas verticales, e hicieron un llamado a un enfoque más integrado para la entrega de servicios. Después de realizarse un taller nacional sobre salud reproductiva organizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996, el Gobierno preparó un borrador de la estrategia de salud reproductiva. En 1994, el Comité Nacional para el Control del SIDA y ETSs (CONACSE), parte del Ministerio de Salud (MOH), desarrolló políticas para el ETS/VIH/SIDA e ITR. Recientemente, la División de Planeación del MOH desarrolló el *Segundo Plan de Salud a Largo Plazo*, 1997-2017. Sin embargo, el plan no refleja el paquete integrado de atención de salud reproductiva esbozado en la estrategia de salud reproductiva; por el contrario, sólo trata de manera general sobre un paquete básico de atención de salud.

La definición de salud reproductiva en Nepal sigue la definición amplia de El Cairo e incluye todos los elementos de salud reproductiva. El documento de la estrategia sobre salud reproductiva también incluye la definición de la CIPD. El paquete integrado desarrollado en la reunión auspiciada por la OMS en 1996 incluye los siguientes elementos:

- planificación familiar;
- maternidad sin riesgo, incluyendo la atención del recién nacido y prevención y tratamiento de complicaciones derivadas de abortos;
- salud infantil;
- ITR/ETS/VIH;
- prevención y tratamiento de la infertilidad;
- salud reproductiva del adolescente;
- problemas de mujeres de mayor edad; y
- cáncer del tracto reproductivo.

Un representante del grupo de donantes dijo, “Existen 15 definiciones distintas de salud reproductiva.” Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. remarcó, “No existe un consenso real sobre la definición de salud reproductiva; la definición de salud reproductiva de la OMS es diferente a la de FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas).” Hasta hace poco, no se había hecho ningún intento para establecer las prioridades de estas actividades de salud reproductiva. Un entrevistado del MOH resaltó la importancia de desarrollar una guía clara; él dijo, “La política de salud reproductiva ha sido conceptualizada e intelectualizada, pero no se ha desarrollado una guía sobre cómo enfocar los servicios.” A mediados de 1998, Nepal iniciará el proceso de establecer prioridades.

**Jordania.** A principio de la década de los noventa, el Consejo Nacional de Población (CNP) preparó un borrador de la primera *Estrategia Nacional de Población*, que sirvió de base para la delegación Jordana en la CIPD de 1994.

“Las personas tienen una vaga idea de lo que significa salud reproductiva.”

*Un entrevistado de una organización internacional de asistencia técnica, Jordania*

En 1993, el Consejo de Ministros aprobó la *Política Nacional para el Espaciamiento de Nacimientos*. A pesar de no ser comprehensiva, la política refleja el deseo del Gobierno en considerar las variables demográficas en el plan de desarrollo. El plan de desarrollo de cinco años 1993-1997 de Jordania incluyó temas de población que se tratarían a través de programas de planificación familiar basados en el espaciamiento de nacimientos y en la introducción de temas de población en el currículo de las escuelas. En marzo de 1996, el Consejo de Ministros aprobó la *Estrategia Nacional de Población*. Mientras que esta estrategia no incorpora todas las recomendaciones de El Cairo, la CIPD sí tuvo un efecto en su desarrollo. A finales de 1997, el CNP había designado un comité para que realice una revisión de la estrategia a fin de que refleje las recomendaciones hechas por la CIPD.

Jordania carece de una definición en consenso de salud reproductiva. Como comentara un representante de una organización internacional de asistencia técnica, “Las personas tienen una vaga idea de lo que significa salud reproductiva.” Los entrevistados del MOH estaban conscientes de la CIPD pero no adoptaron la salud reproductiva como un nuevo enfoque para la organización y entrega de servicios; de hecho, los entrevistados de alto nivel del MOH consideraron la planificación familiar como un concepto más amplio que el de salud reproductiva. Los programas de salud de Jordania incluyen varios elementos de salud reproductiva. Las áreas prioritarias son el espaciamiento de nacimientos, embarazos seguros, cuidado del niño, y programas de salud materna y nutrición infantil. Pocos entrevistados mencionaron otros elementos de la salud reproductiva (por ejemplo, ETSs o cáncer del tracto reproductivo) como áreas prioritarias. Los entrevistados mencionaron que algunos de los elementos de la salud reproductiva no son un problema en Jordania, específicamente el SIDA (existencia de muy pocos casos para ser prioridad), violencia contra la mujer (no presentados o puestos en conocimiento de las autoridades), y mutilación genital de la mujer (no existente). Al momento de realizado el estudio de caso, dos organizaciones se encontraban conduciendo evaluaciones de la salud reproductiva para determinar prioridades.

**Ghana.** En 1994, antes de realizarse la CIPD, Ghana hizo una revisión de su política de población, llevándola más allá de la planificación familiar para cubrir la salud reproductiva, el ambiente, y vivienda, entre otras áreas.

“Existe una diferencia entre SMI y salud reproductiva. La salud reproductiva habla de todos: hombres, mujeres, niños, juventud.”

*Un entrevistado del MOH, Ghana*

Aunque la política de Ghana precedió la CIPD, contiene recomendaciones similares, particularmente respecto al componente de SMI/planificación familiar (PF). Un entrevistado del CNP explicó, “El volumen 2 (del Plan de Acción) fue la SMI/PF, pero realmente es salud reproductiva. Así es que nos hemos adelantado a la CIPD.” Las recomendaciones de la CIPD han sido incorporadas en las nuevas políticas y estrategias de implementación y los planes de acción han sido enmendadas. Un miembro del personal del CNP dijo, “Si desarrolláramos hoy una política (comprehensiva de población), usaríamos todas las recomendaciones hechas en El Cairo. Pero (en vez de cambiar la política de 1994) hemos tratado de implementarla. Lo que ocurrió en El Cairo no estaba explícitamente establecido en nuestro documento de política, éste es sólo una guía. Hemos considerado las recomendaciones hechas en El Cairo para proponer estrategias, por ejemplo, la estrategia de IEC (información, educación y comunicación).”

Después de la CIPD, el MOH realizó una evaluación de los establecimientos de salud para determinar la información y servicios para salud reproductiva actualmente disponibles. En la revisión de las guías existentes, los entrevistados del MOH reportaron que existían guías paralelas para las actividades de ETSs y SMI, con algunas que se contradecían entre sí. Además, no existen normas que expliquen las responsabilidades de los trabajadores de salud. En consecuencia, basándose en el reconocimiento de que el MOH y otras organizaciones de entrega de servicios necesitaban una política separada para la implementación, los representantes del Gobierno y no gubernamentales desarrollaron la *Política y Normas de la Salud Reproductiva* en 1996. Además, como lo explicara un miembro del personal del CNP, “Nosotros pensamos que la salud reproductiva del adolescente necesitaba un enfoque especial, y desarrollamos una política posterior (salud reproductiva).” La *Política de Salud Reproductiva del Adolescente* está vinculada a la constitución de 1992 y a la *Política Nacional de Población* de 1994, la cual advierte la responsabilidad del Gobierno hacia la gente joven. La *Política de Salud Reproductiva del Adolescente* trata temas adicionales a la salud, tales como empleo y educación, y no se concentra en los servicios.

Mientras que Ghana ha adoptado la definición de salud reproductiva de la CIPD, algunos entrevistados dijeron que el país se había centrado en temas de salud reproductiva antes de El Cairo. Un entrevistado del Gobierno dijo, “¿Después de El Cairo? Fuimos afortunados de tener una visión antes de 1994.” Sin embargo, los entrevistados mencionaron que la CIPD promovió las políticas y programas en dirección de la salud reproductiva. Un entrevistado del MOH dijo, “Existe una diferencia entre la SMI y salud reproductiva. La salud reproductiva trata sobre todos: hombres, mujeres, niños, jóvenes. Yo aún digo que las mujeres serán el centro porque

soportan lo más fuerte de las enfermedades.” Algunos entrevistados repiten el continuo interés en las mujeres. Los entrevistados estuvieron de acuerdo en que los servicios para adolescentes y de VIH/SIDA son temas prioritarios en Ghana. Un miembro del personal del CNP comentó, “Existe mucho interés en la salud reproductiva del adolescente porque se ha identificado como una prioridad en El Cairo y Beijing. Nosotros vemos a los niños en las calles vendiendo cosas. El número de adolescentes, los puestos de trabajo requeridos, el grupo potencial de riesgo para el VIH. Ustedes pueden ver los problemas claramente.” Un representante del Programa de Control del SIDA dijo, “El SIDA es una prioridad debido a la prevalencia. Actualmente, se estima entre el 4 y 5 por ciento de VIH, y si la tendencia continúa, será de 8 por ciento para el año 2005.” Un funcionario del MOH dijo que la maternidad sin riesgo, la planificación familiar, y las ETSs son áreas prioritarias para el MOH además de los servicios para adolescentes. El funcionario explicó, “Estas (prioridades) están determinadas por los indicadores. Las tasas de mortalidad materna e infantil son bastante elevadas. No conocemos la prevalencia de ETSs, pero vemos que el HIV aumenta, así es que sabemos que existen problemas con las ETSs. Así contamos con datos que respaldan esta información. Con la planificación familiar, la tasa de fecundidad es tan alta que es nuestro deseo bajarla.” La mutilación genital femenina no es un tema prioritario para el MOH o para el CNP debido a la falta de recursos y frente a temas más urgentes.

**Senegal.** Ha desarrollado diferentes planes que tratan distintos aspectos de la salud reproductiva, incluyendo el *Programa de Acciones Prioritarias e Inversiones en Población, 1997-2001* (PAIP) y el *Plan Nacional de Desarrollo de la Salud*. Muchos de estos planes coinciden parcialmente, aunque cada uno cuenta con su propio interés. El PAIP fue desarrollado en 1996-1997 bajo la Dirección de Planeación de Recursos Humanos (DPRH) del Ministerio de Economía, Finanzas, y Planeación. Cuenta con tres partes: estrategias de población y desarrollo, un programa nacional de salud reproductiva, y defensa y promoción/IEC. Juntos, estos tres “pilares” constituyen el plan de salud reproductiva más comprehensivo del país. Ellos incluyen los elementos de los programas de salud reproductiva contenidos en otros planes. El primer y tercer pilar son de responsabilidad de la DPRH mientras que el segundo es de responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y Acción Social (MSPAS).

Puede ser que debido a que los programas de planificación familiar no están tan bien establecidos en Senegal como en muchos países, la salud reproductiva es un concepto nuevo adoptado en respuesta a la CIPD. FNUAP, clave en la promoción y aclaración del concepto, ha auspiciado una serie de talleres a través del país a fin de explicar lo que es salud reproductiva. Cuando se le pidió explicar la definición de salud reproductiva en Senegal, la mayoría de entrevistados respondieron, “La definición de salud reproductiva en Senegal se basa en las recomendaciones de la CIPD.” Las preguntas sobre políticas y programas de salud reproductiva por lo general generaron una discusión sobre políticas y programas de planificación familiar; los entrevistados dieron información sobre los elementos de salud reproductiva tales como ETSs y SIDA, salud materna, o mutilación genital de la mujer sólo cuando se trataron preguntas específicas sobre estos puntos. En Senegal, los elementos del *Programa de Acción* de la CIPD concernientes con los derechos reproductivos y derechos de las mujeres son menos aceptados que aquellos que se asocian con la salud. Un entrevistado del Gobierno dijo, “La familia es la unidad social básica en Senegal, y la salud reproductiva es aceptable sólo cuando se expresa en términos de la familia.”

El Gobierno no ha establecido prioridades claras para la salud reproductiva. El PAIP propone actividades para todos los componentes de la salud reproductiva, desde la participación masculina en la planificación familiar hasta la mutilación genital de la mujer y a la lactancia. El programa es en extremo comprensivo pero no indica cual de todo el vasto rango de actividades propuestas son prioridades para el Gobierno. Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU describió el PAIP como la “lista de deseos” que el Gobierno está vendiendo a los donantes. Un entrevistado del grupo de donantes dijo que para el Gobierno, “Todo ha permanecido como prioridad.” En 1991, el MSPAS definió un paquete básico de servicios que debían ser ofrecidos en cada nivel del sistema de salud (hospitales, centros y postas de salud); sin embargo, no todas las estructuras de salud lo proporcionan por completo. El paquete básico de servicios para las postas de salud consta de

- consulta básica de curación;
- atención prenatal;
- control del niño sano;
- vacunación;
- recuperación nutricional; y
- planificación familiar.

Además de las actividades de las postas, los centros de salud deberían proporcionar servicios para

- complicación de parto;
- emergencias médicas (cuidado intensivo);
- emergencias quirúrgicas;
- exámenes de laboratorio; y
- radioscopia y radiografía.

**Jamaica.** De acuerdo a un representante del Gobierno, “Las revisiones de las políticas de población (1983) se iniciaron como parte del proceso de El Cairo, incluyendo discusiones sobre género, vejez, niños, y el ambiente y desarrollo.” La *Política Nacional de Población* (revisada) de 1995 no hacía referencia explícita a la salud reproductiva. Al mismo tiempo, el Comité de Coordinación de Políticas de Población (PPCC) desarrolló *el Plan Nacional de Acción sobre Población y Desarrollo (1995-2015)*. El plan fue diseñado “específicamente para implementar los objetivos y recomendaciones de *la Política Nacional de Población* revisado y el *Programa de Acción* de la...CIPD” (PIOJ, 1996). Este incluye un capítulo sobre los derechos reproductivos y la salud reproductiva pero no es un proyecto original para la acción. Mientras que la mayoría de las declaraciones indican que Jamaica “debería” realizar las actividades recomendadas, no especifican cómo hacerlo.

El PPCC ha discutido el desarrollo de una política de salud reproductiva pero ha solicitado a la Junta Nacional de Planificación Familiar (JNPF) y al MOH que sometan una propuesta de política. “Tenemos una visión sobre cómo deberían ser todas estas cosas, pero no una política comprensiva sobre la salud reproductiva, derechos reproductivos y género. Las cosas se están haciendo de forma poco sistemática”, según un representante del Gobierno. Hasta que no se

desarrolle una política comprensiva de salud reproductiva, sus componentes específicos están respaldado bajo un número de políticas, incluyendo la *Política Nacional de Población* de 1995, el *Plan Nacional de Acción sobre Población y Desarrollo* (1995-2015), el *Programa de ETS/VIH/SIDA* (desarrollado en 1987 y que ahora sirve como política), la *Política Nacional de Adolescente* de 1994, la *Política Nacional para la Vida de la Familia* de 1994-1995, y el *Acta de Violencia contra las Personas*, 1995. Además, se están diseñando algunas políticas entre las que se incluyen las de la salud reproductiva del adolescente, personas de edad mayor, y mujeres (una actualización de la política sobre la mujer de 1987).

La definición de la CIPD sobre salud reproductiva está incluida palabra por palabra en el *Plan Nacional de Acción sobre Población y Desarrollo* (1995-2015), aunque los entrevistados no la señalaron como una definición propia de Jamaica. En vez de eso, el Comité de Coordinación de Planificación Familiar (que consta de representantes de la NFPB y del MOH) elaboró un borrador de la definición de salud reproductiva para Jamaica que se basa en la definición de la CIPD. La definición en borrador, que estuvo en discusión a finales de 1997, se centró en la planificación familiar pero defendió y promovió un enfoque integral para la salud reproductiva incluyendo los siguientes elementos:

- satisfacer las necesidades de las personas y parejas con una variedad de métodos seguros, efectivos y asequibles para la regulación de su fecundidad, entre los que puedan hacer una elección informada:
- reducción de la morbilidad y mortalidad relacionada al embarazo así como la reducción de incapacidades y muertes por parto;
- prevención y tratamiento de infecciones del tracto reproductivo, incluyendo el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual: y
- provisión de servicios para la detección temprana y tratamiento de cáncer y otras condiciones del tracto reproductivo.

Como parte de este cambio estratégico están los principios de doble protección, anticoncepción de emergencia, y varios temas de género. Este enfoque abarca el ciclo de vida completo de hombres y mujeres, aunque exista mayor énfasis en el grupo de edad más vulnerable - adolescentes. Esta definición de salud reproductiva de Jamaica no ha sido ampliamente compartida dentro del país. Algunos representantes del Gobierno se mostraron sorprendidos al saber que se había preparado tal definición. A pesar de ella y del estado de la política de salud reproductiva, en Jamaica las principales prioridades de salud reproductiva continúan siendo la planificación familiar y la ETS/VIH/SIDA, y el grupo objetivo es el de adolescente. Un funcionario del Gobierno manifestó su preocupación en que Jamaica esté poniendo mucho énfasis en los adolescente, diciendo, “Las discusiones del programa sobre salud reproductiva tienden ahora a cambiar a los adolescentes.”

**Perú.** Como muchos de los conceptos de El Cairo ya habían sido ampliamente discutidos en Perú antes de 1994, la CIPD fue parte de este proceso. Según un entrevistado del sector universitario, “La Conferencia (de El Cairo) ratificó lo que ya se estaba haciendo.” Algunos entrevistados dijeron que la Cuarta Conferencia Mundial de Mujeres en Beijing realizada en

1995 tuvo mucho más impacto en el Perú que la CIPD de 1994, en parte porque el Presidente Alberto Fujimori personalmente asistió a la Conferencia de Beijing.

El plan básico para la implementación de los programas de salud reproductiva es el *Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, 1996-2000* de la Dirección de Programas Sociales del Ministerio de Salud (MINSA). Mientras que este nuevo programa menciona las vinculaciones entre los componentes de salud reproductiva, incluye sólo los cuatro componentes que forman la Dirección de Programas Sociales: planificación familiar, salud materno perinatal, salud escolar y del adolescente, y cáncer del tracto reproductivo. Aunque este programa ha sido diseñado exclusivamente por el personal del MINSA, se pretende que sea un marco global para todas las organizaciones que trabajan en salud reproductiva. Las estrategias del programa para tratar los problemas de salud reproductiva llaman a la democratización del acceso a la información sobre salud reproductiva y planificación familiar; acceso universal a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar; descentralización y sostenibilidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar; mejora continua de la calidad de atención en salud reproductiva y planificación familiar; relaciones intersectoriales; promoción de la salud reproductiva de la mujer; y desarrollo e implementación del “Plan de Emergencia para la Reducción de la Mortalidad Materna.”

Varios entrevistados dijeron que el nuevo enfoque de la salud reproductiva había dado una visión más amplia de la condición de las mujeres, resaltando temas como el de equidad de género y educación de las niñas. El nuevo programa de salud reproductiva del MINSA define la salud reproductiva como una necesidad que cubre la vida de la mujer desde que nace, a través de su niñez y adolescencia, de sus años reproductivos, y hasta su edad madura.

La máxima prioridad del Gobierno en cuanto a la salud reproductiva es sin duda la planificación familiar, pero su apoyo a la salud materna también se viene incrementando. Dos entrevistados dijeron que los programas de ETSs y SIDA están subfinanciados, pero la preocupación entre las autoridades del sector público por la transmisión perinatal y los niños infectados con VIH/SIDA se viene incrementando. La atención post-aborto no es una parte significativa del programa de salud materna. Un entrevistado del MINSA dijo que el aborto ya no es una causa importante de la mortalidad materna como en el pasado, aunque las razones para el cambio no son claras. Por su elevado costo en la provisión del tratamiento, el cáncer es una prioridad relativamente baja para el Gobierno. En principio, el programa del MINSA refleja muchos de los conceptos de salud reproductiva definidos en la CIPD, pero la implementación queda atrás de las declaraciones políticas.

Las ONGs se centran fuertemente en temas de género, calidad de atención, derechos reproductivos, y salud sexual. Un proyecto financiado por USAID, ReproSalud, ha venido trabajando con mujeres de áreas rurales para motivarlas a definir sus propias prioridades de salud reproductiva. Según un entrevistado, en este proyecto la principal preocupación de salud reproductiva que identifican las mujeres es el flujo vaginal, un tema que aún no se encuentra en la agenda de la mayoría de proyectos y programas.



# Participación, Apoyo y Oposición

Un resultado positivo de la Conferencia de El Cairo en los países donde se realizaron los ocho estudios de casos es el involucramiento de un gran número de interesados en el proceso de políticas. Mientras que los gobiernos tienen responsabilidad directa en la formulación de políticas, las ONGs y otros miembros de la sociedad civil han participado también en el proceso de políticas, aunque en distintos grados. En camino hacia El Cairo, algunos países tuvieron una mayor experiencia participativa en la formulación de políticas, y por tanto ONGs y otros grupos de la sociedad civil más sólidos, incluyendo a defensores y promotores de la salud de la mujer. En otros países, la amplia participación en la formulación de políticas tiene un desarrollo más reciente. En algunos países los entrevistados no afiliados al gobierno estuvieron más confiados en que el Gobierno valore sus puntos de vista y los incorpore en la formulación de políticas. Aún cuando se han adoptado políticas diseñadas para brindar servicios de salud reproductiva a través de un enfoque integrado, existe oposición en algunos países. La fuente de oposición es de alguna manera diferente en cada país.

**Bangladesh.** A nivel nacional, la formulación de políticas de salud es crecientemente participativa. El Ministerio de Salud y Bienestar Familiar (MOHFW) es responsable de la formulación de políticas en el área de la salud reproductiva; sin embargo, muchos comités participativos, grupos de trabajo, y comités técnicos de revisión colaboran con el MOHFW. Un representante del grupo de donantes declaró, “Todas las personas en Bangladesh están involucradas en la formulación de políticas - el Gobierno, el MOHFW, gobiernos locales, comités rurales de desarrollo, donantes, ONGs, el sector privado y todos a nivel nacional.” Un representante de una ONG de servicios comentó, “Ahora que las organizaciones gubernamentales y el sector de ONGs trabajan juntas, el sistema global ha mejorado - salud, planificación familiar, y todos los sectores de desarrollo. Esto ilustra claramente que la participación activa es necesaria.” Sin embargo, la participación en el proceso de formulación de políticas aún no se ha filtrado a los niveles locales, aún cuando los servicios locales están interesados en que así sea.

Sobretudo, existe un amplio apoyo para las políticas y programas de salud reproductiva en Bangladesh. La oposición a este tema se limita a unos pocos grupos religiosos y de mujeres. De acuerdo con algunos entrevistados, los grupos que se oponen a la salud reproductiva son pequeños, divididos y carecen de apoyo e influencia. Su oposición tiende a estar dirigida específicamente a la planificación familiar.

**India.** El programa de salud reproductiva está auspiciado y financiado por el Gobierno central e implementado por los gobiernos estatales. El Ministerio de Salud y Bienestar Familiar (MOHFW) es responsable de establecer las políticas de salud reproductiva y, en esa función, trabaja con un comité multisectorial de secretarías pertenecientes a los ministerios involucrados en las actividades de población y desarrollo (Salud y Bienestar Familiar, Educación, Desarrollo de la Mujer y el Niño, Desarrollo Rural, e Información y Difusión). Bajo el nuevo programa se formarán comités similares a nivel estatal.

Históricamente, las ONGs de la India han tenido poca influencia en la formulación de políticas nacionales, aunque esta situación puede estar cambiando particularmente en lo referente a la salud reproductiva. Las ONGs sirven sólo a una pequeña proporción de clientes de salud reproductiva y son muy débiles en los estados del norte. No obstante, algunas de las más imponentes ONGs de mujeres han influenciado las políticas de salud reproductiva a través de sus actividades de organización y defensa y promoción. Han sido efectivas en detener la introducción de métodos de inyectables e implantes en el programa de la India. Un representante del grupo de donantes mencionó, “Después de El Cairo, se ha experimentado una mejora definitiva en cuanto a la representación de ONGs en la etapa de formulación de políticas.” Al mismo tiempo, un entrevistado de una ONG líder en la entrega de servicios comentó, “Las ONGs son invitadas a los foros para la toma de decisiones con el Gobierno; sin embargo, el Gobierno tiende a ser selectivo en el involucramiento de las ONGs. Las ONGs más notorias no son invitadas a las discusiones sobre políticas. Una vez tomadas las decisiones, el Gobierno puede invitar a más ONGs para discutir los asuntos de implementación.” Un donante dijo, “En la CIPD... las ONGs y el Gobierno se comunicaron en mejor nivel - y surgió una dirección en las políticas. En la India se ha logrado más de un impacto en la retórica y en el nivel político sin mucho cambio en el nivel programático.”

“El énfasis convencional en la planificación familiar está atenuado. El Gobierno está dejando de lado su responsabilidad de tratar con la disminución del crecimiento de la población debido a su interés en los derechos reproductivos. Las metas de planificación familiar han sido retiradas. Las metas de largo plazo han sido postergadas. El enfoque de la ausencia de metas ha sido precipitado por El Cairo.”

*Un entrevistado de una organización de población, India*

La formulación de políticas sobre salud reproductiva se ha conducido por lo general a nivel nacional; sin embargo, con la descentralización y la reciente legislación estableciendo *panchayats* en los pueblos y *nagarpalikas* en la ciudad, hay esperanza de que la planeación tenga lugar a nivel local. El nuevo Proyecto de Salud Reproductiva e Infantil (RCH) que financia el Banco Mundial fue diseñado para la toma de decisiones y la implementación a nivel local. Un funcionario de gobierno postuló, “El despertar del movimiento de mujeres también surgió por el re-establecimiento de los *Panchayat Raj* a nivel de los pueblos.” Sin embargo, la mayoría de entrevistados pensó que la verdadera participación del *panchayat* en la formulación de políticas tomaría algún tiempo. Por ejemplo, la nueva ley establece que un tercio de los *panchayats* debe estar constituido por mujeres; sin embargo, las mujeres a veces son vistas como testaferras elegidas para seguir las órdenes de sus esposos.

Algunos donantes y grupos de población muestran una fuerte oposición al enfoque de salud reproductiva mientras que algunos grupos de mujeres se oponen a varios elementos de la planificación familiar. Un defensor y promotor de población dijo, “La salud reproductiva es sólo una palabra - jerga. No hay una expresión Hindi equivalente. La salud reproductiva ofrece a los grupos feministas una fuerte ventaja para actuar en el país.” Un entrevistado de una organización de población dijo, “El énfasis convencional de la planificación familiar está atenuado. El Gobierno está rechazando su responsabilidad de tratar con la disminución del crecimiento de la

población debido a su interés en los derechos reproductivos. Las metas de planificación familiar han sido retiradas, las metas a largo plazo han sido postergadas. El enfoque de la ausencia de metas ha sido precipitado por El Cairo. Este enfoque es negativo para la India. La tasa de crecimiento de su población es aún muy alta. La India se encuentra agobiada con la presión de la población.” Algunos donantes temen perder de vista los objetivos demográficos, manifestando que la disminución del uso de anticonceptivos en algunos estados es de grave preocupación.

**Nepal.** Dos agencias de gobierno en Nepal comparten la responsabilidad del desarrollo de políticas relacionadas a la población y a la salud reproductiva: el Ministerio de Salud y el Ministerio de Población y Ambiente. Entre varios grupos, el nivel de participación en la formulación de políticas de salud reproductiva en Nepal es por lo general bajo. El MOH, y algunas ONGs participan en foros sobre políticas. Aunque las ONGs de servicios locales e internacionales establecieron un Consejo Coordinador de ONGs en 1995, la percepción general entre los entrevistados fue que las ONGs y el Gobierno aún no se han comprometido en una colaboración fructífera. Un representante de una ONG comentó, “Las ONGs no están realmente involucradas en el desarrollo de los planes. El Gobierno no considera verdaderamente a las ONGs como sus socios. Tal discurso es una jerga.” Un funcionario del MOH declaró, “Las ONGs tratan de replicar los servicios donde el Ministerio ya los está proporcionando. Deberían buscar áreas donde no es factible que llegue el Gobierno.” Algunos entrevistados mencionaron que la sociedad entre el Gobierno y las ONGs no funciona debido a las estructuras salariales más altas dentro de las ONGs, la inestabilidad política, y la decisión de algunos políticos para alinearse con ciertas ONGs.

El apoyo a la salud reproductiva entre los formuladores de políticas por lo general se considera bajo. Muchos entrevistados mencionaron la inestabilidad política de Nepal como una razón para que los parlamentarios no deseen tratar nuevos temas. Un representante de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. mencionó, “Es falso que exista un servicio de salud reproductiva. A nivel de políticas no hay seriedad para este tema.” Un entrevistado del MOH dijo, “La política de salud reproductiva está conducida en parte por los donantes; no hay oposición al concepto, pero la política del Gobierno no es lo suficientemente fuerte para reforzar la estrategia.” Existe aún más evidencia de la falta de apoyo de la comunidad de donantes para la estrategia de salud reproductiva. Un representante de donantes dijo, “La Mafia de la salud reproductiva - no permite a nadie criticarla. No permite ninguna disensión.” Algunos entrevistados sintieron con particular fuerza que en este tiempo la salud reproductiva es un tema inapropiado para Nepal. El país no es capaz aún de proporcionar a sus habitantes los servicios de atención de salud más básicos. Tres zonas ecológicas hacen de la entrega de servicios un verdadero reto. Un entrevistado de una ONG comentó, “El énfasis en la salud reproductiva en Nepal puede hacer desaparecer el programa de planificación familiar, a menos que se construya gradualmente sobre lo que ya existe.”

**Jordania.** A nivel nacional, Jordania intenta promover la amplia participación en la formulación de políticas de población y salud reproductiva a través de CNP, el cual cuenta con ONGs y representantes de universidades entre sus miembros. Jordania ha usado lo que un representante de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. llamó un “enfoque técnico de perfil bajo” en el que los avances cautelosos en la política son el producto del desarrollo de políticas de

un pequeño grupo seguido de la elaboración de un amplio consenso sobre los temas. Por ejemplo, un grupo de expertos técnicos se encuentra revisando la *Estrategia Nacional de Población*. Subsecuentemente, el CNP generará apoyo a la política actualizada entre los tomadores de decisión. Sin embargo, existe alguna preocupación sobre si el proceso de revisión para la estrategia debería abrirse a una participación más amplia. Los grupos de trabajo pequeños no tienen una amplia participación - sus miembros son investigadores y demógrafos capacitados, no representantes de organizaciones comunitarias de base. Algunos entrevistados dijeron que debido a diversas ideas conflictivas e intereses de las partes, una participación más amplia podría retrasar o detener el proceso de revisión. Un representante de una organización de asistencia técnica de los EE.UU dijo, “El CNP está encargado de finalizar la estrategia. Se muestra reacio a abrir demasiado el proceso porque en verdad podría retrasarlo.”

En Jordania, los líderes religiosos son altamente respetados y sus opiniones son valoradas. En la actualidad, los líderes religiosos se muestran abiertos a la educación en temas de salud reproductiva y pueden aún difundir mensajes sobre planificación familiar y salud reproductiva en sus discursos y durante consejería privada. Aún cuando el público tiene poco conocimiento sobre salud reproductiva, algunos entrevistados pensaron que una vez que la gente comprenda el concepto, la población en general tendría poca oposición a esta idea.

Mientras que el apoyo a la planificación familiar se ha ido incrementando en los últimos años, Jordania carece de un fuerte apoyo para la salud reproductiva. Algunos entrevistados mencionaron que muchos médicos, particularmente en áreas rurales, todavía se oponen a la planificación familiar y que sus actitudes afectan negativamente la implementación de políticas y la entrega de servicios. Particularmente en áreas remotas, la idea de los médicos se toma con frecuencia como política. Por ejemplo, un entrevistado de una organización de asistencia técnica mencionó que los jefes de las Direcciones rurales de salud con frecuencia rechazan implementar las políticas del MOH si es que no las apoyan. Por motivos como estos, los entrevistados resaltan la necesidad de desarrollar una guía de servicios y reforzar su implementación.

**Ghana.** A nivel nacional, el proceso de formulación de políticas en Ghana es altamente participativo. Por ejemplo, los ministerios y agencias de gobierno, las ONGs, los representantes del sector privado, consultores y donantes estuvieron involucrados en el proceso de formulación de políticas de la *Política Nacional de Población* de 1994, las *Normas y Políticas de Servicio de Salud Reproductiva* de 1996, y la *Política de Salud Reproductiva del Adolescente* (en borrador). Además, el MOH y el CNP han intentado involucrar en el proceso a todos los niveles de sus organizaciones. Un representante de una ONG dijo, “Sí, nosotros tenemos las bases. Hemos asistido regularmente a reuniones (del CNP) según el tema a tratarse... El proceso es un tanto abierto, y podemos llegar con nuestros intereses.” Un miembro del personal del CNP estuvo de acuerdo, “En todos los niveles existe participación en la formulación de políticas. Todos están involucrados: ONGs, etc... Para desarrollar el componente de salud reproductiva en la *Política Nacional de Población* de 1994, trabajamos con el MOH y todos aquellos interesados en la salud. Nosotros la tomamos y desarrollamos más y la expandimos. También llevamos la política a las regiones porque ellos tenían problemas con la implementación... Llevamos un borrador del documento a la comunidad para recibir su opinión y luego lo revisamos para obtener una versión final. Así es que la autoría estaba ahí.” El MOH dirigió la formulación de las *Normas y*

*Políticas de Servicio de Salud Reproductiva* de 1996, pero un representante de una organización de asistencia técnica de los EE.UU dijo, “Estuvimos presentes en el taller para hacer una revisión e hicimos nuestros comentarios. Fue un proceso tedioso. Hubo diferentes percepciones de la gente y del lenguaje empleado, pero llegamos a un consenso.”

Dado que los líderes y asambleas distritales estarán haciendo planes y decisiones para la asignación de recursos, su conocimiento y apoyo a la salud reproductiva son cruciales. A pesar del amplio apoyo a los temas de población y salud reproductiva a nivel nacional, éste no llega a nivel local, lo que es importante a medida que Ghana descentraliza los servicios de salud. Los entrevistados pensaron que la falta de apoyo se debe más a la falta de conocimientos y conciencia entre los formuladores de políticas y el público a nivel regional y distrital, que a objeciones a los temas de población y salud reproductiva. Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. dijo, “Las personas en Ghana están esperando y deseosas de aprovechar oportunidades. Son líderes en salud y políticas en África. Especialmente en el sector salud, son líderes reales.” Algunos grupos religiosos pueden oponerse a temas específicos (por ejemplo, la Iglesia Católica a la esterilización), pero no a la salud reproductiva en general. Los entrevistados mencionaron, sin embargo, que no existe un apoyo total a la salud reproductiva de parte de ningún grupo. Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. dijo, por ejemplo, “Los jefes y líderes tradicionales no son problema. De hecho, los jefes están presentes (para recibir planificación familiar en las clínicas). Ellos pueden no alentarlos, pero no están en contra.”

**Senegal.** La mayoría de entrevistados en Senegal reportaron que el nivel de participación en la formulación de políticas de salud reproductiva es alto, en parte debido a la característica cultural que fomenta discusiones abiertas y prolongadas para llegar a un consenso.

“El Cairo cambió la retórica, pero no hay oportunidad en el campo - y no la habrá, porque el compromiso político es muy superficial. Algunos técnicos están muy comprometidos, pero no la gente con el peso político.”

*Un entrevistado del grupo de donantes. Senegal*

Un entrevistado de una ONG dijo, “La presencia de las ONGs es particularmente pronunciada en el área de la salud. El Gobierno las integra en todos los programas y políticas porque proporcionan muchos servicios, y porque están promovidas por los donantes.” Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. remarcó, “Existe aún una rivalidad entre el Gobierno y las ONGs, pero hay sinergia.” Los entrevistados también dijeron que las ONGs participaron totalmente en el desarrollo del programa nacional de salud reproductiva y cumplirán un papel más importante en su implementación.

Al mismo tiempo, algunos entrevistados comentaron que la participación se limita a las ONGs nacionales e internacionales y que las ONGs del nivel comunitario no están involucradas. Un entrevistado de una ONG resaltó la importancia de la participación de la población rural: “Si las políticas van a responder a las necesidades de la población, ellos deben estar involucrados desde

el principio, lo que el Estado raramente hace.” El sector privado no está involucrado como socio en la salud reproductiva.

La percepción de que la salud reproductiva está reemplazando la planificación familiar como término y enfoque provoca reacciones directas entre los entrevistados. Algunos dijeron que con una alta tasa de crecimiento de la población y fecundidad, la reducción de la fecundidad es un tema apropiado e importante de preocupación que puede perderse con el nuevo enfoque de salud reproductiva. Algunos entrevistados manifestaron preocupación en que la salud reproductiva es “demasiado amplia.” Por otro lado, muchos entrevistados percibieron una ventaja al enfocarse en la salud reproductiva. “Aún cuando es vaga, por lo menos es culturalmente más aceptable que la planificación familiar.” Obtener el apoyo de los líderes religiosos, o *marabouts*, es vital para el éxito de los programas y políticas de salud reproductiva. Como dijo un entrevistado, “Los líderes políticos tienen sólo influencia superficial; las almas de las personas están con los *marabouts*.” Un importante esfuerzo para ganar el apoyo de los líderes religiosos en la salud reproductiva es el Islam y la Red de Población, la cual está compuesta por representantes de las principales sectas religiosas. Una actividad de la red ha sido producir un folleto que revisa la política de población de Senegal y declara su posición tomando como base el Koran. Así, algunos líderes religiosos han empezado a ser valiosos aliados en la promoción activa de algunos elementos de la salud reproductiva.

Muchos entrevistados expresaron el punto de vista que los líderes políticos han tenido en los últimos años, empezando a ser particularmente de apoyo a la salud reproductiva. Un representante del grupo de donantes mencionó que ningún presidente de Oeste de África está más involucrado que el Presidente Diouf en el apoyo a la planificación familiar y a la salud reproductiva. Este entrevistado dijo, “Creo que el compromiso del Gobierno en cuanto a la salud reproductiva es sincero. Ellos han desarrollado todos estos planes y programas de salud reproductiva. ¿Qué más podemos pedirles?” Al mismo tiempo, algunos entrevistados cuestionaron la profundidad del compromiso por parte de los líderes políticos. Mientras que los líderes al menos no se oponen activamente a la salud reproductiva, no están en favor de lo activo especialmente en cuanto a avanzar en la agenda de salud reproductiva. Otro entrevistado del grupo de donantes dijo, “El Cairo cambió la retórica, pero no hay oportunidad en el campo - y no la habrá, porque el compromiso político es muy superficial. Algunos técnicos están muy comprometidos pero la gente con el peso político no lo está.”

**Jamaica.** Tres agencias de gobierno comparten responsabilidad en la formulación de políticas dentro del área de la planificación familiar y salud reproductiva: El Instituto de Planeación de Jamaica (PIOJ), el NFPB, y el MOH. Los distintos ministerios esperan implementar las políticas mientras un número de comités aconseja al Gobierno sobre los componentes específicos de la salud reproductiva, de forma más notable el PPCC y el Comité de SIDA (NAC). Las ONGs son llamadas a reuniones de consulta y participan en algunas reuniones de la PPCC; las ONGs están incluidas en la NAC. Según un representante de una ONG, “En reuniones el Gobierno recibe recomendaciones para las políticas. Hay representantes de ONGs, pero ellas se dan cuenta que lo que las agencias de gobierno toman es otro tema; afortunadamente, va donde debe terminar. Creo que hay un intento de tener una amplia representación.”

La planificación familiar (y más recientemente el SIDA) ha gozado por muchos años de un fuerte apoyo por parte del Gobierno, y este apoyo se ha visto incrementado desde la CIPD. Un representante de una ONG mencionó, “Desde El Cairo, no tenemos que luchar con el Gobierno por el presupuesto. Contamos con el apoyo de los niveles más altos del Gobierno.” En Jamaica, existe poca oposición a la planificación familiar y a la salud reproductiva. No obstante, el tema de la sexualidad del adolescente y los servicios de salud reproductiva para jóvenes adultos traen consigo la oposición más notoria de parte de algunos padres, maestros, administradores, y proveedores. Sin embargo, un representante de una ONG observó, “Ahora existe más aceptación de parte de los padres, debido al VIH.” Citando que el 25 por ciento de nacimientos son de adolescentes en Jamaica, un representante de donantes declaró, “Las estadísticas muestran que existe una necesidad de trabajar con adolescentes entre 15 y 24 años.”

**Perú.** La mayoría de entrevistados estuvieron de acuerdo en que durante los últimos años, las ONGs y el Gobierno han empezado a trabajar de manera más estrecha. Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. dijo, “Ahora, las ONGs entienden que ellas pueden reemplazar al Gobierno, y el Gobierno entiende que ellos no pueden hacerlo solos.” Por otro lado, algunos entrevistados dijeron que la influencia de las ONGs ha disminuido en los últimos años. Un representante de un grupo de donantes comentó que la centralización del Gobierno “no le permite a sí mismo el enfrascamiento de otros grupos.” Un entrevistado de una ONG agregó, “Las ONGs no tienen mucha oportunidad de hacerse escuchar.” Un entrevistado de nivel universitario comentó, “Los grupos de mujeres no llevan tanto peso ahora como en el pasado.” Las ONGs y el Gobierno parecen estar trabajando de manera mucho más estrecha a nivel regional que a nivel nacional. En las regiones, en unión con los consejos regionales de población, los representantes de las organizaciones de la sociedad civil trabajan con representantes del Gobierno, proporcionando un mecanismo a través del cual las ONGs pueden tener influencia.

El Presidente Fujimori brinda fuerte apoyo a la salud reproductiva, aunque el punto de vista demográfico tiende a prevalecer, no obstante el más amplio entendimiento sobre la salud reproductiva que los técnicos del MINSA pueden tener. La fuente básica de oposición a la salud reproductiva como se definió en El Cairo y por el Gobierno peruano es el elemento conservador dentro del espectro político y religioso. Un entrevistado de una ONG enfatizó la necesidad “de crear una cultura de salud reproductiva”, un sólido fundamento que vaya más allá de la agenda de cualquier gobierno.

## Implementación de Políticas

En los ocho países, la formulación de políticas ha recibido considerable atención durante los tres años siguientes a la CIPD de 1994; sin embargo, las políticas de impacto no aseguran que los clientes recibirán servicios de salud reproductiva comprehensivos, de alta calidad, con foco en los clientes. Los entrevistados de muchos países dijeron haber pasado un tiempo considerable discutiendo sobre salud reproductiva y que se encontraban iniciando el proceso de implementación. Por ejemplo, un representante del Gobierno de Jamaica dijo, “La mayor parte de lo que hemos hecho a partir de El Cairo son reuniones y conferencias. Está tomando un largo tiempo entender estos temas.” Sin embargo, muchos entrevistados sí dijeron que las actividades relacionadas a elementos individuales de la salud reproductiva continuaban en sus países. La mayoría dijo que la CIPD dio el impulso para diseñar nuevos programas o rediseñar los existentes tomando como base el enfoque del cliente como centro, ciclo de vida que integra los servicios de salud reproductiva. La implementación de políticas ha involucrado a varios interesados, incluyendo al gobierno y ONGs, y ha resaltado la necesidad de coordinación no sólo entre el gobierno, ONGs, organizaciones de la sociedad civil, sector privado, y donantes sino también entre las dependencias del gobierno (como los Consejos Nacionales de Población) y los ministerios. Esta sección se centra en las actividades ya sea que estén siendo planeadas o próximas a desarrollar, integrar, o unir los componentes de los servicios de salud reproductiva. El Cuadro 2 en el anexo presenta el estado de implementación de los componentes de salud reproductiva para cada uno de los ocho países.

**Bangladesh.** Se encuentra revisando muchos de sus proyectos y programas elaborados antes de El Cairo para enfocarlos en la salud reproductiva y ya ha traducido muchas de sus políticas de salud reproductiva en guías operacionales.

*“Nuestro programa no se mantendrá con éxito si no existe integración. Muchos establecimientos son subutilizados, y los diferentes establecimientos y su personal no colaboran. El cómo integrarlas es un tema clave.”*

*Un entrevistado del grupo de donantes, Bangladesh*

El MOHFW ha colaborado con un número de grupos para desarrollar la *Estrategia del Sector Salud y Población (HPSS)*, la cual cambia de proyectos verticales a un enfoque de programa integrado que proporciona un paquete básico de servicios que atiende particularmente a mujeres con un enfoque de salud reproductiva con foco en el cliente. En agosto de 1997, el Gobierno de Bangladesh sometió la HPSS al Banco Mundial - Además, el quinto plan quinquenal, 1997-2002 del Gobierno se basa mayormente en la HPSS.

Los dos donantes más importantes en Bangladesh (el Banco Mundial y la USAID) también han diseñado sus programas de asistencia basándose en la HPSS. Actualmente, el programa del sector público está retirando sus servicios de puerta en puerta y está fomentando que los clientes obtengan servicios en las clínicas fijas. Los ministerios y las ONGs están adoptando los elementos de salud reproductiva como recursos que empiezan a estar disponibles. Las normas y



protocolos para la entrega de servicios están siendo revisadas para separarlas de las metas y objetivos.

En Bangladesh, las actividades de entrega de servicios están divididas entre dos Direcciones del MOHFW - la Dirección de Planificación Familiar y la Dirección de Salud. Estas Direcciones tienen sus propias estructuras verticales de entrega de servicios, con la colaboración y coordinación entre ellos haciendo lo mejor que pueden. La bifurcación de las Direcciones ha creado muchos sistemas paralelos. Un representante del grupo de donantes declaró, “Este es un gran tema. La Dra. Nafis Sadik (Directora Ejecutiva del FNUAP) aclaró al primer ministro que la integración es crucial para el éxito del enfoque de la salud reproductiva. Debemos integrar las Direcciones de salud y de planificación familiar, y deben trabajar juntas. Actualmente, la Dirección de planificación familiar es sólida, pero la de salud débil. Nuestro programa no se mantendrá con éxito si no hay integración. Muchos establecimientos son subutilizados y los diferentes establecimientos y sus personas no colaboran. El cómo integrar es un tema clave.” Un representante de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. comentó, “En el sistema de ONGs intentan integrar todos los elementos de la salud reproductiva, incluyendo la atención postaborto (dentro del paquete básico de servicios). Tengo la esperanza de que el Gobierno también pueda lograr un sistema integrado.”

En 1975, Bangladesh combinó la planificación familiar con la salud materno infantil. Según los entrevistados, la combinación es una razón del éxito del programa de planificación familiar de hoy. Los servicios de planificación familiar y atención prenatal están integrados en la mayoría de establecimientos de salud pública; de hecho, algunos establecimientos proporcionan tanto atención postnatal y tratamiento de ITR/ETSs. No obstante, el plan del Gobierno es integrar los siete elementos de la salud reproductiva e infantil del paquete básico de servicios en diferentes niveles de la entrega de servicios para hacer que la gente pueda recibir en un sólo lugar todos los servicios de rutina que necesita. Los entrevistados consideraron necesaria la integración de los servicios para el éxito de la implementación del paquete básico de servicios.

**India.** A pesar de la existencia de un programa de salud reproductiva y una estrategia técnica, muchos entrevistados cuestionaron la forma cómo la India implementaría su programa. Dentro del MOHFW, tres divisiones son responsables de la implementación de los programas de salud reproductiva: Bienestar de la Familia, Salud, y Organización Nacional para el Control del SIDA (NACO). Las divisiones de Bienestar de la Familia y de Salud son responsables de todos los servicios de planificación familiar y SMI, mientras que la NACO es responsable del programa de ETS/VIH/SIDA. La India se ha comprometido a varias iniciativas como resultado de la CIPD. Por ejemplo, el Proyecto de SMI financiado por el Banco Mundial fue diseñado para apoyar la respuesta de la India en la implementación del *Programa de Acción* de la CIPD. Con un centro en el nivel distrital, el proyecto está siendo implementado en los distritos seleccionados. Recae en un enfoque de planeación con base distrital para crear un sistema integrado de entrega de salud. La evaluación está vinculada a los incrementos en la utilización de los servicios y a las disminuciones en las tasas de mortalidad materna infantil. Las estrategias operativas serán definidas en el nivel local a través de la planeación e implementación del centro de salud básico en conexión con los *panchayats* locales, los trabajadores de áreas rurales, y la comunidad.

Algunos Estados de la India experimentaron con el “enfoque de ausencia de metas”, pero en abril de 1996 los objetivos fueron eliminados a nivel nacional, (aunque algunos Estados aún utilizan las metas) antes de que el enfoque pueda ser evaluado. En algunos lugares, la eliminación de metas condujo a la confusión y huelgas de las actividades de planificación familiar. Un entrevistado dijo, “Lo que significan los manuales del enfoque de ausencia de metas realmente es poco claro y confuso para las personas en niveles más bajos ¿Cómo se reemplazarán las metas? Tiene que haber alguna forma de evaluar el desempeño. Muchos médicos de atención primaria de la salud sienten que la falta de metas significa no trabajar.” Un representante del grupo de donantes mencionó, “En la práctica, la ausencia de metas ha significado no centrarse en la esterilización. Existe una fuerte necesidad de una elección más amplia dentro de la anticoncepción. El cambio a un rango más amplio de servicios, como una mezcla de métodos mejorada, aún no ha ocurrido... ¿Cómo se superará la orientación hacia las metas? ¿Qué se está haciendo para lograr esto? Alguna mejora de los servicios y algunos esfuerzos de capacitación. ¿Existe capacidad para el diagnóstico y tratamiento de las ITRs? Puede existir una increíble demanda de estos servicios. ¿Existe capacidad para satisfacerla? El Gobierno no fue capaz de satisfacer la demanda aún dentro de la planificación familiar, y ahora cambia a una provisión de servicios de salud reproductiva más amplia. ¿Es eso factible?” Algunos Estados como Andra Pradesh, Rajasthan, y Maharastra hicieron grandes progresos al diseñar sus programas de planificación familiar tomando como base las necesidades, y desarrollaron estrategias para proporcionar servicios adicionales de salud reproductiva. La transición de un programa vertical controlado a nivel central a un programa de mayor control estatal y planificado de abajo hacia arriba requerirá de un período de ajuste antes de que pueda ser completamente implementado y demostrar algún nivel de éxito.

El paquete de servicios básicos de RCH deberá ser entregado supuestamente a través de los servicios integrados. En muchas formas, la infraestructura de entrega de servicios existente ha empezado a ser integrada. En 1965, la planificación familiar estuvo integrada con los servicios de SMI y nutrición; en 1992, el programa de Supervivencia Infantil y Maternidad sin Riesgos integró las intervenciones de supervivencia infantil con las actividades de maternidad sin riesgos y planificación familiar. El Proyecto de RCH incorporará las ITR/ETSs y fortalecerá los servicios de aborto. En diferentes niveles de establecimiento se tendrán disponibles varios servicios y de acuerdo a un sistema de clasificación, todos ellos serán establecidos gradualmente en los estados y distritos. Se fortalecerá el sistema de referencia. Sin importar el alto nivel de integración, los programas verticales del MOHFW aún existen. Así como programa primario de ETS/SIDA, la NACO cuenta con un sistema de entrega separado de las clínicas de ETSs. “Aún dentro del sistema de salud existe una falta de integración. Los esfuerzos para lograrlo deberían dirigirse primero al MOH”, comentó un representante del grupo de donantes.

**Nepal.** La División de Salud de la Familia del MOH tiene a su cargo la implementación de los programas de salud reproductiva de Nepal. Sin embargo, esta División está en el mismo nivel de otras Divisiones del Departamento de Salud dentro del MOH, limitando su capacidad de formulación de políticas y de implementación. Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. recomendó, “La organización responsable de la formulación de políticas e implementación de los programas de salud reproductiva debería estar al nivel de la Dirección General de Servicios de Salud.” Más aún la *Estrategia de Salud Reproductiva* es

particularmente ambiciosa. Un representante del grupo de donantes dijo, “Como una rúbrica, la salud reproductiva es peligrosa. En países que tienen un sólido programa de planificación familiar y SIDA, pueden organizar otros elementos de salud reproductiva. En Nepal, pueden avanzar aguas fangosas.”

Actualmente, se vienen implementando algunos aspectos de la estrategia, incluyendo la planificación familiar, maternidad sin riesgo, y lactancia. Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. remarcó, “Todos los componentes de la salud reproductiva están en su lugar, pero no funcionan. La salud reproductiva no puede ser una realidad para Nepal al menos por debajo del nivel distrital. Las FHD necesitan determinar qué conjunto de intervenciones puede realmente ofrecer y resaltar aquellos que no puede. Deben de entender la diferencia entre lo que se desea y lo que es factible.” Un funcionario de MOH declaró, “Aunque el paquete de salud reproductiva está diseñado, debido a la falta de deseo y apoyo no ha habido ninguna decisión para implementarlo.” Otro funcionario del MOH declaró que era la inestabilidad política que detenía la implementación de la estrategia de salud reproductiva. Un representante de una ONG remarcó, “Traducir las políticas en acción ha sido siempre un problema en Nepal.” Otro representante de una ONG dijo, “No es la falta de políticas o leyes - el problema es la aplicación.”

Bajo la *Política Nacional de Salud* de 1991, una posta de salud menor debería estar disponible para una población de 4.000 habitantes, una posta de salud para 29.000 habitantes, y un centro de atención primaria de salud para una población de 100.000 habitantes. Nepal sólo tiene parcialmente alcanzada la meta política de 1991; más aún, del 30 al 50 por ciento de postas de salud y postas de salud menores no cuentan con personal de salud. Un representante del grupo de donantes enfatizó el problema diciendo, “Hay nuevas instituciones en los distritos pero el personal no está allí.” Además, hay varios proyectos conducidos por donantes sobre maternidad sin riesgos, cáncer del tracto reproductivo, y VIH/SIDA, entre otros, pero varios entrevistados mencionaron que los donantes tienen sus propias áreas de énfasis dentro de la salud reproductiva. Un representante de una ONG dijo, “Los donantes están presionando al Gobierno para que acepten su enfoque de salud reproductiva. La coordinación de donantes es muy débil y entre ellos no existe consenso sobre la salud reproductiva.” Más de la mitad de los entrevistados recalcaron la necesidad de establecer prioridades dentro de la estrategia de salud reproductiva y desarrollar un plan para la implementación gradual de las actividades.

**Jordania.** La Estrategia Nacional de Población de 1996 funciona como el principal plan de implementación para las políticas de población a nivel nacional; sin embargo, varios entrevistados del grupo de donantes y representantes de organizaciones de asistencia técnica de los EE.UU señalaron que “no está dicho lo que el Gobierno debería hacer para alcanzar las metas.” No está claro si la estrategia, que se encuentra actualmente bajo revisión, servirá como plan de acción.

*“No hay diferencia en el ofrecimiento de los servicios antes y después de la CIPD. Son los mismos servicios ahora como entonces. Necesitamos la infraestructura (para incorporar nuevos servicios). Yo mismo veo la necesidad de integrar.”*

*Un entrevistado del Ministerio de Salud y Atención de la Salud (MOHHC), Jordania*

Mientras que cerca de la mitad de los entrevistados estuvieron de acuerdo en que Jordania ha experimentado un cambio positivo a consecuencia de El Cairo, un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. observó, “La CIPD hizo una gran diferencia en el debate político, pero es cuestionable si afectó a la implementación y qué sucederá con la implementación.” Un entrevistado del Ministerio de Salud y Atención de la Salud (MOHHC) mencionó, “No hay diferencia en el ofrecimiento de los servicios antes y después de la CIPD. Son los mismos servicios ahora como entonces. Necesitamos la infraestructura (para incorporar nuevos servicios). Yo mismo veo la necesidad de integrar.” Mientras que los servicios de cada componente de salud reproductiva existen para una extensión en el sector público, ONGs, y privado, Jordania carece de un programa integrado (a aún vinculado) de salud reproductiva.

Con el establecimiento de la SMI/planificación familiar como una dirección independiente en 1993, el MOHHC ha dado el empuje para integrar todos los centros de SMI (que previamente se mantenían como centros individuales) en centros de salud complejos; el proceso está cerca a ser completado. Dado que la mayoría de mujeres dan a luz en el hospital, el reto que un proyecto con base en el hospital trata de superar, es vincular los servicios de atención prenatal y antenatal y de planificación familiar (ubicados en centros de SMI) con los servicios de parto (en los hospitales). Otros servicios de salud reproductiva, incluyendo el diagnóstico y tratamiento de ETS/VIH, atención postaborto, tracto reproductivo, y cáncer de mama, e infertilidad, no son tampoco ofrecidos en todos o son proporcionados por otra dirección del MOHHC.

Las ONGs, el sector privado, y la Agencia de Trabajo y Descanso de las Naciones Unidas para los Refugiados Palestinos están cambiando a un enfoque de salud reproductiva y planificación familiar. La Asociación de Jordania para la Protección y Planificación Familiar (JAFPP, que está afiliada a la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), a empezado a introducir nuevos servicios tales como el descarte de ETS y tratamiento e información para adolescentes, detección temprana de cáncer de mama y cáncer cervical, y consejería limitada de la infertilidad. Los entrevistados de varios sectores reportaron que los servicios están integrados en el sentido en que los proveedores tratan “lo que aparezca” - no hay un tratamiento formal o sistema de referencia para los servicios de salud reproductiva. Este parece ser el caso en la mayoría de lugares que brindan atención postaborto, violencia doméstica, y aún de ETS y VIH. La mayoría de proveedores notan que la mayor parte de clientes están casados y por lo menos en edad de 20 años. Los adolescentes que no están casados no son atendidos; los adolescentes casados son tratados como cualquier otro cliente.

**Ghana.** Mientras que la formulación de políticas de salud reproductiva ha recibido considerable énfasis en los años pasados en Ghana, la implementación ha empezado recientemente. De los ocho países, Ghana tal vez tiene el “proyecto original” más extenso para la provisión de servicios de salud reproductiva como lo reseña las *Normas y Políticas del Servicios de Salud Reproductiva* de 1996. Las guías están adaptadas para los proveedores públicos, ONGs, y privados. Según a un entrevistado del MOH, “La gente desea guías. El problema fue la falta de descripción de empleos y protocolos. La política señala algunas de estas cosas.” Un entrevistado del grupo de donantes fue positivo acerca de las *Normas y Políticas del Servicios de Salud Reproductiva*.

“Esta es una política sobre qué hacer. Es una figura mejor que la de otras áreas... El ‘qué hacer’ parece estar en el lugar correcto.”

El documento de *Normas y Políticas del Servicios de Salud Reproductiva* de 1996 están experimentado una amplia difusión. Un funcionario del MOH dijo que los representantes regionales han sido capacitados en la política de salud reproductiva y que ellos difunden la política a posteriores niveles de clientes. El dijo, “La mayor parte del tiempo cuando una política se formula, no es acogida por los usuarios... (Esta vez), tendremos un taller para presentar a todos los usuarios formalmente.” Los trabajadores de salud reciben instrucción acerca de la política durante la capacitación sobre maternidad sin riesgos. El sector privado y las ONGs han recibido la política y la están usando en sus operaciones. Además, en 1992, Ghana desarrolló una guía sobre SIDA titulada *Guía para la Prevención y Control del SIDA*, así como seis planes de acción que acompañan la *Política Nacional de Población* de 1994.

En Ghana, los servicios integrados se han desarrollado a través del tiempo. Los entrevistados mencionaron que el país reconoció tempranamente que los servicios de SMI deberían ofrecerse juntos. Un funcionario de MOH dijo, “Tenemos la SMI. Esto empezó con esto. Ahora sólo necesitamos agregar las actividades de salud reproductiva.” El tratamiento de VIH/SIDA y ETSs están siendo agregados mientras las obstetrices y médicos reciben capacitación en atención postaborto. Al discutir sobre la integración de los servicios, la mayoría de entrevistados refirieron al nexo entre los servicios de planificación familiar y ETS. Un funcionario del MOH dijo, “Ahora estamos integrando las ETSs en la SMI para dar consejería y tratamiento en salud reproductiva. Queremos dar una mentalidad de salud reproductiva a los trabajadores de salud.” En algunos casos, la integración se refiere a los vínculos directos entre los servicios. Por ejemplo, las obstetrices capacitadas en atención postaborto son también capacitadas en la planificación familiar postaborto. Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU mencionó que, con frecuencia las clínicas de planificación familiar están separadas de los servicios de emergencia obstétrica. En este caso, las obstetrices y los médicos que brindan atención postaborto hacen referencias a planificación familiar. Notando la necesidad de la integración del servicio, el entrevistado dijo. “Tratamos de colocar los servicios de planificación familiar en las clínicas de emergencia también.”

El Planned Parenthood Association de Ghana (PPAG), un afiliado local de IPPF, reconoció que no ofrece todos los servicios de salud reproductiva y que los servicios no están completamente integrados. “Usamos una apreciación integral de los problemas de salud reproductiva de la mujer. Hacemos poco en nuestras clínicas... No hemos podido hacer mucho (con las ETSs). Consejería, pero no la entrega de servicios. No podemos hacer las pruebas, así es que las referimos a los hospitales del Gobierno... No contamos con el dinero para equipar (nuestras clínicas) con todo lo necesario.” PPAG está trabajando con un profesor en psicología para ofrecer capacitación al personal sobre habilidades e consejería.

Los adolescentes y los hombres son grupos prioritarios en Ghana. Muchas organizaciones, incluyendo las ONGs y grupos religiosos e iglesias, han establecido centros y programas para adolescentes donde los capacitan y ofrecen consejería y educación en salud reproductiva. Existe una cuerdo difundido en que la brecha entre el conocimiento y la práctica en planificación

familiar y otros servicios de salud reproductiva - entre hombres y mujeres - se deriva de la actitud del hombre. De hecho, algunos entrevistados señalaron los programas de educación y los servicios para hombres iniciados por varias organizaciones, incluyendo el PPAG. Según un entrevistado de la PPAG, “El aspecto del hombre es un asunto que resulta después de la CIPD. Estamos más interesados en el hombre - el 50 por ciento olvidado son incorporados a la acción.”

Ghana está descentralizando su sistema de salud. Como lo señalara un funcionario del Gobierno, “Hay un nuevo cambio en el campo... Así es que necesitamos convencer a la asamblea del distrito que la salud es importante como para destinarle recursos. Necesitamos ejercer presión sobre por qué la salud es importante debido a que existen muchas otras causas.” Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU explicó, “Para recibir más dinero para la salud, el MOH necesita convencer a la asamblea del distrito a destinar más dinero para la salud. Ellos deben defender los presupuestos a nivel del distrito.”

Para aumentar la consciencia en el nivel subnacional, el CNP ha empezado a establecer coaliciones y redes a nivel nacional, regional, y distrital que traten varios temas de población y salud reproductiva. Un miembro de una red declaró, “Nosotros informamos a la asamblea del distrito (en un distrito) hasta aquí. Ellos tienen idea del embarazo de adolescente como un problema, pero no han notado que necesitan tomar una acción.” Un funcionario del MOH del Programa de control del SIDA explicó, “El papel de los funcionarios del programa a nivel nacional será en defender y promocionar a nivel regional y distrital para asegura un adecuado financiamiento de las actividades de ETS/VIH/SIDA.” Las ONGs también trabaja con los distritos para “asegurar que los temas están en sus planes de desarrollo.”

**Senegal.** Los entrevistados en Senegal dijeron que el *Programa de Acciones e Inversiones Prioritarios en Población, 1997-2001* significa cambiar las actividades del enfoque de un proyecto a un enfoque programático. Colocando todas las actividades en el contexto de un programa global en vez de verlos aisladamente, el Gobierno espera desarrollar mayor coherencia en las actividades y coordinación mejorada entre los donantes. Sin embargo, no todos los niveles de las estructuras de salud proporciona el paquete mínimo completo de servicios señalados por el MSPAS. Un representante del consejo regional mencionó que muchas de las postas de salud en la región no contaban con personal capacitado en planificación familiar.

En 1991, Senegal adoptó la Iniciativa tomada por Bamako, cuya participación comunitaria estaba más avanzada a través de comités de salud elegidos localmente. Una estrategia principal de la Iniciativa de Bamako es la generación de fondos a nivel comunitario para cubrir los costos locales recurrentes, incluyendo el costos de drogas esenciales. La Iniciativa de Bamako también enfatiza la importancia de la movilización comunitaria para la administración de los servicios de salud. A la fecha, sin embargo, los entrevistados reportaron que los comités de salud se habían limitado a la administración financiera y se habían involucrado poco en la promoción de los servicios de salud. Algunos proyectos están trabajando ahora para alentar a los comités de salud a asumir un papel más amplio.

Las ONGs en Senegal están desempeñando un importante papel que va en aumento en la implementación de los programas de salud reproductiva. Las ONGs más grandes a nivel

nacional, como la Association pour le Bien Etre Familial (ASBEF, afiliado de IPPF) y Santé et Famille (SANFAM), proporcionan una pequeña porción de todos los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, pero los entrevistados declararon que las ONGs grandes fijan las normas para la calidad y contribuyen con la experiencia técnica para la implementación del programa. Las ONGs comunitarias más pequeñas son un factor significativo e nivel de la población rural, particularmente en el trabajo con el SIDA y la mutilación genital de la mujer. También son importantes las organizaciones comunitarias como los *groupements féminins* (grupos feministas) que se organizaron originalmente para propósitos políticos pero que proporcionan una estructura con la cual los proyectos de desarrollo pueden funcionar. Por ejemplo, el Ministerio de la Mujer, Niñez, y la Familia (MFEF) ha involucrado a una red de 500 grupos de mujeres en llevar a cabo IEC en salud reproductiva. Tal red es especialmente importante dado que el MSPAS ha capacitado a personas en IEC sólo tan bajo como el nivel del distrito mientras que las enfermeras en las postas de salud no tienen ni el tiempo ni la habilidad para comprometerse en este campo.

En el sector público, los servicios de SMI están integrados hasta el punto que en la mayoría de los puestos de salud todos los servicios son proporcionados por la misma persona - pero en días distintos. La planificación familiar está posteriormente aislada de otros servicios de salud reproductiva en que es frecuentemente ofrecida en un local diferente. Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU reportó que los pasos habían sido tomados para incorporar el tratamiento de ETS en los servicios de SMI. Específicamente, se han desarrollado los algoritmos sindrómicos y el personal de salud ha sido capacitado en su uso, pero los algoritmos no se han incorporado aún en el diagrama de flujo del MSPAS, el cual es al que los proveedores de atención de salud se refieren en la práctica. Más aún, el entrevistado dijo que algunos miembros del personal se resisten a tratar ETSs. FNUAP está apoyando al MSPAS en la integración de los servicios mediante el establecimiento de centros de salud pilotos que ofrecen servicios de salud reproductiva integrados en cada una de las 10 regiones de Senegal. El personal ha sido capacitado en salud reproductiva y las clínicas han sido renovadas a fin de que puedan brindar servicios de salud reproductiva integrados; este esfuerzo está ahora ingresando a su etapa final de reorganización del flujo de pacientes. En un centro de salud, el médico reportó, “Tenemos tendencia a la integración.” En su clínica, todos los servicios están disponibles todos los días, excepto por campañas de vacunación, las cuales se realizaron sólo en un día específico.

Además de estos esfuerzos preliminares en la integración, el Ministerio para Adolescentes y algunas ONGs han iniciado algunos proyectos pilotos que ofrecen IEC en salud reproductiva y servicios a los jóvenes. Algunos proyectos nuevos específicamente tratan hombres, tales como un proyecto conducido por ASCBEF que proporciona información sobre planificación familiar a hombres en la policía y militares. Los proyectos preliminares están también puestos en marcha en áreas de salud reproductiva que previamente fueron bastante negadas, como la atención postaborto y la mutilación genital de la mujer.

**Jamaica.** En Jamaica, pocos cambios de programa han ocurrido como resultado de la CIPD de 1994. A pesar de la existencia de documentos como el Plan Nacional de Acción para Población y Desarrollo (1995-2015), Jamaica no ha desarrollado planes operativos explícitos para implementar la salud reproductiva. Un representante del grupo de donantes declaró, “No he visto

ningún cambio en los programas.” Mientras que todos los elementos de salud reproductiva están disponibles en Jamaica, los servicios no están generalmente disponibles en un lugar. Algunos clientes pueden tener que viajar por algunos servicios (por ejemplo, tratamiento de ETS, despistaje de cáncer, e infertilidad). La mayoría de elementos mejor desarrollados de la salud reproductiva son la planificación familiar, SMI, y ETS/VIH/SIDA. Los servicios de planificación familiar y SMI son accesibles para la mayoría de mujeres jamaicanas, aunque los adolescentes y los hombres no están tan bien servidos a través del programa de planificación familiar.

La planificación familiar está integrada a los servicios de SMI. Dijo un representante de gobierno, “La integración tiene lugar a nivel de entrega de servicios. Tal vez los servicios de planificación familiar y de SMI son ofrecidos en diferentes días, pero el personal es el mismo. Los clientes necesitan saber qué días recibir cuales servicios.” Pero, de acuerdo a un representante de gobierno, “Veinticinco años después de la integración de la planificación familiar y la SMI, algunos proveedores de servicios piensan aún que la planificación familiar es un agregado.” Algunas discusiones se centran en la integración de servicios de ETS/SIDA con los servicios de planificación familiar en el sector público. Según un representante de gobierno, “Realísticamente, deberíamos empezar con los más grandes - luego, será más fácil integrar los otros elementos de salud reproductiva.” No obstante, la integración de los servicios causa preocupación por los asuntos de espacio. Un representante de gobierno mencionó, “Las instituciones están preocupadas por conservar su espacio y por mantener las instituciones en su lugar ¿Se puede integrar sin hacer cambios estructurales? ¿Se tiene que cambiar las estructuras administrativas?”

“Las instituciones están preocupadas por conservar su espacio y por mantener las instituciones en su lugar ¿Se puede integrar sin hacer cambios estructurales? ¿Se tiene que cambiar las estructuras administrativas?”

*Un representante de gobierno, Jamaica*

Actualmente, según un representante de gobierno, “La Unidad de Epidemiología del MOH funciona verticalmente con las clínicas de SMI en actividades de ETS y VIH... Su enfoque ha sido el que necesita la Unidad de Epidemiología para superar la burocracia del MOH.” A pesar de algunos vínculos entre los servicios de planificación familiar y EST/VIH, los vínculos han probado ser inconvenientes para los clientes. Según un representante de gobierno, “Si una cliente tiene flujo vaginal, debe decirsele que la clínica que atiende ETS funciona los Miércoles. Pero tal vez puede tratarse de una infección por levaduras.” Con el financiamiento de la Organización Panamericana de Salud (OPS), la región noreste de Jamaica se ha convertido en una área piloto para la integración de los servicios de planificación familiar y ETS/VIH (pero no la administración de las actividades dentro del MOH). Aún quedan muchos retos para la integración de servicios, incluyendo las decisiones sobre el plan de integración (por ejemplo, integración administrativa y de servicios, en qué niveles del sistema de entrega de servicios, e integración completa versus nexos).



FAMPLAN, un afiliado de IPPF en Jamaica, entre 1993 y 1996 participó en un programa para integrar las ETSs con los servicios de planificación familiar. Como resultado del proyecto, “La típica sesión de consejería ha evolucionado pasando a ser de principalmente informativa a un intercambio real entre el consejero y el cliente que explora las necesidades del cliente dentro del contexto sexual y salud reproductiva” (Becker y Leitman, 1997:3). La clave para el éxito del proyecto fue la capacitación participativa y extensiva de los proveedores, muchos de los cuales necesitan romper sus propias bases contra los clientes de ETSs. El programa, que resultó en el incremento del uso del condón, no tomó más tiempo de los trabajadores, que tenían un incremento en la carga de trabajo.

Históricamente los adolescentes, un grupo prioritario en Jamaica, no han sido bien servidos por el sistema de salud. Según un representante de una ONG, “Tradicionalmente, los adolescentes no han tenido un espacio en el sistema de salud... El estudio de calidad de atención (1995) demostró que los proveedores tienen más rechazo a entregar anticonceptivos a adolescentes mujeres que a hombres.” Un proveedor del sector privado comentó, “Veo chicas embarazadas de entre 13 y 16 años. Algunas dicen que no han escuchado sobre la planificación familiar o que tomaban la píldora pero que nunca recordaban tomarla o que estaban experimentando. Ninguna de ellas se siente feliz de estar embarazada. Gracias a Dios aquí contamos con una buena rama del Centro de la Mujeres (la cual ayuda a adolescentes embarazadas). Necesitamos proveer a los adolescentes con acceso para precisar información y servicios.” Un representante de una ONG en Jamaica dijo, “Necesitamos empezar antes con los adolescentes. Luego, tomará una década para ver el cambio. Esa es la única esperanza.”

Otro grupo dirigido a los servicios de salud reproductiva son los hombres. Aún está por determinarse cuanta atención de los hombres recibirá la salud reproductiva en los años siguientes. Según un representante de gobierno de Jamaica, “Necesitamos decidir las metas y objetivos y luego podremos diseñar los programas para hombres.”

**Perú.** CONAPO, el Consejo Nacional de Población, que existió entre 1982 y 1996 para coordinar y planear las actividades de población, incluyendo la planificación familiar. En 1996, el Presidente Fujimori anunció la creación del Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (PROMUDEH) en parte como respuesta al compromiso que hizo en la Cuarta Conferencia Mundial sobre La Mujer en 1995. El PROMUDEH asumió las funciones del CONAPO, aunque una forma mucho más disminuida, así como algunas de las funciones relacionadas a las mujeres y a la salud reproductiva antes bajo la competencia de otros ministerios del Gobierno.

Hace cinco años, los programas de Perú fueron verticales. Hoy en día, la mayoría de servicios de salud reproductiva se brindan bajo el amparo de la Dirección de Programas Sociales del MINSA. Un entrevistado del MINSA remarcó que la agencia debería ser llamada Departamento de Salud Reproductiva, pero los nombres y estructura son más lentos en el cambio que el contenido de los programas. Cuatro programas dependen de la Dirección: planificación familiar, salud materno perinatal, salud del escolar y del adolescente, y control del cáncer del tracto reproductivo. Un entrevistado del MINSA comentó que los programas son coordinados, pero que la integración es difícil. Cada programa tiene su propio sistema de supervisión, su propio programa de IEC, y así

sucesivamente. La planificación familiar es el más grande de los programas. El programa de cáncer del tracto reproductivo era un nombre vacío hasta hace poco, pero ahora ha recibido algún financiamiento y está desarrollando guías y programas. Los entrevistados dijeron que la planificación familiar es una prioridad alta que no está integrada con otros programas de salud reproductiva pero que en cambio, está administrada verticalmente. El Programa para el Control de ETSs y SIDA (PROCETTS) depende de un Departamento distinto. Un representante del PROCETTS reportó que su coordinación con el programa de salud reproductiva es “distante.”

El MINSA no cuenta con una estrategia para integrar los servicios de salud reproductiva, aunque los funcionarios del MINSA están conscientes del concepto de integración y están haciendo algunos esfuerzos para fortalecer los lazos entre los distintos componentes del servicio. Por ejemplo, el MINSA está promoviendo los servicios de atención postparto, y el despistaje de cáncer y diagnóstico y tratamiento de ETSs han sido incluidos en la nueva guía de planificación familiar. El PROCETTS ha estado capacitando al personal responsable de planificación familiar y atención prenatal en el diagnóstico sindrómico de ETSs. Al nivel de postas de salud, un entrevistado del grupo de donantes dijo que los servicios podían considerarse integrados porque una sola persona provee todos los servicios.

Sin embargo, otro entrevistado comentó que debido a que la planificación familiar tiene una alta prioridad, otros elementos de la salud reproductiva no reciben adecuada atención. Un representante del MINSA dijo que aún se utilizan salas separadas para diferentes servicios. “Al caminar por el pasadizo, Ud. no verá una señal que diga ‘Salud Reproductiva.’” Aunque las prácticas son más integradas que en el pasado, los representantes de las ONGs locales en una región reportaron que los servicios se mantienen separados. Declararon, por ejemplo, una sala separada para la atención prenatal y señalaron que el personal debe pedir a los pacientes una lista tan larga de preguntas relacionadas al cuidado prenatal que no hay tiempo para tratar otros asuntos.

Las ONGs de nivel comunitario que trabajan con las mujeres tienen un concepto mucho más amplio de la integración en el Perú (como en otros países) de los que lo tienen otras organizaciones nacionales o instituciones gubernamentales. Los representantes de estas ONGs señalaron que la salud es sólo uno de los problemas que las mujeres enfrentan y que “sería más interesante ver sus problemas de una manera más integrada.” Los problemas de salud con frecuencia están relacionados a otros asuntos; por ejemplo, una mujer puede estar experimentando problemas con su embarazo debido a que desempeña un trabajo pesado como consecuencia de su situación económica o de su relación con su esposo. Desafortunadamente, el personal de salud no tiene el tiempo o la habilidad para tratar la completa formación de los temas relacionados. En muchos casos, el personal de salud está trabajando en estrecha relación con las ONGs para referir a las mujeres a organizaciones que puedan ayudarlas.

# Recursos Financieros para la Salud Reproductiva

Los países necesitan recursos financieros suficientes para implementar los programas de salud reproductiva expandidos. En cada uno de los ocho países, la financiación para la salud reproductiva proviene de una combinación de financiamiento del gobierno, donantes, y sector doméstico privado y voluntario. Además, en muchos países los usuarios pagan por algunos de los servicios obtenidos a través del sector público y privado. La proporción de financiamiento de cada fuente difiere por país. Algunos entrevistados declararon que el nivel de financiamiento se está incrementado, aunque fue difícil obtener información sobre los niveles exactos de financiación en algunos países. No obstante, con excepción de Bangladesh, la confusión de financiamiento invade todos los países. Así, los ocho países están buscando caminos para mejorar la sostenibilidad de sus programas de salud reproductiva.

**Bangladesh.** Durante los últimos años, los niveles de financiamiento para la salud reproductiva en Bangladesh han sido incrementados en términos reales; sin embargo, un entrevistado del Gobierno declaró, “La asignación de recursos aún no refleja la prioridad ubicada en la salud reproductiva en Bangladesh. La Población es el problema más grande, pero la educación recibe la mayor parte de dinero, seguidos de la salud y la planificación familiar.” Los entrevistados estuvieron de unánime acuerdo en que el programa depende demasiado de los fondos de los donantes. Aproximadamente el 63 por ciento del presupuesto del desarrollo total es con la financiación de donantes. Sin embargo, esta financiación está disminuyendo, al mismo tiempo que se espera que la demanda por los servicios se duplique en los próximos 10-12 años. Según un representante del grupo de donantes, “Francamente, no veo la sostenibilidad financiera como un problema - los donantes y su dinero siempre estarán ahí.”

Para incrementar la sostenibilidad del programa de salud reproductiva, el MOHFW está planeando introducir tarifas por los servicios ofrecidos por el sector público que las usuarias deberán pagar. La meta inicial es cargar una pequeña cantidad participativa, pero no intentar recuperar los costos por completo. Una vez que las tarifas para usuarios se hayan introducido en todas las clínicas del sector público a nivel nacional, se incrementarán gradualmente para recuperar una proporción más alta de los costos.

**India.** En términos reales, los gastos recurrentes para el bienestar de la salud y la familia disminuyeron de 1991 a 1994. Para implementar completamente el enfoque de la salud reproductiva, la India tendrá que hacer un sólido compromiso financiero para incrementar la financiación del programa. Con las medidas estructurales de ajuste puestas en marcha, parece improbable que el Gobierno de la India - con su apoyo mezclado para la salud reproductiva - pueda satisfacer su reto de financiación por sí solo. Los donantes están incrementando su ayuda al programa, y algunos expertos esperan donar fondos para continuar el incremento y en el futuro desempeñar un papel más amplio en el programa.

El programa de la India permite una recuperación limitada de costos. Un entrevistado dijo, “Los PHCs (centros primarios de salud) no están fomentando las tarifas de los usuarios. En los niveles distrital y subdistrital, tratamos de promover el cargo de las tarifas del usuario... Las personas

respetan las cosas por las que hay que pagar. Además, existe un incentivo para la ANM (partera enfermera auxiliar) a medida que mantenga un monto nominal de 10 *paise* por cada condón.” La Corporación de Mercadeo Social cobra tarifas por anticonceptivos orales y condones. Algunas ONGs han institucionalizado las tarifas, y los proveedores del sector privado comercial cobran por los servicios de curación, como el tratamiento de ETS. Sin embargo, debido a que un gran porcentaje de la población vive más abajo de la línea de la pobreza, los entrevistados dijeron que es probable que el Gobierno - o los donantes - tengan que continuar desempeñando un papel principal en la financiación del programa de salud y bienestar de la familia.

**Nepal.** En 1994, el sector salud de Nepal recibió 3.8 por ciento del gasto total del Gobierno, o sólo el 0.7 por ciento de producto bruto interno. El apoyo de donantes contabiliza cerca de la mitad del presupuesto total de salud y cubre el 58 por ciento de las actividades de atención primaria de salud. La mayoría de entrevistados dijo que Nepal carece de recursos necesarios para embarcarse en una expansión de los servicios de salud reproductiva.

“Se necesitan muchos más recursos. Muchos donantes están recortando sus programas o por lo menos no incrementando los recursos. Los esfuerzos de la recuperación de costos son pequeños aún dentro del sector de ONGs.”

*Un donante del sector de ONGs, Nepal*

Un representante del grupo de donantes declaró, “Los donantes son los más delincuentes y no están incrementado sus recursos para salud reproductiva.” Un representante de una ONG comentó, “Se necesitan muchos más recursos. Muchos donantes están recortando sus programas o por lo menos no están incrementando los recursos. Los esfuerzos de recuperación de costos son pequeños aún dentro del sector de ONGs.”

**Jordania.** La mayor parte del financiamiento para la planificación familiar y la salud reproductiva la destina el Gobierno a través del MOHHC, cuyo presupuesto es del 5,2 por ciento del presupuesto total del Gobierno (Almasarweh, 1997). Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU, comentó, “En la actualidad, los niveles de financiamiento no son malos, pero en el futuro con el nuevo plan de implementación (para la *Estrategia Nacional de Población*) puede ser diferente.” Ofrecer la amplitud de servicios de salud reproductiva ideada por El Cairo será costoso. Un funcionario de Gobierno declaró que la falta de implementación de una política de población es en parte atribuible al monto limitado de fondos provenientes de los donantes.

**Ghana.** Fue difícil obtener una respuesta acerca del financiamiento de la salud reproductiva en Ghana, aunque un funcionario de gobierno dijo, “El Gobierno de Ghana gasta una fuerte suma en salud.” Mientras un miembro del CNP mencionó que el Gobierno ha empezado a financiar más actividades de población y que no está actualmente demasiado dependiente de los donantes, otros entrevistados concluyeron con lo contrario. Algunos comentaron que el papel que desempeñan los donantes y las ONGs es crucial para la provisión de información y servicios a las poblaciones no atendidas, especialmente a nivel distrital. Un entrevistado del grupo de donantes y uno del Gobierno pensaron que había particularmente un alto grado de asistencia externa y

dependencia de los fondos de donantes. Los entrevistados mencionaron que los recursos son insuficientes para implementar un programa de salud reproductiva comprehensivo que incluya el acceso expandido a los servicios a través del país.

**Senegal.** En general, la financiación para la salud está aumentando. El Gobierno se ha comprometido a incrementar el porcentaje de su presupuesto dedicado a la salud en 0,5 por ciento por año hasta llegar a un total de 9 por ciento en el año 2000. Un funcionario de gobierno comentó que el Gobierno no destina mucho de sus recursos a la salud reproductiva. La respuesta del funcionario pudo haber estado señalada por el hecho de que el Gobierno usa sus recursos para financiar áreas de menos interés para los donantes. Todos los entrevistados dijeron que la ayuda extranjera cubre el 90 por ciento de las actividades de salud reproductiva, la cual recibe la mayor proporción de los fondos del Gobierno. Un representante de una ONG comentó, “Todo es pagado por los donantes.”

La recuperación de costos, una fuente significativa de fondos para la operación de los distritos de salud, también se está incrementando. A través de la Iniciativa de Bamako, los comités comunitarios de salud fijaron tarifas nominales para varios medicamentos y servicios. Los fondos generados bajo esta iniciativa son entonces usados para comprar más medicamentos, pagar al personal, y cubrir el presupuesto general de operaciones de los centros y postas de salud. Los entrevistados piensan que la tendencia se orienta hacia una incrementada recuperación de costos, lo que es vital para la sostenibilidad. Sin embargo, algunos expresaron preocupación porque los precios sean ampliamente variables en las comunidades y en algunas regiones más pobres pueden estar fuera del alcance de la población local. Un entrevistado comentó que en particular, para la planificación familiar, el programa está aún tratando de elevar la demanda, y los precios de anticonceptivos que son demasiado altos pueden poner una barrera para el acceso.

**Jamaica.** En 1994-1995, el MOH recibió 5,8 por ciento del presupuesto nacional comparado con el 6,7 por ciento en 1989-1990 (Wright, Blumberg, y McKenzie, 1995). La planificación familiar no tiene una reserva especial en el presupuesto nacional de salud, y el presupuesto para la atención primaria de salud no proporciona financiamiento adicional para las actividades de salud reproductiva. En Jamaica, a medida que los donantes reducen su financiación, el Gobierno está asumiendo algunos de los gastos. Por ejemplo, actualmente el Gobierno paga por los anticonceptivos - un gasto que la USAID cubría hasta hace poco. Bajo la reforma del sector salud de Jamaica, no está claro lo que sucederá con el presupuesto de salud.

Todos los entrevistados hablaron sobre la necesidad de incrementar la sostenibilidad financiera de los servicios de salud reproductiva. El Gobierno ha trabajado para cambiar a los usuarios de planificación familiar al sector privado; como una red de seguridad para la pobreza, todavía el MOH está comprometido a proveer servicios gratuitos por lo menos hasta para el 40 por ciento de la población. El MOH ha implementado un exitoso programa de recuperación de costos para el hospital pero no tiene planes de extenderlo a la atención primaria de salud. Un esquema nacional de seguros propuesto solicitaría el pago sólo para la cobertura del hospital. Un representante de una ONG sugirió que la planificación familiar y la salud reproductiva deberían ser beneficiarios de la lotería. FAMPLAN, que recupera entre el 50 y 60 por ciento de sus costos en dos clínicas, también está buscando formas para mejorar su sostenimiento financiero. La

mayoría de entrevistados mencionó que el financiamiento para las actividades de salud reproductiva era una limitación para la expansión de los programas. “Podríamos hacer más si tuviéramos más fondos”, para capacitar proveedores, extender los servicios a jóvenes y hombres, expandir el acceso a más elementos de salud reproductiva, o desarrollar y difundir más materiales. Un representante del Gobierno trató de ser optimista diciendo, “Si las personas compran salud reproductiva, el financiamiento debe llegar.”

**Perú.** En los últimos años, el Gobierno ha incrementado dramáticamente el nivel de financiamiento que compromete a la salud reproductiva, particularmente a la planificación familiar. Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. reportó que en 1996 el Gobierno presupuestó US\$8 millones, específicamente para planificación familiar, y otros US\$160 millones para todos sus Programa de su Salud Básica para Todos que incluye muchos elementos relacionados a la salud reproductiva. Los entrevistados reportaron que los incrementos son más pronunciados para la planificación familiar, pero la salud materna está empezando también a recibir el apoyo incrementado del Gobierno, particularmente con el nuevo “Plan de Emergencia para la Reducción de la Mortalidad Materna.” De forma similar, el SIDA, ETSs y educación para la vida de la familia están recibiendo altos niveles de apoyo por parte del Gobierno. Con el incrementado compromiso del Gobierno para los programas de salud reproductiva, los donantes progresivamente están desempeñando un papel marginal. Un donante estimó que proporcionan del 10 al 15 por ciento de presupuesto global del MINSA, aunque el porcentaje para la salud reproductiva es mucho más elevado. El mismo entrevistado describió el papel actual de los donantes como para “...ayudar al Gobierno a extender los servicios a lugares donde no los hay, y trabajar con el MINSA en forma cooperativa para mejorar la calidad y rango de los servicios.”

El sector público ha eliminado recientemente las tarifas por los servicios de planificación familiar y el tratamiento de ETSs y está considerando una propuesta para proporcionar servicios gratuitos de parto. Mientras que los entrevistados reconocieron que los servicios gratuitos incrementarían el acceso a la planificación familiar y a los servicios de entrega, muchos manifestaron preocupación acerca de la sostenibilidad de la práctica. “Existe una necesidad de desarrollar un criterio para determinar los servicios que el estado puede ofrecer gratuitamente sólo a poblaciones de bajo ingreso”, según un entrevistado del MINSA.

Varios entrevistados citaron los menores recursos financieros como una limitación no para la planificación familiar si no para otros componentes de salud reproductiva. Por ejemplo, un entrevistado mencionó que el MINSA ha establecido un programa de prevención y tratamiento de violencia doméstica pero no cuenta con fondos para implementarlo. Las clínicas supuestamente deben proporcionar tratamiento gratuito por violencia doméstica pero con frecuencia no cuentan con recursos para cubrir los gastos y, en consecuencia, se ven forzados a cobrar. Además, el alto costo de algunos componentes de la salud reproductiva limita la disponibilidad de servicios, tales como para el tratamiento de cáncer ginecológico y transmisión perinatal de VIH.

## Desde las Políticas Hacia los Programas

El Cairo proporcionó un respaldo para tratar los temas sensibles de los derechos reproductivos y sexualidad, proporcionando servicios para adolescentes y ayudando a los individuos y parejas a satisfacer sus intenciones reproductivas y su salud reproductiva, entre otras cosas. El Cairo también proporcionó el marco para adoptar un enfoque centrado en el cliente, integral para los servicios de salud reproductiva. Mientras la CIPD no proporcionó un proyecto original para implementar el *Programa de Acción*, un miembro del personal del CNP de Ghana dijo, “Vivimos en un mundo global. Nuestros programas también están en la CIPD. Así es que Ghana no está trabajando solo. Eso da aún más crédito a lo que estamos desarrollando... Eso hace más fácil que nuestros programas sean aceptados.” Como lo muestran en los ocho estudios de caso, los países están adaptando sus enfoques a la formulación de políticas de salud reproductiva y programas de acuerdo a sus propias circunstancias.

A nivel nacional, los ocho países han hecho un considerable progreso en el área de desarrollo de políticas. Algunos países han formulado políticas de salud reproductiva mientras que otros han producido planes estratégicos para vincular los elementos de la salud reproductiva. Muchos entrevistados repitieron el sentir de que los países han establecidos políticas de impacto pero, particularmente en las áreas de integración y descentralización, han experimentado menos éxito. A medida que avanzan, los países enfrentan algunos retos principales que van desde la formulación de políticas hasta la implementación del programa.

### Mejorando el Conocimiento y Apoyo entre los Interesados

En los ocho países, ha habido mucha discusión acerca de la salud reproductiva. Simplemente adoptan políticas basándose en la definición de la CIPD de 1994, sin embargo, no aseguran que quienes toman decisiones, los administradores de programa, y el personal al cuidado de la salud entenderán lo que la salud reproductiva significa en las vidas de los clientes y, por consiguiente, lo que los servicios deberían proporcionarles.

**Bangladesh.** Desde la CIPD, Bangladesh ha conducido varios talleres y seminarios aunque los formuladores de políticas por lo general tienen consciencia, están interesados, y conocen la salud reproductiva pero tal vez no entiendan todos sus elementos.

*“Las mujeres de áreas rurales comprenden sus propias necesidades pero no están familiarizadas con los elementos de la salud reproductiva. No existe un concepto de atención preventiva entre ellas, y buscan tratamiento sólo cuando existe un problema. Si pudiéramos entender cómo piensa la gente, podríamos dirigir nuestro mensaje de manera más efectiva.”*

*Un investigador, Bangladesh*

Sin embargo, algunos formuladores de políticas tienen un entendimiento estrecho de la salud reproductiva y la ven como un nuevo nombre para la planificación familiar. Sólo un número

limitado del personal del MOHFW en todos los niveles tiene una visión integrada de la salud reproductiva o aún un adecuado conocimiento de los temas de población. Los proveedores de servicio no están bien capacitados en el concepto de salud reproductiva. La población urbana alfabeta conoce acerca de la necesidad de servicios de salud reproductiva y del programa; sin embargo, en áreas rurales sólo la élite con acceso a la comunicación masiva es conocedora. La población pobre, rural, y analfabeta - que es el grupo que puede obtener el mayor beneficio de los servicios de salud reproductiva - no están conscientes de la salud reproductiva. Un investigador dijo, “Las mujeres de áreas rurales comprenden sus propias necesidades pero no están familiarizadas con los elementos de la salud reproductiva. No existe un concepto de atención preventiva entre ellas, y buscan tratamiento sólo cuando existe un problema. Si pudiéramos entender cómo piensa la gente, podríamos dirigir nuestro mensaje de manera más efectiva.”

**India.** Mientras que los entrevistados en la India conocían sobre la salud reproductiva, un representante de una ONG mencionó, “El concepto de salud reproductiva no es bien entendido, aunque las políticas en el papel son buenas.” Otro declaró, “La India aún tiene un largo camino por andar en el nivel estatal. Se necesita aún mucha defensa y promoción para las políticas y programas de salud reproductiva.” Un entrevistado dijo, “La racionalidad de las metas demográficas está profundamente impregnada en los individuos... la vieja guardia aún se opone a nuevas direcciones. Para ellos, la elección no es importante. Están preocupados por la disminución del número. La disposición mental de los médicos y la gente de programas no ha cambiado. No hay forma de tratar de cambiar cómo trabaja la ANM cuando otras personas en el programa aún piensan en lo cuantitativo. El concepto de salud reproductiva en la India se percibe aún en un sentido muy estrecho. La gente del programa interpreta la salud reproductiva como otra palabra para la esterilización.” Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU estuvo de acuerdo, “Necesitamos llevar a cabo una mayor campaña de defensa y promoción si queremos que ocurra un cambio en este paradigma. ‘Desaprender’ sobre la orientación demográfica es más difícil. Los principales formuladores de políticas en la India son demógrafos... Primero, tienen que creer en forma diferente. La operacionalización vendrá luego.”

La vasta mayoría de indios tiene poco conocimiento acerca del nuevo enfoque de salud reproductiva. Mientras que el conocimiento de métodos anticonceptivos es alto, el conocimiento de la salud reproductiva es más limitado. Por ejemplo, aunque el aborto ha sido legalizado en la India por más de 25 años, muchas mujeres no son conscientes de su disponibilidad. Como resultado, la mayoría de abortos se practica bajo condiciones inseguras. La mayoría de mujeres aún dan a luz en casa y muchas no buscan atención prenatal durante el primer trimestre. Varios estudios en los que se entrevistaron a mujeres comunitarias acerca de los síntomas de las ITR revelaron que las mujeres sí conocen sobre el funcionamiento normal y anormal de su sistema reproductivo; sin embargo, tienen poco conocimientos de las intervenciones de ITR. Los proveedores nunca han recibido capacitación ni tampoco han practicado los protocolos de detección y tratamiento estandarizados. La población tiene poco conocimiento acerca del SIDA y la forma como se difunde y previene. Entre la población sin acceso a los canales de comunicación masiva, el programa de RCH conducirá actividades de IEC para construir la capacidad local para la educación de la salud y consejería en planificación familiar, maternidad sin riesgos, atención obstétrica básica, e ITR/ETSs. El programa también financiará actividades



de difusión masiva e investigación de audiencias para mejorar la IEC en la comunicación masiva como medios de incrementar el conocimiento sobre la salud reproductiva.

**Nepal.** Desde la CIPD, el MOH, las ONGs, y la comunidad de donantes han conducido varios talleres y seminarios pero con frecuencia los cambios políticos han limitado los esfuerzos de defensa y promoción dirigidos a crear apoyo entre los diseñadores de políticas. Hace varios meses, se preparó un proyecto de ley para la despenalización del aborto el cual ha sido discutido en el Parlamento, pero no es evidente una resolución. Mientras tanto, muchos entrevistados declararon que los formuladores de políticas son ambivalentes sobre la salud reproductiva.

*“Tenemos un gran problema con los nuevos conceptos. Se introducen nuevos nombres, por ejemplo, primero usamos el término de enfermedades venéreas, luego enfermedades de transmisión sexual, y ahora infecciones del tracto reproductivo. Ocurre lo mismo con la salud reproductiva. Primero se conoció como SMI, luego como salud de la familia, y ahora como salud reproductiva. La mitad del dinero se destina a la difusión de los nuevos conceptos y consejería para los trabajadores de salud.”*

*Un entrevistado del MOH, Nepal*

Nepal necesita realizar un esfuerzo mucho más concertado para elevar la consciencia en construir consenso acerca de la salud reproductiva, especialmente con relación a la salud del adolescente y al aborto. Un funcionario del MOH dijo, “Existe conciencia para el VIH/SIDA; sin embargo, con un Gobierno frecuentemente cambiante, necesitamos mantenernos reeducándonos.”

El funcionario del MOH adoptó la *Estrategia de Salud Reproductiva* en febrero de 1998 pero no ha hecho ningún esfuerzo para difundirlo a otros interesados y proveedores de atención en salud. En respuesta, un representante del grupo de donantes dijo, “Ningún médico en el distrito podría definir salud reproductiva.” Los proveedores de servicio mencionaron que no han sido notificados de ningún cambio en la estrategia del programa ni tampoco han recibido capacitación en salud reproductiva. Otro entrevistado del MOH reclamó, “Tenemos un gran problema con los nuevos conceptos. Se introducen nuevos nombres, por ejemplo, usamos primero el término de enfermedades venéreas, luego enfermedades de transmisión sexual, y ahora infecciones del tracto reproductivo. Ocurre lo mismo con la salud reproductiva. Primero se conoció como SMI, luego como salud de la familia, y ahora como salud reproductiva. La mitad del dinero se destina a la difusión de los nuevos conceptos y consejería para los trabajadores de salud.” Más aún, Nepal ha hecho poco o ningún esfuerzo para involucrar a otros ministerios, como el Ministerio de Jóvenes y Deporte, el Ministerio de Bienestar de la Mujer y el Niño, o el Ministerio de Educación, en discusiones o actividades sobre salud reproductiva.

**Jordania.** Algunos entrevistados señalaron la necesidad de incrementar la consciencia pública acerca de los temas de población y salud reproductiva, principalmente convenciendo a los hombres de los beneficios de la planificación familiar y educando a las mujeres sobre sus derechos legales. El CNP, la JAFPP, y los donantes han apoyado un número de actividades para incrementar el conocimiento y apoyo a las actividades de población en general y para incrementar la consciencia de la salud reproductiva en particular. Jordania ha hecho progresos en su trabajo

con líderes religiosos, formuladores de políticas, y el público; sin embargo, queda mucho por hacer. Las actividades para elevar la consciencia necesitan continuar siendo dirigidas al alto nivel de formuladores de políticas. Además, se necesita hacer mayores esfuerzos en todos los niveles de la burocracia del MOHHC, incluyendo los proveedores de servicios, para enfatizar los beneficios de un enfoque de salud reproductiva. Las actividades para elevar la consciencia deberían también incrementarse para que lleguen a los proveedores del sector privado, muchos de los cuales se muestran aún escépticos sobre la planificación familiar y saben poco acerca de la salud reproductiva. Un entrevistado del MOHHC mencionó, “Nosotros no involucramos con la conferencia de El Cairo. Aunque sabemos acerca de ella. El término ‘salud reproductiva’ se ha introducido recientemente. Cambiamos nuestra terminología de ‘planificación familiar’ a ‘salud reproductiva’ ... En la práctica, aún ofrecemos SMI/planificación familiar.”

**Ghana.** Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. manifestó el punto de vista del público sobre la salud reproductiva haciendo el siguiente comentario, “No hay realmente objeción a la salud reproductiva, pero sí una falta de consciencia.

“Una posta de salud puede sentirse desconcertada si Ud. le pregunta acerca de la salud reproductiva si no ha leído la guía (y en consecuencia no han visto el término de ‘salud reproductiva’). Pero si les pregunta por cada uno de los elementos, entonces le dirán que ellos ofrecen todos.”

*Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU., Ghana*

La gente realmente no es conservadora. Si Ud. habla con ellos, tienen una impresión equivocada de lo que es planificación familiar/salud reproductiva ya que antes se hablaba sólo de planificación familiar, y la salud reproductiva es nueva desde 1994. Mucha gente aún no ha aceptado esto en sus mentes. Cuando lo explicamos, todas las personas dicen que esto (la salud reproductiva) es algo que todos deberíamos tratar.” Varios entrevistados mencionaron que los parlamentarios, incluyendo aquellos en el comité de población, no están informados. Un entrevistado que asistió a la conferencia de parlamentarios después de la CIPD dijo, “El conocimiento de los parlamentarios no es muy bueno - local o internacionalmente. Ellos no profundizan en ningún tema... Están sólo no pensando en ello (salud reproductiva).”

Varios entrevistados también mencionaron que muchos proveedores del sector público y privado no conocen el término de salud reproductiva, aunque los trabajadores de salud comprenden los elementos por separado. Un funcionario del MOH explicó, “La gente conoce una por una las áreas de la salud reproductiva. El término en sí es difícil y duro de comprender por los trabajadores de salud.” Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. agregó, “Estas ideas internacionales llegan y ellos quieren categorizar cada cosa y fomentarse ideas individuales... Una posta de salud puede sentirse desconcertada si Ud. le pregunta acerca de la salud reproductiva si no han leído la guía (y en consecuencia no han visto el término de ‘salud reproductiva’). Pero si les pregunta por cada uno de los elementos, entonces le dirán que ellos ofrecen todos.” El MOH está tratando de educar a todos los proveedores a medida que difunde *las Normas y Políticas del Servicio de Salud Reproductiva*. Una evaluación local de la salud reproductiva realizada por un proyecto conducido por una organización de asistencia técnica de

los EE.UU. encontró casi una consciencia universal entre el público de SIDA y ETSs en adición a la planificación familiar. El representante del proyecto dijo, “Este alto nivel de consciencia es bueno. Es fabuloso!” Otros mencionaron que aunque el conocimiento del SIDA está difundido, la gente no cree que es “real” y que puede afectarlos a ellos a la gente que conocen.

**Senegal.** Muchos entrevistados señalaron que los líderes políticos en Senegal han sido extremadamente cautos en su apoyo a los programas de salud reproductiva y que los políticos actuarán en favor de la salud reproductiva sólo cuando vean que es lo que la gente demanda y por consiguiente no tiene riesgos políticos.

*“Es un término nuevo, pero hemos estado trabajando en planificación familiar, ETSs y SIDA, y salud materna por mucho tiempo. No me es claro lo que significa en la práctica. ¿Tal vez signifique que vamos a recibir más dinero?”*

*Un proveedor de servicios, Senegal*

Mientras que los entrevistados estuvieron de acuerdo en que el concepto empieza a ser gradualmente más claro, aún existe alguna confusión. Como comentara un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU., “El espíritu de la salud reproductiva ha sido adoptado, pero no ha sido absorbido totalmente.” Un entrevistado del Gobierno enfatizó la necesidad de una posterior aclaración: “¿Cómo podemos desarrollar programas si el concepto no está claro?” Algunos entrevistados expresaron la esperanza de que el nuevo *Programa de Acciones e Inversiones Prioritarias*, 1997-2001 aclararía el concepto. Un entrevistado de una ONG dijo, “El concepto de la salud reproductiva no ha sido popularizado. Es discutido sólo entre los intelectuales.” Un entrevistado del Gobierno preguntó si se supone que la salud reproductiva tenga algunas implicancias programáticas, sugiriendo que ha percibido el concepto para relacionarlo a un cambio en la retórica, pero con limitado impacto en los programas actuales. Un médico y una obstetrix en las regiones en las afueras de Dakar habían escuchado sobre la salud reproductiva pero no les estaba enteramente claro su significado. El médico dijo que no había entendido enteramente el concepto. “Es un término nuevo, pero hemos estado trabajando en planificación familiar, ETSs y SIDA, y salud materna por mucho tiempo. No me es claro lo que significa en la práctica. ¿Tal vez signifique que vamos a recibir más dinero?”

Con la descentralización, el apoyo de los líderes localmente elegidos a los programas de salud reproductiva y políticas ha empezado a ser de extrema importancia. Mientras que los líderes locales son particularmente heterogéneos, se puede asumir generalmente que la mayoría de ellos sabe poco acerca de la salud reproductiva. Continua viéndose lo que el impacto de su falta de conocimiento tendrá en la implementación de los programas de salud reproductiva. Algunos entrevistados del grupo de donantes y de organizaciones de asistencia técnica de los EE.UU. se desaniman por una percibida falta de compromiso en el nivel central, y son más optimistas acerca de la efectividad del trabajo a nivel local. Los entrevistados señalaron la importancia de trabajar con las ONGs comunitarias que tienen lazos estrechos con la población y usando a los trabajadores superiores para incrementar la consciencia de la gente en el nivel comunitario.

**Jamaica.** Pocas personas en Jamaica pueden definir el término de salud reproductiva, aunque los planeadores del programa tienden a ser más conocedores que los formuladores de políticas o los proveedores. Un representante del sector privado relató, “Yo le pregunté (a un formulador de políticas) que defina salud reproductiva y esa persona habló muy largamente sobre ello involucrando la lactancia y la salud de la mujer.” Según un miembro del personal del MOH, “Cuando Ud. pronuncia las palabras, vienen cosas diferentes a las mentes de las personas. Salud reproductiva significa desde la cuna hasta la sepultura. Un enfoque integral hacia las mujeres, hombres y adolescentes.” Un representante del Gobierno dijo, “Salud reproductiva no son sólo los órganos genitales, sino también lo mental y social.”

“No habrá cambios en el personal y los clientes serán los mismos, así es que necesitamos descubrir cómo hacer que los proveedores vean a una persona con sus necesidades de salud reproductiva.”

*Un entrevistado del Gobierno, Jamaica*

Un representante del Gobierno dijo, “Aquellos que están más familiarizados con la salud reproductiva no son implementadores. Aquellos que asistieron a todas las conferencias no tienen el tiempo para juntarlas... Existe mucho material sobre salud reproductiva, pero la gente no va a leerlo.” Según un representante del grupo de donantes, “Cuando hablas a las personas aquí, aún es planificación familiar aún cuando la gente hable de salud reproductiva.” Un representante del Gobierno dijo, “No habrá cambios en el personal y los clientes serán los mismos, así es que necesitamos descubrir cómo hacer que los proveedores vean a una persona con sus necesidades de salud reproductiva.” Aún cuando Jamaica carece de un programa sistemático para informar a los proveedores acerca de la salud reproductiva o para capacitarlos sobre el tema, un miembro del personal del MOH es optimista en que el personal comprenda los componentes de la salud reproductiva. “Para los trabajadores, salud reproductiva es un concepto nuevo. Probablemente ellos no sabrán cómo definirlo, pero conocerán los elementos individualmente.” Ella agregó, “Algunos proveedores empiezan a decir salud reproductiva en vez de planificación familiar, especialmente los médicos, obstetrices, y enfermeras de la salud pública.”

Las actividades de IEC y de defensa y promoción para la planificación familiar y ETS/SIDA han sido fuertes a través de los años en Jamaica. El conocimiento entre los proveedores y el público acerca de estos dos componentes es alto. Algunos entrevistados mencionaron la necesidad de un esfuerzo coordinado en brindar información a los proveedores y al público sobre salud reproductiva. Un entrevistado del Gobierno agregó que los comités y departamentos de IEC en varias agencias deberían trabajar juntas para publicitar la salud reproductiva. “Necesitamos vincular las actividades de IEC de tal manera que todos ofrezcamos el mismo mensaje.” Otro representante del Gobierno dijo, “Necesitamos vender la salud reproductiva como algo importante para la vida de las personas.” Muchos entrevistados dijeron que la salud reproductiva debería ser tratada en el contexto de la vida de la gente, particularmente en relación con la disminución de la pobreza. Un representante de una ONG dijo, “La salud reproductiva está bien, pero necesitamos erradicar la pobreza... Si las personas tienen que elegir entre alimentos y condones, sólo esperan no quedar embarazadas.” Un representante del Gobierno estuvo de acuerdo, “Hemos hecho grandes progresos, pero no hemos tratado adecuadamente con la salud

reproductiva de las mujeres hasta que erradiquemos la pobreza, mejoremos la educación de las mujeres, y las hagamos autónomas (a las mujeres).”

**Perú.** El concepto de salud reproductiva no es nuevo como resultado de El Cairo. Un entrevistado del MINSA dijo que hace como 10 años, el MINSA ha trabajado en salud reproductiva a través de un proyecto pequeño de la OPS. A través del tiempo, el concepto ha sido refinado, más ampliamente entendido, y aplicado más consistentemente. No obstante, la CIPD fue un ímpetu para el proceso y ha tenido un mayor impacto en la retórica que acompaña el concepto de salud reproductiva. El término “salud reproductiva” se ha incorporado ahora a los programas, proyecto, publicaciones, talleres y discursos con una consistencia más amplia que la de hace unos años.

Aunque el concepto de salud reproductiva está ampliamente aceptado, la calidad de atención y la orientación del cliente han recibido menos atención. Al momento de las entrevistas, la promoción del Gobierno para la esterilización era particularmente controversial. En respuesta a las crecientes críticas, el MINSA instituyó medidas de protección que se iniciaron en febrero de 1998 para asegurar que las mujeres puedan hacer una libre elección informada sobre los métodos anticonceptivos.

Pocos entrevistados dijeron que ReproSalud, un proyecto financiado por la USAID implementado por una ONG de mujeres, es un importante esfuerzo para permitir que las mujeres de áreas rurales tengan la oportunidad de definir sus propias necesidades de salud reproductiva. Preguntamos acerca de las oportunidades de las mujeres para participar en los programas de salud reproductiva, un representante de ReproSalud dijo, “No es cuestión de que las mujeres tomen cuidado de su propia salud reproductiva, Los programas necesitan ser adaptados a su cultura.”

## **Planificación para la Integración y Descentralización de Servicios**

El mandato de El Cairo, si se implementa por completo a través de un enfoque integrado de salud reproductiva, requiere la planeación y coordinación cuidadosa entre agencias del Gobierno y no gubernamentales. En algunos casos, son necesarios cambios en los arreglos institucionales. En algunos países, la falta de planeación para la implementación del programa - incluyendo la planeación de servicios integrados o descentralizados - ha obstaculizado el desarrollo y entrega de los programas de salud reproductiva. Además, limitaciones institucionales y problemas de coordinación entre organizaciones han impedido el progreso en la implementación de actividades de salud reproductiva. Los desacuerdos sobre la jurisdicción y la responsabilidad entre los niveles central y local o entre los diferentes ministerios o departamentos de un ministerio han limitado el progreso en algunos países. Finalmente, aunque los países asumen que El Cairo hizo un llamado para la integración de los servicios de planificación familiar, muchas naciones no han considerado por completo la complejidad de la integración, la cual requiere una planeación cuidadosa desde el ministerio hasta la posta de salud más pequeña (Vea Hardee y Yount, 1995).

Claramente, los formuladores de políticas y programas no han apreciado por completo las diferencias entre la integración administrativa y de servicios o los requerimientos para

implementar con éxito cualquier tipo de integración. Varios países han tratado de dar una solución a las complejidades de la integración, la cual de acuerdo a la OMS, no es una panacea (OMS, 1996). La integración que debilita a las estructuras verticales no mejora necesariamente la calidad de esos servicios. De hecho, será más fácil desarrollar sistemas de referencia y otros vínculos entre los elementos de la salud reproductiva que integrar los servicios por completo.

Las ONGs, aunque no tienden a cubrir grandes porcentajes de mujeres y hombres en edad reproductiva, han sido las más flexibles e innovadoras de todas las instituciones en sus intentos de reorientar sus programas a salud reproductiva. Los programas del sector público pueden extraer importantes lecciones de las experiencias de las ONGs.

**Bangladesh.** Los entrevistados comentaron casi unánimemente que debe considerarse la bifurcación de las dos direcciones del MOHFWs. El Gobierno está consciente del problema. La separación artificial de las direcciones de salud y de planificación familiar es contraria a la integración, pero el deseo político para integrarlas está ausente. A solicitud del Banco Mundial se formó un comité de alto nivel constituido por el Gobierno, ONGs, y representantes del sector privado para estudiar el tema. Un donante declaró que existe una “necesidad para una reforma de la organización y administración dentro del MOHFW, y si las dos Direcciones no se juntan, entonces el paquete de servicios básicos no se dará.”

Otras limitaciones institucionales también obstaculizan las políticas y programas de salud reproductiva. Los grupos que trabajan dentro del sector salud tienden a proteger sus propios intereses. Los proveedores están sindicalizados; en consecuencia, sus empleos están seguros sin importar que realicen las funciones para los que fueron contratados originalmente. Las regulaciones que ponen límites en los tipos de servicios prestados por los para-médicos protegen los intereses de los médicos. El conflicto caracteriza con frecuencia las relaciones entre el personal médico y no médico. Finalmente, la estructura de los programas del MOHFW está diseñada para áreas rurales, aunque la tasa anual de crecimiento de la población en estas áreas es 2 por ciento comparada con el 6 por ciento de las áreas urbana y el 13 por ciento de las zonas urbano-marginales, como resultado de la inmigración. No existe ninguna infraestructura del sector público para la atención preventiva de la salud en las áreas urbanas, y la estrategia del Gobierno es apoyarse en las ONGs y el sector privado para los servicios urbanos (MOHFW, 1997). Algunos donantes se encuentran trabajando con las ONGs para fortalecer los servicios en las áreas urbanas.

**India.** Las enmiendas introducidas en la constitución de la India en 1993 cambiaron el control del programa de salud y bienestar familiar a los gobiernos locales: *panchayats* en el área rural y *nagarpalikas* en el área urbana. No obstante, el Gobierno central ha continuado controlando el programa. En el proceso de descentralización, los estados no se han empoderado completamente para dirigir y administrar el programa. Un representante del grupo de donantes declaró, “Existen serias brechas de comunicación entre el nivel central y estatal. Las políticas son principalmente formuladas en el nivel central.” La débil planeación e implementación del enfoque de ausencia de metas ha conducido a una disminución del uso de la planificación familiar en muchos estados. Un representante del grupo de donantes remarcó, “Necesitamos un conjunto reducido de intervenciones prioritarias. El impacto demográfico ha sido dejado atrás. Si los servicios de

salud reproductiva son proporcionados en forma comprensivo, eventualmente ocurrirá la estabilización de la población. Si no constituirá un serio problema. La planificación familiar es la intervención más importante para decidir y espaciar los embarazos.”

Varios obstáculos institucionales impiden el progreso de la implementación total del enfoque de salud reproductiva. La falta de continuidad de los gobiernos, los cambios rápidos de burócratas en los puestos de liderazgo dentro del programa de salud y bienestar de la familia, y la falta de deseo político en ciertos estados han retrasado la implementación. Desde la CIPD, el MOHFW ha tenido cuatro secretarías. El sector médico conservador y algunas ONGs de mujeres se oponen a la delegación de tareas a otros niveles de proveedores, y a la introducción de métodos que expandirían ampliamente las posibilidades de elección de métodos de espaciamiento. Otro tema es la falta de deseo político para trabajar en SIDA. Algunos entrevistados citaron problemas en la coordinación de actividades entre la NACO y la División de Bienestar de la Familia. Muchas ONGs de entrega de servicios han estado ofreciendo servicios integrados de salud reproductiva por algún tiempo, aunque su cobertura es muy limitada. También a nivel local funciona un esquema Integrado de Desarrollo del Niño compuesto por un trabajador *anganwadi* encargado de intervenciones nutricionales y monitoreo del crecimiento. Hay un *anganwadi* por cada 1.000 pobladores, en tanto que sólo hay un ANM por cada 5.000 personas. “Si el *anganwadi* pudiera unir sus esfuerzos con las ANMs, la entrega de servicios en la India podría ser revolucionada. Existe un rechazo de parte de los dos ministerios”, declaró un pediatra de la India. La experiencia anterior del MOHFW y el Ministerio de Información y Difusión en integrarse exitosamente sugiere otra oportunidad para implementar el enfoque de salud reproductiva. Anteriormente, el ministerio reportaba al MOHFW cuando diseñaba campañas especiales sobre temas como inmunización, la niña, acceso desigual a los alimentos y anticoncepción; pero ahora, según un entrevistado, los dos Ministerios no se comunican entre sí.

Muchos entrevistados citaron la falta de familiaridad y experiencia con las nuevas intervenciones como un obstáculo para la implementación. “No tenemos ninguna experiencia programática para la integración de la planificación familiar y ETSs. ¿Por qué hacer a gran escala algo en lo que no tenemos experiencia programática? El Gobierno está enfocando los temas de salud reproductiva de manera muy simple y tratando de hacer cosas demasiado rápido. El área de ITR es muy difícil de trabajar. No hay una estandarización para el uso de medicamentos. El enfoque sindrómico no ha sido transferido al nivel local”, declaró un representante de una ONG. Un entrevistado mencionó que se requería satisfacer la mayor necesidad de equipos e insumos antes de ofrecer nuevos servicios. Una preocupación especial es la dificultad del diagnóstico de las ITR. “¿Tenemos los reactivos para hacer las pruebas? Hasta no tener disponible pruebas simples y rápidas, será muy difícil; muchas ITR son asintomáticas”, dijo un funcionario del grupo de donantes.

**Nepal.** La definición de salud reproductiva adoptada por Nepal incluye un conjunto comprensivo de intervenciones recomendadas por la CIPD. El MOH, agobiado por la gama de intervenciones, está deseoso de identificar un conjunto de prioridades reales que refleje la situación de los recursos humanos, la infraestructura de salud existente, y la limitación de recursos de Nepal. La División responsable de proporcionar servicios de salud reproductiva - la División de Salud de la Familia - tiene el mismo nivel que otras divisiones, creando una falta de

autoridad para guiar las acciones de otras divisiones, como la División de Salud del Niño y la NCASC. Más aún, el *Segundo Plan de Salud a Largo Plazo, 1997-2017*, desarrollado por una división diferente del MOH, no refleja un enfoque de salud reproductiva. Un funcionario del MOH declaró, “El concepto de salud reproductiva es integrado pero estructural y funcionalmente no lo es. En el desarrollo del plan de salud a largo plazo, no se pidió a nadie de la División de Salud de la Familia que participe.” Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. mencionó, “Los donantes pensaron equivocadamente acerca de la integración. La integración en el nivel más bajo y la separación en los niveles más altos - no puede funcionar. Tiene que haber integración en el nivel más alto para que funcione.” Otro entrevistado de una ONG comentó sobre la falta de integración no sólo dentro del MOH sino también dentro de la comunidad de ONGs. El declaró, “Muchas ONGs continúan manteniendo su propio enfoque.”

Nepal ha estado defendiendo y promocionando la descentralización de servicios de salud por cerca de tres décadas; sin embargo, los intentos de implementación y participación comunitaria han sido ineficaces (MOH, 1997). Recientemente, con el apoyo de FNUAP, el MOH ha identificado algunos distritos pilotos para la planeación de abajo hacia arriba.

**Jordania.** Mientras que los entrevistados elogiaban los logros del CNP, en especial por su número limitado de personal y recursos, algunos mencionaron que el CNP no se reúne con la suficiente frecuencia, y que la coordinación entre esta institución y otras organizaciones no va más allá que con la persona designada al CNP. Algunos entrevistados dijeron que el CNP necesita mejorar sus esfuerzos de coordinación para implementar la *Estrategia Nacional de Población*. Uno de los mayores retos que enfrenta el CNP es su trabajo con el MOHC. Algunos entrevistados del MOHC dijeron que ellos pensaban que el Ministerio debería tener control completo sobre el proceso de formulación de políticas de población y sobre los fondos de los donantes para las actividades de los proyectos. Un representante de una ONG sugirió que el CNP podría reunir a los donantes y a las ONGs locales para discutir sus proyectos y coordinar esfuerzos.

Para satisfacer la demanda de servicios de salud reproductiva y asignar recursos eficientemente, Jordania necesita priorizar sus problemas de salud reproductiva y desarrollar planes de implementación bien concebidos, incluyendo mecanismos de monitoreo y evaluación. Más aún, los formuladores de políticas y administradores de programa no han trabajado una definición en consenso de servicios integrados. Una ONG, el Grupo de Salud de la Familia, está conduciendo una evaluación de salud reproductiva en una área de bajos ingresos de Amman. La meta es desarrollar un modelo de intervenciones en salud reproductiva. Según un representante de la ONG, “La gente no sabe cómo integrar. Ellos están pidiendo un modelo. No es sólo una integración física, sino una integración del sistema.”

**Ghana.** Un número de entrevistados mencionó que la infraestructura básica de Ghana para la entrega de servicios de salud reproductiva es deficiente. El poco acceso a los servicios en la áreas rurales es un problema notable. Un representante del Gobierno comentó, “El programa necesita ingresar masivamente a las áreas rurales de Ghana... Si no logramos un impacto ahí, entonces me temo que no lograremos ningún impacto.”



Los entrevistados también dijeron que la supervisión y monitoreo son débiles. Un funcionario de MOH admitió que el personal central no tiene tiempo suficiente para viajar al campo con fines de supervisión.

Con el tema de salud reproductiva que no ha sido asumida por ninguna división del MOH, una entrevistada de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. cuestionó la definición de integración. Ella preguntó si la integración de los servicios de salud reproductiva requiere de una nueva estructura de entrega de servicios, y argumentó que aunque la estructura del MOH no se denomina “salud reproductiva” ofrece todos los servicios con un sistema de referencias establecido. “El MOH ya había integrado los servicios antes de la CIPD. Sin embargo, no estaban nombrados como salud reproductiva. Es el hospital que brinda atención de la salud. Si alguien tiene cáncer y no puede ser tratado ahí, existe un sistema de referencia ... ¿Qué es integración? ¿Tiene que ser única persona la que provea todos los servicios?” Un entrevistado de nivel universitario comentó, “¿Integrar qué y a qué nivel? La política de salud reproductiva ofrece algún tipo de marco. Pero se necesita mirar lo que se tiene disponible en cada nivel (en términos de mano de obra, habilidades, insumos, y equipo) y ellos (el MOH) no han hecho esto.” Además, los proveedores necesitan ser educados en el significado de la integración de salud reproductiva y lo que se espera de sus funciones como proveedores de servicios. Otro profesor universitario dijo, “La comprensión de integración es un problema. Cada proveedor tiene su propia idea.” Los entrevistados argumentan que simplemente agregar más responsabilidades a los trabajadores de salud no es lo que significa integración. Un representante de una ONG mencionó, “Por ejemplo, con las enfermeras, hay mucho trabajo para ellas. No tienen tiempo para sentarse. Uno a uno (la consejería) es un problema. Se necesita tiempo para conversar o visitar en casa a las mujeres con problemas maritales o menopausia.”

**Senegal.** Desde la CIPD, Senegal ha hecho mucho para levantar consciencia y desarrollar programas, pero esos programas están ahora listos para ser implementados. Sin ir más lejos, sólo unos pocos proyectos pilotos en salud reproductiva están en marcha en el campo. Como dijo un entrevistado, “Tenemos un buen plan, el reto ahora es llevarlo a cabo.” Los planes relacionados con la salud reproductiva idean un número de mecanismos de coordinación, pero el pobre registro de muchos de los entes coordinadores existentes cuestionan la efectividad de esos mecanismos.

“Tenemos un buen plan, el reto ahora es llevarlo a cabo.”

*Un entrevista de Senegal*

Muchos entrevistados señalaron el papel positivo de las ONGs como pioneras y mencionaron que, comparadas al Gobierno, son menos burocráticas, más flexibles, y más cercanas a la gente. Sin embargo, algunos funcionarios del MSPAS comentaron que la coordinación con las ONGs es un problema. Un funcionario regional médico comentó, “Existe una necesidad de coordinación entre los actores, pero la oficina regional (MSPAS) no tiene poder sobre ellos.”

En 1996, el Gobierno aprobó una legislación que describía un proceso de descentralización de nueve sectores, incluyendo el de salud. A diferencia de los otros sectores, salud ya se encontraba

descentralizado en el sentido de que los funcionarios en los niveles distrital y regional habían desarrollado planes y presupuestos en respuesta a las necesidades específicas locales. Sin embargo, los funcionarios de salud no representan y no se responsabilizan directamente de las poblaciones a las que sirven; por consiguiente, la transferencia de autoridad a los consejos locales es un paso significativo para dar control directo sobre sus propios servicios de salud a las comunidades.

La descentralización proporciona tanto oportunidades como retos para el desarrollo e implementación de los programas de salud reproductiva. Las comunidades podrán desarrollar programas que sean más sensibles a sus necesidades. Más aún, muchos individuos y grupos tendrán la oportunidad de participar en el proceso de desarrollo del programa. Un funcionario técnico en una región señaló los impactos positivos de la descentralización. “Desde la descentralización, todos los actores se han movilizad.” Por el contrario, los problemas surgen porque muchos líderes elegidos localmente carecen de habilidades para la planificación y de un entendimiento técnico de la importancia de la salud preventiva en general y de la salud reproductiva en particular. Los funcionarios de salud, que son aún responsables de contribuir con la metas nacionales de salud, están preocupados porque los líderes elegidos localmente elegirán asignar los recursos a actividades que sean altamente notorias aunque de bajo impacto, o transferir fondos de los programas de salud a otros sectores. Como dijo un entrevistado del Gobierno, “Los políticos son capturados por el corto plazo. No piensan en el mediano y largo plazo.”

Cualquiera sean los problemas y posibilidades de la descentralización, sus efectos son de alguna manera atenuados porque los líderes locales aún no controlan directamente una gran proporción de los fondos. Los donantes contribuyen directamente a las regiones de salud con grandes cantidades de dinero de los proyectos, haciendo que un funcionario regional de salud comente, “La descentralización no es una realidad en el campo.”

**Jamaica.** Es probable que los servicios de planificación familiar, SMI y ETS se integren - por lo menos parcialmente - en un futuro cercano. Estableciendo prioridades claras y planificando los servicios que estarán disponibles en los diferentes niveles, así como la supervisión desde algún departamento o departamentos del MOH se podrá asegurar la eficiente implementación de la salud reproductiva. Según un representante del Gobierno, “Necesitamos ser sistemáticos acerca de la integración. Por ejemplo, en las políticas ¿Defendemos y promocionamos el uso doble de métodos? En cuanto a los servicios, ¿Están bien constituidos para ofrecer consejería privada? Necesitamos fortalecer la administración de casos de ETSs para hacer un diagnóstico y tratamiento correctos. En cuanto a la capacitación ¿Los proveedores tienen la capacitación necesaria en consejería? En cuanto al monitoreo y evaluación, ¿Se dispone de todos los formularios y listas de chequeo para asegurar que todos los pasos sean seguidos? En cuanto a IEC, ¿Está diseñada para tratar aspectos integrados de la salud reproductiva? ¿Hemos educado al público sobre cuáles servicios deberán esperar y sobre cuáles tienen derecho? ¿Se han fortalecido los servicios de referencia? ¿Deberíamos tener especialistas en las clínicas de atención primaria de salud una vez al mes para que traten las referencias?” Otro representante del Gobierno acordó, “Aún no estoy seguro si el formulario mensual de la clínica tiene alguna provisión para registrar a quienes se atienden por ETSs y a quienes se refiere (como los casos de

ligadura de rompas).” Entre otros retos para la integración de la salud reproductiva se incluyen asegurar un suministro adecuado de anticonceptivos y proveer materiales de salud reproductiva en todos los niveles de proveedores y clientes.

Algunos entrevistados mencionaron que una mejor coordinación es un reto para la implementación de los programas de salud reproductiva, tanto en el nivel de políticas como en el de programas. Los asuntos institucionales afectan las relaciones laborales entre el NFPB y el MOH. Un representante del Gobierno mencionó, por ejemplo, que el MOH puede no querer aceptar una política o programa de salud reproductiva que se piensa que fue desarrollado por el NFPB. La coordinación entre la oficina central del MOH y las parroquias también requiere de una mejora. Un representante de Gobierno dijo: “Si el MOH desarrolla algo y se difunde a las parroquias, entonces todos tendrán la misma idea y la implementarán.” Representantes de la Asociación de Organizaciones de Mujeres de Jamaica mencionaron que la Asociación podría estar mejor vinculada con el NFPB ayudando a defender y promocionar la salud reproductiva en general o utilizando canales para cabildear para un aumento del personal o para abrir nuevas clínicas.

**Perú.** Muchos entrevistados reportaron que no había una división clara entre las funciones del PROMUDEH y de otros ministerios, en parte debido a que el PROMUDEH asumió recientemente responsabilidades de otros ministerios. En algunas áreas, el PROMUDEH se superpone con el MINSA y el Ministerio de Educación; en otras áreas, ningún ministerio tiene jurisdicción. La mayoría de entrevistados estuvo de acuerdo en que la coordinación intersectorial era limitada. Por ejemplo, un representante del MINSA remarcó que el Ministerio de Educación desarrolló sus programas de educación sexual independientemente del MINSA. Otro entrevistado apoyó este punto de vista, diciendo que el PROCETSS no tuvo participación en el desarrollo de la sección de ETS/SIDA de la guía de educación sexual del Ministerio de Educación. Los entrevistados que habían estado involucrados con el ahora desaparecido CONAPO sintieron que su ausencia era una gran desventaja, al no haber una organización capaz de coordinar entre los ministerios. Sin embargo, la coordinación multisectorial en asuntos de población continua en el nivel regional. Seis regiones han formado consejos regionales de población (COREPOs) que aún se encuentran operando. Un miembro de un COREPO dijo, “Nosotros continuamos funcionando aún cuando el CONAPO ha sido disuelto porque los miembros del COREPO lo encontramos útil.”

Al momento de las entrevistas para este estudio, una “Mesa Tripartita” recientemente formada reunía a representantes de ONGs, donantes, e instituciones del Gobierno. El objetivo de la Mesa Tripartita, financiada por el FNUAP, es hacer un seguimiento de los compromisos hechos en El Cairo. Una organización de mujeres tomó la iniciativa de formar el grupo, pero el liderazgo rotará entre las ONGs, universidades, Gobierno, y organizaciones internacionales.

## **Desarrollo de Recursos Humanos**

En la mayoría de países, los entrevistados mencionaron varios retos relacionados con los recursos humanos, a saber, falta de personal, falta de proveedores capacitados (particularmente proveedoras mujeres), y sobrecarga de trabajo. Además, la actualización de currículos y la

elaboración de guías para la entrega de servicios que reflejen un enfoque de salud reproductiva y expansión de servicios, requerirá de tiempo y recursos.

**Bangladesh.** Un entrevistado dijo, “El Cairo asume que existe un buen sistema de entrega de servicios, pero el sistema en Bangladesh tiene muchos problemas. No se puede brindar eficientemente servicios de salud reproductiva a la gente que los necesita sin personal de salud capacitado.”

*“El Cairo asume que cada país posee una base clínica sólida, pero Bangladesh realmente está empezando desde el principio con muchas de estas intervenciones... En corto tiempo, la calidad de la capacitación y la falta de experiencia práctica será un problema.”*

*Un investigador, Bangladesh*

El proceso para educar y capacitar a los trabajadores en salud reproductiva ha empezado. Las instituciones que capacitan a los trabajadores tendrán que cambiar sus currículos para incluir el nuevo enfoque de salud reproductiva y el paquete de servicios básicos. Cuando las direcciones de salud y planificación familiar se integren, sus sistemas de capacitación independientes también tendrán que integrarse. Además de la capacitación y de asegurar un mayor impacto, los trabajadores de salud necesitan apoyo a través de la provisión de logística e insumos, supervisión, monitoreo, y evaluación. Un entrevistado dijo, “Contamos con una buena infraestructura en el sistema de gobierno, pero la parte más débil concierne a los asuntos administrativos, incluyendo la supervisión y monitoreo.”

Otra limitación es la pobre calidad de educación recibida por los trabajadores del sector salud. Un investigador mencionó, “El Cairo asume que todos los países cuentan con una base clínica sólida, pero Bangladesh está realmente empezando desde el principio con muchas de estas intervenciones. Los trabajadores no saben cómo tratar las ITR. La educación médica global se ha deteriorado en los últimos años. Hace casi 20 años, expandieron el sistema de colegiatura médica para asignar un médico colegiado en cada región. Los médicos y las enfermeras se gradúan sin una capacitación clínica. No hay un cuadro natural de personas para hacer salud reproductiva. Los promotores de planificación familiar tienen habilidades clínicas limitadas y su capacitación es terrible. Sin embargo, pese a esto, algunos resultaron ser extremadamente efectivos, probablemente porque tuvieron un buen mentor una vez que se iniciaron en la entrega de servicios. El funcionario médico de SMI no está capacitado para realizar labor clínica. El funcionario médico del distrito supuestamente debe supervisar pero no es técnicamente competente. Las mujeres de Bangladesh son muy modestas y desean recibir servicios de otras mujeres, pero ellas no están capacitadas. En resumen, el problema es la calidad de capacitación y la falta de experiencia práctica.”

*“Se requiere que una ANM realice un asombroso número de tareas (más de 40)... Se supone que ella debe hacer trabajo comunitario y ahora, adicionalmente el trabajo de salud reproductiva. ¿Cuánto de ese trabajo es factible que ella realice?”*

*Un entrevistado de una organización de población, India*

**India.** La rotación de personal es alta y muchos puestos permanecen vacantes por largos períodos. “Un gran problema se relaciona con la mano de obra y la falta de disponibilidad de individuos calificados deseosos de trabajar por debajo del nivel distrital. La India tiene muy poco personal de enfermeras. La razón enfermeras/médicos es muy baja. Necesitamos aumentar el número de enfermeras”, explicó un funcionario del MOHFW. Otros entrevistados mencionaron que el problema no era la falta de mano de obra. “La mano de obra está disponible. Existen problemas con la ocupación de puestos en algunas áreas, (pero) es más un asunto de administración y administración del tiempo.”

Algunos entrevistados temen que la ANM tenga ya demasiadas responsabilidades asignadas y creen que agregando salud reproductiva se crearía una excesiva carga de trabajo. “El enfoque de salud reproductiva y del niño ha aumentado más carga de trabajo al personal de salud”, comentó un representante de una organización de población. “Se requiere que una ANM realice un asombroso número de tareas (más de 40)... Se supone que ella debe hacer trabajo comunitario y ahora, adicionalmente el trabajo de salud reproductiva. ¿Cuánto de ese trabajo es factible que ella realice?”

**Nepal.** En parte debido a la topografía del país, el acceso a los servicios de salud continúa siendo un gran problema. La *Política Nacional de Salud* de 1991 presentó un ambicioso plan para proveer de una posta de salud menor a nivel de cada comité de desarrollo (para una población de 4.000 habitantes), una posta de salud para cada cinco comités de desarrollo, y un centro de atención primaria de salud para cada distrito electoral (MOH, 1991). De acuerdo con el Departamento de Servicios de Salud del MOH (1997), cerca del 80 por ciento del objetivo se había alcanzado; sin embargo, la mayoría de establecimientos de salud existentes carece de comodidades básicas, como agua y desagüe. Más aún, la falta de personal continúa siendo la mayor barrera para el acceso. Un funcionario del MOH comentó, “La situación de recursos humanos es muy pobre en Nepal. Aunque ahora contamos con un buen sistema de infraestructura de salud, un gran porcentaje de estos establecimientos no cuentan con el personal.” Otro entrevistado del MOH comentó, “Necesitamos tener esquemas comunitarios para administrar postas y personal de salud locales. El personal debería ser reclutado desde su misma área.” Un representante de una ONG reflejó, “Necesitamos proporcionar una mejor estructura de incentivos para que el personal permanezca. En algunas áreas existen problemas de seguridad para las trabajadoras de salud jóvenes.”

Un funcionario del MOH declaró que la nueva dimensión de salud reproductiva ha creado la necesidad de una posterior actualización. Comentó, “Los trabajadores que fueron capacitados hace cinco años necesitan ser actualizados. Necesitamos cambiar sus actitudes porque ha ocurrido mucho desde entonces.” Otro problema crítico identificado por muchos entrevistados fue la carga de trabajo para el empleado. Los entrevistados sintieron que agregando nuevos componentes a las actividades de los trabajadores se podría reducir posteriormente el número de contactos que un trabajador de salud puede hacer.

**Jordania.** Algunos entrevistados declararon que Jordania necesita trabajar con sus proveedores de servicio ya sea entregando educación continua y capacitando en salud reproductiva y

planificación familiar o convenciendo a los proveedores de los beneficios de la planificación familiar y la salud reproductiva. Algunos entrevistados recalcaron el problema de la falta de médicos mujeres, especialmente en las áreas rurales.

**Ghana.** El personal de salud en los sectores público, de ONGs, y privado no están capacitados para identificar y entregar servicios de salud reproductiva, y la calidad global de atención no es alta. Aunque las Normas y Políticas de Servicio de Salud Reproductiva presentan requerimientos mínimos de destrezas y capacitación por tipo de proveedor de servicios, Ghana aún tiene que desarrollar una estrategia global de capacitación para todos los trabajadores en las destrezas requeridas. Un donante explicó, “La salud reproductiva es amplia. Nadie puede implementar todos estos servicios en los países en desarrollo. Se debe hacer gradualmente. Se debe capacitar a los trabajadores de salud lentamente. Y si ellos pueden captar todo esto es otra pregunta.” Con respecto a la calidad de atención, un representante de una ONG dijo, “Me gusta pensar que con nosotros (ONGs) la calidad de atención es alta... Existe una necesidad de que todos los proveedores reciban capacitación en calidad de atención. Virtualmente es una carencia en todos los lugares.”

“La salud reproductiva es amplia. Nadie puede implementar todos estos servicios en los países en desarrollo. Se debe hacer gradualmente. Se debe capacitar a los trabajadores de salud lentamente. Y si ellos pueden captar todo esto es otra pregunta.”

*Un donante, Ghana*

**Senegal.** Algunos entrevistados dijeron que con frecuencia la infraestructura disponible en Senegal no se utiliza debido a la falta de personal. La situación del personal no está bien administrada; el MSPAS no mantiene un seguimiento cuidadoso ni de los retiros del personal (renuncias, muertes) ni de los reclutamientos. En general, el número de trabajadores de salud (particularmente enfermeras y obstétricas) del sector público disminuye cada año. Más aún, el personal está pobremente distribuido y desproporcionalmente concentrado en Dakar.

Un entrevistado del grupo de donantes comentó que una desventaja para la integración de servicios es que con frecuencia el personal teme que los servicios integrados se agreguen a su carga de trabajo. Sin embargo, una obstetriz cuya clínica ha empezado a proporcionar servicios integrados reportó que ella no había experimentado un incremento en su carga de trabajo. La otra dificultad mencionada por el entrevistado del grupo de donantes fue que la capacitación al personal para entregar servicios integrados significa que deben dejar su lugar de trabajo para recibir la capacitación.

**Jamaica.** En Jamaica, la falta y la rotación del personal han sido problemas en los centros de atención primaria de salud del sector público. Además, los proveedores no han sido capacitados en el enfoque integrado de salud reproductiva. Todos los entrevistados estuvieron de acuerdo con una evaluación de un representante del Gobierno: “se necesita tener un grupo importante de proveedores capacitados para llevar salud reproductiva a la comunidad.” Sin embargo, según un representante del Gobierno, “Necesitamos capacitación en salud reproductiva, pero los donantes no desean financiar más capacitación.”

Parece que los cambios en la capacitación no han sido sistemáticos sino que por el contrario han ocurrido básicamente a través de reuniones y de una educación continua. Una representante de Gobierno mencionó, “Se suponía que la capacitación en salud reproductiva ocurriría en las cuatro regiones de salud. El financiamiento es un problema, así es que sólo ocurrió en la región Sur Este. Las obstetras y enfermeras tienen actualizaciones periódicas, las cuales incluyen salud reproductiva. Y es discutida durante las reuniones del personal.” Un estimado del 80 por ciento de enfermeras practicantes son capacitadas en el enfoque sindrómico para tratar ETSs. Un representante del Gobierno mencionó, “Los enfermeros comunitarios de salud son también capacitados en el nivel apropiado para sus obligaciones, pero ellos reclaman tener demasiado trabajo.” La capacitación de pre-grado no ha adoptado el enfoque de salud reproductiva. Un representante de una ONG mencionó, “La Escuela de Enfermería... está consciente de El Cairo, pero piensa que ya lo están haciendo.” Un representante del Gobierno dijo que modificar los currículos de capacitación no es fácil. “El MOH está pidiendo a la escuela de obstetricia la revisión de sus currículos para que incluya salud reproductiva... Si se agrega la salud reproductiva, algo tiene que quitarse. El consejo de enfermeras tendría que decidir.”

**Perú.** En Perú, la falta de personal de salud capacitado limita el acceso a los servicios de salud reproductiva en muchas áreas remotas. El abandono de muchas postas de salud en la década del ochenta e inicios de la década del noventa en respuesta a la violencia en muchos lugares del país exacerbó el problema de acceso.

“Se requiere que la enfermera sea abogada, psicóloga y trabajadora social, todo en una pero ella no recibe capacitación para desempeñar todas estas funciones.”

*Un entrevistado de una ONG, Perú*

El MINSA intenta abordar este tema a través de su Programa de Salud Básica para Todos, el cual paga al personal de salud un suplemento por trabajar en áreas no atendidas. Un programa llamado CLAS, a través del cual las comunidades emplean directamente al personal de salud, es otro enfoque para tratar la falta de personal de salud capacitado.

Debido a las limitaciones de tiempo y de habilidades, con frecuencia el personal de salud no puede proporcionar atención de salud integral de alta calidad. Usualmente deben atender a muchos pacientes en un día y no tienen tiempo para discutir todas sus necesidades. “Se requiere que la enfermera sea abogada, psicóloga y trabajadora social, todo en una pero ella no recibe capacitación para desempeñar todas estas funciones”, dijo un representante de una ONG. Otra limitación está referida a que el personal de salud no posee todas las habilidades para tratar las amplias necesidades de salud reproductiva de las mujeres, particularmente en asuntos como violencia doméstica y servicios para jóvenes. Por ejemplo, un entrevistado de una ONG dijo que el Programa de Salud del Escolar y del Adolescente del MINSA impresiona en el documento, pero no se lleva a cabo “básicamente porque el personal no sabe cómo hacerlo. Tienen un gran entusiasmo e interés en trabajar con jóvenes, pero no tienen las habilidades.”

## Mejorando la Calidad de Atención

Otro reto en la implementación de los programas de salud reproductiva es mantener, en la mayoría de casos, la mejora de la calidad de atención que los clientes reciben. En la mayoría de países, el nivel actual de la calidad de atención en planificación familiar y otros componentes individuales de la salud reproductiva es bajo; la integración y expansión de los servicios sólo agrega al reto de lograr un nivel deseado de calidad de atención.

**Bangladesh.** Muchos clientes en Bangladesh sienten que el programa actual de planificación familiar no satisface sus necesidades adecuadamente. De acuerdo a un estudio financiado por la USAID en 1995, la “mayoría de mujeres protestó por una cantidad de puntos débiles: visitas irregulares de los trabajadores de campo y paramédicos o incapacidad de este personal para visitar a todos los clientes potenciales (incluyendo a los recién casados); establecimientos cerrados, la falta de disponibilidad de médicos, y la insuficiencia de anticonceptivos adecuados, especialmente métodos clínicos; demandas para comprar anticonceptivos aparentemente gratuitos, medicinas, y vacunas; trato brusco y sin consideración; y la incapacidad de responder preguntas, motivar a los clientes o brindarles consejería y servicios de seguimiento” (USAID, 1995). Un entrevistado mencionó que los proveedores de servicios carecen de una comprensión del “interés del cliente” y entregan los servicios que el proveedor piensa que el cliente necesita - con poca relación a sus preferencias. Consecuentemente, muchas mujeres reportan problemas e insatisfacción con sus métodos anticonceptivos, lo cual conduce a un alto nivel de discontinuación del uso de métodos.

Muchos entrevistados dijeron que habían recibido servicios de mayor calidad en las clínicas de las ONGs que en las clínicas del Gobierno, y algunos declararon que preferían motivar a los proveedores privados. Sin embargo, el sector público continúa siendo el proveedor individual más extenso de servicios de planificación familiar y SMI en Bangladesh. Las mejoras en la calidad de los servicios del sector público tendrán un mayor impacto en mejorar la salud reproductiva de la población. Programas pilotos pequeños han demostrado que la mejora en la calidad de los servicios resulta en un incremento del uso de anticonceptivos (POPTECH, 1995). Entre las estrategias adicionales bajo consideración para la mejora de la calidad de atención se incluyen la mejora del monitoreo y supervisión, usando proyectos pilotos para ilustrar que las mejoras de la calidad incrementan la satisfacción del cliente, amplían la disponibilidad y el rango de métodos anticonceptivos, y motivan tanto al personal médico como no médico a involucrarse en la toma de decisiones, administración, y la mejora de sus clínicas y de los servicios que entregan.

**India.** La calidad de atención en los servicios de planificación familiar de la India ha sido pobre. Numerosos estudios han identificado problemas respecto a la prevención de infecciones, consejería, y seguimiento. Un funcionario de gobierno declaró, “Existen pequeñas cosas que pueden hacer la diferencia, como una bandeja limpia para el parto, tener todo preparado para atender al recién nacido, y limpieza básica.” El programa de la India de un solo método significó que la esterilización femenina fue el principal método de anticoncepción, con incentivos para los proveedores y clientes y metas específicas a ser cumplidas; como resultado, las mujeres no tuvieron la posibilidad real de elegir. La esterilización se proveía con frecuencia en espacios que



carecían del tiempo o equipo apropiado para la prevención de infecciones, así como del tiempo para la consejería a los clientes y que no proporcionaba seguimiento en el caso de complicaciones. Tampoco se promocionaban ni se disponía fácilmente de los métodos para hombres. La infraestructura clínica y hospitalaria requiere una extensiva renovación y actualización. Los establecimientos ofrecen a los clientes poca privacidad. A pesar de la introducción del nuevo “enfoque de ausencia de metas”, en general las condiciones en la India tienen que cambiar.

**Ghana.** Varios entrevistados señalaron las dificultades de la consejería - espacio para una conversación privada, tiempo de los trabajadores de salud para hablar con los clientes, o la disponibilidad de trabajadores capacitados apropiadamente. Un representante de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. declaró, “Lo que se necesita son habilidades para la consejería. La consejería verdadera, no sólo el consejo.” Una cantidad de entrevistados mencionó que existen sistemas de referencia en el MOH y entre las ONGs y el MOH.

**Senegal.** El acceso a los servicios de salud en Senegal es una limitación. Con 52 centros de salud, o uno por 150.000 habitantes, Senegal no alcanza la norma de la OMS de establecer un centro por 50.000 habitantes. El número de postas de salud se ha ido incrementando continuamente desde la adopción de la atención primaria de salud. En 1994, habían 733 postas de salud, o una por 11.000 habitantes, cerca a la norma de la OMS de una posta por 10.000 habitantes. El análisis situacional de 1995 conducido por el Population Council y el MSPAS (1995) halló que por lo menos el 79 por ciento de los puestos de entrega de servicios disponían de agua, electricidad, una sala de espera, y servicios higiénicos. Sin embargo, en una gran proporción de lugares de entrega de servicios se carece de equipo básico, incluidos espéculos, guantes, tensiómetros, y estetoscopios.

**Perú.** El mayor reto de Perú recae en proveer a los clientes de diferentes opciones anticonceptivas y en atender aspectos de salud reproductiva más allá de la planificación familiar. Aunque Perú ha hecho un significativo progreso en expandir el acceso a los servicios y en mejorar la calidad de atención, muchos entrevistados sintieron que el MINSA no tiene aún una orientación hacia el cliente. Por ejemplo, el MINSA aún no incorpora por completo en sus programas las preocupaciones sobre género y percepciones culturales, tampoco los derechos sexuales y reproductivos de sus clientes son respetados siempre. Sin embargo, las recientes reformas en el programa de esterilización son un paso en la dirección correcta.

Otra preocupación relacionada con la calidad de atención y que fue citada por muchos entrevistados es la actitud del personal de salud. La expresión constante fue la necesidad de “calidad y calidez”, pero especialmente calidez. Los representantes de las ONGs que trabajan con mujeres en los niveles comunitarios reportaron que el personal ha recibido considerable capacitación para mejorar su sensibilidad pero que no la pone en práctica. “Las mujeres todavía se quejan de la forma cómo son tratadas.” Un representante del grupo de donantes dijo que las ONGs de mujeres han sido extremadamente importantes en el monitoreo de la calidad de atención, pero un representante de una ONG de mujeres dijo que el MINSA no está abierto a la información que las ONGs le puedan suministrar. “Ellos demandan pruebas, detalles antes de

actuar, y (las ONGs) no tienen la capacidad de proporcionar esa clase de información. El MINSA debería realizar este tipo de seguimiento por sí mismo.”

Debido a que la mayoría de proveedores de salud son *mestizos*, la brecha cultural entre ellos y las poblaciones a las que sirven en zonas de mayor densidad indígena afecta seriamente la calidad de atención. Las barreras de idioma y la actitud de superioridad del personal de salud no permite una consejería efectiva y la elección libre e informada de un método anticonceptivo. Muchos entrevistados dijeron que las diferencias culturales son también un obstáculo principal para la reducción de la mortalidad materna. Como una entrevistada de una ONG describió, las mujeres indígenas prefieren dar a luz en casa porque las postas de salud no siguen las prácticas tradicionales, (dar sopa a las mamás después del nacimiento, devolverles la placenta para que puedan enterrarla en los campos, etc.).

Algunos entrevistados citaron problemas logísticos como barreras para la implementación de la salud reproductiva. Por ejemplo, las clínicas han experimentado mucha dificultad en recibir resultados de pruebas de PAP de los laboratorios e informar de los resultados a los pacientes. La supervisión es un problema para algunos programas. Por ejemplo, el PROCETSS reporta que no provee supervisión en las clínicas, y por consiguiente no sabe si el personal está usando el diagnóstico sintromico de ETSs en el que han sido capacitados.

## **Tratando los Asuntos Legales, Regulatorios y Sociales**

En algunos países, los asuntos legales, regulatorios y sociales afectan significativamente la implementación de las actividades de salud reproductiva. Los entrevistados señalaron algunos de estos asuntos.

**Bangladesh.** El país necesita tratar varios asuntos legales y regulatorios antes de poder implementar completamente el enfoque de salud reproductiva. Algunos de estos asuntos se relacionan específicamente con la planificación familiar. La anticoncepción clínica está altamente regulada en respuesta a los esfuerzos de la Asociación Médica de Bangladesh. La ligadura tubárica se proporciona sólo bajo condiciones muy estrictas; por ejemplo, una mujer debe obtener el consentimiento del esposo y haber tenido un mínimo de dos hijos mayores de un año de edad. El proceso para asegurar la aprobación de los nuevos anticonceptivos que serán permitidos en Bangladesh es difícil. De hecho, las restricciones aún se aplican a los métodos que han experimentado pruebas clínicas rigurosas en el extranjero y son ampliamente usados en otros países.

Algunas personas creen que no es aceptable proporcionar anticonceptivos a ciertos grupos de mujeres. Aunque los documentos de gobierno discuten la provisión de servicios anticonceptivos para adolescentes, la definición no escrita pero entendida es “adolescentes casados.” Más aún, algunos creen que no es aceptable proporcionar anticoncepción a adolescentes sin tener en cuenta su estado civil, aún cuando el promedio de edad de casamiento de las mujeres es de 18 años y los problemas de embarazo y parto son más comunes entre las mujeres más jóvenes.

**India.** Una de los asuntos legales y regulatorios más significativos que impiden mejorar la calidad de atención y la amplia elección ha sido la falta de autorización de los nuevos métodos anticonceptivos, como los implantes e inyectables. El sistema de la India requiere para la autorización de los nuevos medicamentos la conducción de experimentos y pruebas clínicas en la India, una práctica que retrasa la introducción de nuevos métodos. En el caso de los implantes e inyectables, el conservadurismo del personal médico y del Gobierno combinado con la oposición organizada de ONGs de mujeres ha bloqueado de manera efectiva la introducción de estos métodos. Otra barrera legal potencial para la expansión del enfoque de salud reproductiva está relacionada con los medios de distribución de los medicamentos para ETSs. Si únicamente se permite que los médicos traten a los clientes con ITRs o ETSs, las ANMs no pueden expandir la cobertura potencial de los servicios de ITR/ETSs.

**Nepal.** Nepal enfrenta algunos asuntos legales y regulatorios persistentes. El aborto es una ofensa criminal bajo cualquier circunstancia tanto para el proveedor como para la mujer que recibe los servicios, aunque un defensor y promotor de la salud reproductiva está fomentando un proyecto de ley, por el cual se permita el aborto legal y seguro bajo guías extremadamente rigurosas. Además, el MOH ha sido reservado en cuanto a incorporar los servicios para adolescentes solteros, porque la provisión de estos servicios se considera un asunto sensible. Un funcionario del MOH remarcó, “Tal vez lo mejor es dejar los servicios de salud reproductiva del adolescente a las ONGs.”

**Jordania.** Jordania es un país conservador, con una sociedad predominantemente islámica donde los hombres básicamente son quienes toman la decisión en todos los aspectos de la vida familiar, incluyendo el uso de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva. Aún cuando el Islam no prohíbe el uso de la anticoncepción, otros elementos de la salud reproductiva son temas sensibles en Jordania, incluyendo la atención post-aborto, ETSs, y violencia de género. Tal contexto sociocultural complejo ofrece un reto para la formulación de políticas y la provisión de servicios de salud reproductiva comprensivos. Por ejemplo, un entrevistado de una ONG dijo, “Existe aún una necesidad de tener una política para la atención post-aborto. Esto no es fácil en los países musulmanes.” El CNP está reclutando líderes religiosos para promocionar la planificación familiar y la salud reproductiva, y las ONGs están iniciando proyectos pilotos para ayudar a incrementar la participación masculina.

**Ghana.** El consenso entre los entrevistados de Ghana es que el contexto sociocultural de la nación es un obstáculo para la implementación de las políticas y programas de salud reproductiva. Los entrevistados manifestaron la posición en favor de la natalidad y de los roles de género, en particular. Sin embargo, varios entrevistados pensaban que la situación está cambiando y que la gente reconoce ahora los costos de tener familias numerosas. Un representante de una organización de asistencia técnica de los EE.UU dijo, “La sociedad da mucho valor a tener muchos hijos - para demostrar que es un verdadero hombre. Yo pienso que estas cosas están cambiando.” La mayoría de entrevistados pensaron que la solución al obstáculo del dominio del hombre en la salud reproductiva recae en la educación de los hombres sobre la salud reproductiva de hombres y mujeres y en la promoción del uso de servicios, particularmente los de planificación familiar. Un funcionario del MOH dijo, “Lo que yo considero prioritario es el factor hombre. Todo lo relacionado a ello ha sido más o menos una actividad secundaria.

Pero si se toma nuestra situación en Ghana, lo que prima es el dominio por parte del hombre. Aún si una mujer ve la necesidad de planificar la familia, ella debe recibir el permiso del esposo. Existe mucha evidencia de que las mujeres planifican en silencio. Ahora cómo hacer que los hombres permitan a las mujeres decidir.” Así, además del empoderamiento de la mujer para tomar sus propias decisiones sobre anticoncepción, es importante para los hombres entender los beneficios reproductivos de la planificación familiar. Un entrevistado del MOH dijo, “Los hombres parecen comprender y estar de acuerdo cuando uno habla con ellos, pero cuando regresan a casa (es una historia distinta).” Las actitudes de los hombres son importantes para asegurar que las mujeres reciban los servicios, pero los hombres también tienen problemas de salud reproductiva, como la impotencia, ETS/VIH, y la necesidad de anticoncepción.

**Senegal.** Mientras que las barreras legales y regulatorias para la salud reproductiva se han reducido significativamente en los últimos años, los entrevistados mencionaron que aún persisten varios asuntos. El aborto es ilegal en todos los casos, aunque un entrevistado del Gobierno hizo una propuesta para la legalización del aborto en caso de violación o incesto. Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU mencionó que el tabú para hablar sobre el aborto dificulta los esfuerzos para promover la atención post-aborto. Algunos entrevistados de organizaciones de asistencia técnica de los EE.UU dijeron que una “invalidez jurídica” completa sobre el SIDA ha obstaculizado los esfuerzos para la prevención y tratamiento de esa enfermedad. Algunas leyes tiene un efecto inadvertido en favor de la natalidad, por ejemplo, la provisión de mayores subsidios para las parejas que tienen más hijos. Sin una ley que autorice específicamente a los proveedores de salud a proveer servicios de planificación familiar a adolescentes, algunos entrevistados dijeron que los proveedores rechazan atender adolescentes.

Varios entrevistados también mencionaron que la atención de salud es excesivamente medicada. Aunque algunas barreras en esta área han sido superadas, como el requerimiento de pruebas de laboratorio antes de distribuir píldoras, otras permanecen. Por ejemplo, cuando las enfermeras no están certificadas para insertar un DIU, su disponibilidad está grandemente reducida. De manera similar, los trabajadores comunitarios no pueden proporcionar píldoras. Como dijo un entrevistado del MSPAS, “Las farmacias no son la única oposición. También se necesita convencer a los políticos y al personal de salud”, quienes tienden a creer que las píldoras deberían ser distribuidas sólo por personal médico calificado. Este mismo entrevistado dijo que, en vista de la extrema escasez de personal de salud, es particularmente importante promover la distribución comunitaria a pesar de la resistencia del establecimiento médico.

Además del conservadurismo social general que dificulta la implementación del programa, una variedad de factores socioculturales inhibe la demanda por los programas de salud reproductiva. Las mujeres desempeñan un papel de subordinación en la sociedad y tienen, por consiguiente, más probabilidad de no recibir educación, de tener menos control sobre los recursos, y de tener menos autoridad en la toma de decisiones, todo lo cual disminuye su capacidad de cuidar su propia salud reproductiva. Un número de conceptos equivocados también afectan la demanda, tal como la percepción difundida de que el Islam prohíbe el uso de la anticoncepción. Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU dijo que en el área de SIDA, una de las dificultades fundamentales es que la enfermedad no es visible en Senegal - las

víctimas no salen públicamente - de tal manera que las personas han empezado a dudar que existe el SIDA.

Más allá de la ausencia de políticas sobre la provisión de anticoncepción a jóvenes y el temor del ataque de parte de la comunidad, muchos proveedores de atención de salud no proporcionan servicios de planificación familiar a jóvenes debido a sus propias actitudes. Una obstetriz entrevistada dijo que hasta un reciente curso de capacitación, ella no proporcionaba servicios de planificación familiar a adolescente. “Solía pensar que no era bueno entregar condones a los adolescentes. Ahora entiendo.” Los proveedores con frecuencia también imponen dificultades innecesarias para el uso de anticonceptivos. Como dijo un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU, “Si existen o no las leyes para el consentimiento del esposo o de un pariente (para el uso de anticonceptivos), los proveedores actúan como si las hubiere.”

**Jamaica.** La edad para que los jóvenes tengan consentimiento en Jamaica es 16 años; por lo tanto, la entrega de servicios a jóvenes menores de 16 años es técnicamente ilegal. Un representante de una ONG mencionó, “Hemos estado tratando el tema de la edad de consentimiento por mucho tiempo. Ahora, si el sexo consensual está por debajo de los 23 años (para hombres), el juez tiene la discreción en la sentencia. Antes, si la mujer era menor de 16 años, había una sentencia mandatoria de tres años de prisión para el joven.” El Gobierno está también tratando de obtener una dispensa especial para que los proveedores entreguen métodos anticonceptivos a adolescentes.

A fin de incrementar el acceso a la anticoncepción, el Gobierno ha estado trabajando para obtener la condición de venta libre para las píldoras. El esfuerzo obtuvo aprobación y se programó para que apareciera en un boletín oficial del Gobierno a inicios de 1998. Además, el Gobierno está intentando incrementar el acceso a los anticonceptivos en nuevos mercados. Por ejemplo, cuando las píldoras Pearl era la marca promocionada socialmente por el NFPB, tuvo una dispensa especial para ser vendida en las tiendas de abarrotes y otros establecimientos de venta al por menor. Ahora que el sector privado vende la marca Pearl, la dispensa especial ya no aplica; sin embargo, a las mujeres les gustaría contar con esa conveniencia otra vez.

## **Aclarando el Papel de los Donantes**

El papel de los donantes surgió en los ocho países. Mientras que los entrevistados veían favorablemente a los donantes, muchos manifestaban su preocupación en que los donantes empujen sus propias prioridades en la salud reproductiva y no coordinan bien entre ellos.

**Bangladesh.** Muchos entrevistados, incluyendo algunos donantes, expresaron su insatisfacción con el papel que los donantes habían desempeñado para influenciar y dirigir el proceso de desarrollo de políticas. Un donante dijo que hay muchos donantes en Bangladesh, así llevan al Gobierno en demasiadas direcciones. Los donantes están tratando de imponer sus propias agendas en Bangladesh pero continúan cambiando esas agendas. Un representante del grupo de donantes dijo, “Tal vez hay demasiado dinero aquí. Todos los mayores donantes internacionales están aquí y es un gran negocio. Bangladesh tiene un gran programa, y el Gobierno y las ONGs pueden colocar a los donantes uno en contra de otro. Este sistema algunas veces guía a la

ineficiencia. Por ejemplo, la nutrición no se está tratando adecuadamente, y algunos donantes están fomentando la planificación familiar pero sin considerar un enfoque integrado. También están estableciendo actualmente un programa vertical de VIH/SIDA.”

**Nepal.** Más de la mitad de los entrevistados en Nepal sintió que existía una fuerte dependencia en los fondos de los donantes y que ellos estaban presionando la agenda de salud reproductiva. Un entrevistado de una ONG mencionó, “El MOH no está en posición de dictar sus términos a los donantes, con el resultado de que los diferentes donantes están comprometidos con diferentes subcomponentes.” Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU comentó, “Los donantes no están de acuerdo con la misma definición de salud reproductiva.” Un miembro del grupo de donantes comentó, “La coordinación entre donantes es muy débil. Los donantes están conduciendo el programa e impulsando sus propias prioridades.” Un funcionario del MOH mencionó, “Aunque los donantes están poniendo más recursos, al MOH no le gusta la idea de proveer un conjunto diferente de servicios en regiones distintas.”

**Jordania.** Algunos entrevistados reportaron que Jordania es fuertemente dependiente de los fondos de los donantes. Un entrevistado del MOHHC pensó que los niveles de financiamiento son adecuados pero que los fondos de los donantes para planificación familiar y salud reproductiva deberían destinarse al MOHHC en vez de proyectos de ONGs. Otro entrevistado del MOHHC comentó que los donantes se centran mucho en los proyectos de planificación familiar y que los fondos deberían ser destinados a otras áreas de salud también. Los entrevistados tuvieron diferentes puntos de vista sobre la coordinación de donantes. Algunos mencionaron que esta coordinación era débil o que no existía mientras que otros dijeron que era satisfactoria.

**Ghana.** Un nuevo sistema nacional presupuestario solicita a los donantes su contribución para un fondo común del Gobierno. Varios sectores, incluyendo el de salud, supuestamente deben desarrollar sus programas sin tomar en consideración la financiación del donante. Según un entrevistado del CNP, “Entonces está más dirigido por el país que por los donantes”, y el MOH coordina la financiación de donantes de acuerdo a sus propias prioridades. Un funcionario del Gobierno dijo, “De esta manera los donantes lo respetan más. Rápidamente se dan cuenta si no (se tiene un plan específico) y entonces impulsan su propia agenda.” Sin embargo, un donante señaló el mayor obstáculo de este enfoque. “El problema es la metodología burocrática (de cada donante) para ser autorizado a contribuir. La virtud es que éste es el plan del MOH - esto cambia a los donantes que financian el programa. Lanzarse con un programa de un año puede no ser lo mejor. Un enfoque comunitario ayudaría.”

**Senegal.** Algunos entrevistados expresaron la opinión que la desarticulación de las intervenciones de los donantes, particularmente la división de regiones entre los donantes, ha conducido a la fragmentación del programa de salud reproductiva.

“La planificación familiar y el SIDA son atendidas en exceso por los donantes mientras que otras áreas (de la salud reproductiva) son descuidadas.”

*Un entrevistado del grupo de donantes, Senegal*

Los entrevistados por lo general estuvieron de acuerdo que para los donantes, las principales prioridades son la planificación familiar y el SIDA. En verdad, algunos entrevistados de Senegal se quejaron del mayor énfasis de los donantes en la planificación familiar y el relativo descuido de otros asuntos de salud. Mientras que los entrevistados en general estuvieron de acuerdo en que la planificación familiar es importante, algunos señalaron que la malaria es la causa número uno de mortalidad pero que recibe mucho menos atención de parte de los donantes. El *Documento de Estrategia de Población (1997-2001)* declara que aún en la salud reproductiva, las áreas tales como mortalidad materna e infertilidad no reciben tanta atención como deberían. Algunos entrevistados expresaron el punto de vista de que las ETSs habían empezado a perderse dentro de toda la atención hacia el SIDA, y aún siguen siendo un importante problema. Un representante del grupo de donantes estuvo de acuerdo, “La planificación familiar y el SIDA son atendidas en exceso por los donantes mientras que otras áreas están descuidadas.” Algunos entrevistados sintieron que, con el desarrollo de un programa nacional de salud reproductiva, los donantes se verán forzados a adaptar este enfoque programático y es más probable que la financiación refleje las prioridades del Gobierno.

**Jamaica.** Algunos entrevistados mencionaron que la dirección de los programas en Jamaica tiende a ser dirigida por los intereses de los donantes. Un representante del sector privado dijo, “Los proyectos tienen a ser dirigidos por los donantes en estos tiempos de economía. Ahora su énfasis es el adolescente.”

Un representante del Gobierno agregó que el enfoque del donante en la conducción de los programas afecta la capacidad de las organizaciones para colaborar en actividades. “Somos dirigidos por los intereses de los donantes en el sentido que los cronogramas - las agencias tienen que haber finalizado su trabajo en cierto tiempo - no dejan tiempo a las instituciones para colaborar con otras agencias en Jamaica.” Los entrevistados también mencionaron la coordinación entre las agencias donantes como una dificultad. De acuerdo con un representante del sector privado en Jamaica, “Estoy un poco confundido por la falta de vínculos entre las agencias donantes. Puedo verlo trabajando en el área del adolescente. Todos desean estar ahí primero y ser los más reconocidos.” Un representante de una ONG añadió, “Necesitamos una mejor integración de las agencias de financiamiento y una mayor colaboración. Ellas tienen diferentes políticas y objetivos, las cuales conducen a la duplicidad.”

“Necesitamos una mejor integración de las agencias de financiamiento y una mayor colaboración. Ellas tienen diferentes políticas y objetivos, los cuales conducen a la duplicidad.”

*Un entrevistado de una ONG, Jamaica*

**Perú.** Hasta hace tres años, la mayor parte del financiamiento de donantes para la salud reproductiva estaba destinada a la planificación familiar, con una pequeña proporción destinada a los servicios de salud reproductiva. Un entrevistado del MINSA afirmó que la financiación de los donantes para otros elementos de salud reproductiva se ha incrementando desde la CIPD, hasta el punto que la agencia ahora recibe el 50 por ciento de la financiación para planificación

familiar. Además, nuevos proyectos de planificación familiar han adoptado el enfoque de la salud reproductiva. Sin embargo, la percepción continua siendo que el interés principal de los donantes es la planificación familiar. Otro entrevistado del MINSA dijo, “Ellos expresan su interés en otras áreas, pero no lo traducen en apoyo financiero significativo.” Un entrevistado de una agencia de asistencia técnica de los EE.UU que trabaja con jóvenes dijo que los donantes están particularmente deseosos de financiar actividades para jóvenes en el Perú, en parte debido al ambiente político favorable. La coordinación entre los donantes parece ser más informal que formal.

## **Manteniendo una Perspectiva de Largo Plazo**

El mensaje final, y quizá el más importante de los ocho estudios de caso es que el cambio toma tiempo. Los entrevistados en muchos de los países señalaron que sólo había transcurrido tres años (al momento de realizarse las entrevistas del estudio de caso) desde la CIPD en 1994, lo que es un tiempo difícil para determinar si las políticas y programas de salud reproductiva son exitosos. Muchos entrevistados dijeron que a pesar de los agobiantes retos y de alguna oposición a la nueva orientación de salud reproductiva, los pasos tomados para implementarla están en la dirección correcta.

**Bangladesh.** Un representante de una ONG en Bangladesh dijo, “Nuestros logros con relación a la salud reproductiva son difíciles de juzgar hoy en día porque recién hemos iniciado nuestro viaje. La salud reproductiva ofrece una nueva visión del programa global a través del énfasis en los servicios para toda la familia... Involucrar y organizar a las mujeres ha creado movilidad y aspiraciones más altas entre el sector más pobre y muestra que es posible alcanzar el éxito en una sociedad con un analfabetismo y una mortalidad infantil y en la niñez altos.”

**India.** Se encuentra en la primera fase para cambiar su programa hacia un enfoque de salud reproductiva. Los retos enfrentados por el programa son muy grandes. Aunque la política de salud reproductiva ha sido articulada, pasarán varios años antes de poder juzgar el éxito de la iniciativa. Ahora, los pasos concretos para crear una elección más informada, mejorar la calidad, y desarrollar un proceso participativo parecen conducir al programa en la dirección apropiada.

**Jordania.** La formulación de políticas y el proceso de implementación en Jordania es gradual, y como un donante observara, “El cambio es muy lento.” Entonces, a tres años de El Cairo, los pequeños progresos alcanzados en Jordania en las políticas y programas de salud reproductiva dan razón para un relativo optimismo respecto al positivo cambio social y económico.

**Senegal.** Varios entrevistados comentaron que, en Senegal, llegar a un consenso es importante para implementar los programas de salud reproductiva. Un entrevistado de una organización de asistencia técnica de los EE.UU. dijo, “Cuando alguien se opone, no se le puede forzar. Se le debe comprometer en un diálogo.” Los entrevistados fueron unánimes en la opinión de que es demasiado pronto para evaluar el impacto del nuevo enfoque de salud reproductiva en Senegal, señalando que sólo han transcurrido tres años desde la CIPD. Un entrevistado del grupo de donantes dijo que una lección aprendida es que un nuevo enfoque puede ser beneficioso, pero puede no necesariamente ser fácil de implementar. La reorientación de los servicios hacia salud



reproductiva es un proceso lento, y no se percibirá ningún impacto en algún tiempo. Según un entrevistado, “Existe el peligro de que las personas la abandonarán demasiado pronto, manifestando que la salud reproductiva no funciona y retornando al antiguo enfoque.”

**Jamaica.** Un representante del Gobierno dijo, “En mi experiencia, toma años realizar cambios. Estamos haciendo progresos en hacer que la gente piense acerca de la integración.”

## Resumen y Conclusión

Muchos de los ocho países han alcanzado progresos sustanciales en la adopción e implementación del *Programa de Acción* de la CIPD de 1994. Mientras que las conclusiones expuestas aquí se basan en sólo ocho estudios de caso, la evaluación comprende todas las regiones y países de diferentes tamaños y estado de desarrollo económicos incluidos. Además, la evaluación se basó en una metodología uniforme aplicada a través de los países. El Cuadro A3 en el anexo muestra una síntesis del ambiente político para la salud reproductiva en los ocho países.

El Cuadro 2 registra el progreso logrado por cada uno de los ocho países en cinco etapas hacia la implementación del *Programa de Acción* de El Cairo de 1994. Las cinco etapas no ocurren necesariamente en forma cronológica; por lo general, los países las han tratado simultáneamente. Los países han dado énfasis en diferentes grados a las distintas etapas, dependiendo de las circunstancias locales. Los resultados muestran que dentro de sus propios contextos sociales, culturales, y programáticos, los países han logrado un significativo progreso en colocar la salud reproductiva en la agenda nacional de salud. Todos los países han adoptado la definición de salud reproductiva de El Cairo ya sea parcial o totalmente. En todos ellos, el diálogo político se ha dado en los niveles más altos. Aunque los resultados varíen, también han alcanzado un progreso considerable ampliando la participación en la formulación de políticas de salud reproductiva. Bangladesh, Senegal, y Ghana han sido particularmente efectivos en involucrar a las ONGs y a las organizaciones de la sociedad civil en el desarrollo de políticas y programas. Colocar los derechos reproductivos en la agenda requiere un esfuerzo continuo en todos los países.

Los estudios de caso indican casi uniformemente que los países están intentando resolver los temas de establecimiento de prioridades, financiación, e implementación de las intervenciones de salud reproductiva. Bangladesh ha logrado el mayor progreso en estas áreas mientras que la India, Nepal, Ghana, Senegal, Jamaica y Perú están empezando a dar los pasos para la implementación de las actividades de salud reproductiva. Jordania continúa enfocada básicamente en la planificación familiar. Como se vio en los análisis de países, todos ellos ya habían incluido algunos elementos de salud reproductiva en sus programas de salud y planificación familiar antes de 1994.

**CUADRO 2. PROGRESO PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE ACCION DE LA CIPD, 1994 EN OCHO PAÍSES, 1997**

PAIS	DEFINICION Y ADOPCION DE SALUD REPRODUCTIVA	PARTICIPACION ENTRE LOS INTERESADOS EN LA FORMULACION DE POLITICAS Y PLANEACION DE PROGRAMAS	APOYO ENTRE LOS INTERESADOS POR LA SALUD REPRODUCTIVA	ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES ENTRE LOS ELEMENTOS DE SALUD REPRODUCTIVA	IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA	ESFUERZOS HECHOS POR EL GOBIERNO PARA MOVILIZAR RECURSOS HACIA LA SALUD REPRODUCTIVA
	++ CIPD adoptada + hacia la ICPD = igual	++ amplia + parcial = poca	++ amplia + parcial = poco	++ establecida por completo + parcialmente establecida = sin cambio	++ completa + parcial = poca/sin cambio	++ sólidos + parciales = poco/sin cambio
Bangladesh	++	++	++	+	+	++
India	++	+	+	+	+	=
Nepal	++	=	=	=	+	=
Jordania	+	+	+	=	=	=
Ghana	++	++	++	+	+	=
Senegal	++	++	+	=	+	+
Jamaica	++	+	++	=	+	+
Perú	+	+	+	+	=	++

Desde la perspectiva de los donantes y de las agencias de asistencia técnica, el Cuadro 2 resalta dos áreas principales que merecen atención en el futuro cercano. En la India, Nepal, Jordania, Senegal, y Perú, el nivel de participación y apoyo político para la salud reproductiva puede no ser suficiente para avanzar con facilidad hacia la siguiente etapa crucial de implementación. La continuación de los esfuerzos de defensa y promoción y la ampliación del proceso de formulación de políticas permitirá a los países avanzar más rápidamente hacia la implementación del programa. Será imposible para ellos, lograr un progreso significativo en la implementación si no colocan sus intervenciones de salud reproductiva y desarrollan planes bien concebidos para introducir o fortalecer la entrega de esos servicios. Asumiendo que en la mayoría de países la

implementación de toda la constelación de servicios expuesta en el *Programa de Acción* de la CIPD es improbable en el futuro cercano, la clave para el progreso es establecer prioridades e intervenciones graduales, incluyendo las mejoras en los servicios existentes. Más aún, el presupuesto, la asignación de recursos para los programas, y el financiamiento de servicios adicionales de salud reproductiva no pueden establecer con eficacia hasta que los países hayan determinado las prioridades para sus actividades de salud reproductiva y planeado la implementación.

En conclusión, tomando como base los ocho estudios de caso, en los años posteriores a la conferencia de El Cairo, se ha logrado un excelente progreso en colocar el *Programa de Acción* de la CIPD en las agendas nacionales de salud, particularmente en cuanto al apoyo y la ampliación de los procesos que conducen el cambio de políticas y mejoras del programa. A pesar de muchas señales alentadoras, se ha alcanzado un progreso limitado en la implementación real del *Programa de Acción*; este hallazgo no es sorprendente ni inesperado. Ha tomado más de una generación alcanzar la expansión e implementación de los programas de planificación familiar en todo el mundo, y la tarea aún está lejos de ser completada. La India, que pronto celebrará el 50 aniversario de su programa de planificación familiar, aún puede señalar a decenas de millones de usuarios potenciales y olvidados. No es realista esperar que los países puedan crear el apoyo, adoptar, e implementar un plan de expansión de los servicios de salud reproductiva en el corto lapso de tres años y medio. El progreso alcanzado a la fecha es un inicio lógico para definir y adoptar las políticas y principios de salud reproductiva y crear el apoyo político y popular. La siguiente etapa crucial es ayudar a los países a establecer sus prioridades para las intervenciones de salud reproductiva y para desarrollar presupuestos y estrategias para implementarlas.

## **Anexo**

**Cuadros resúmenes de políticas y programas de salud reproductiva en ocho países, 1997**

Table A1: Existence of Policies Covering Reproductive Health Components in Eight Countries, 1997

Components of Reproductive Health (RH)	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Family planning	1973 National Population Policy	1952 National Population Policy, 1994 draft National Population Policy, 1996 RCH Policy	1996 RH Strategy; covers most components of RH	1994 National Population Policy, 1996 RH Service Policy and Standards, 1995 Vision 2020, 1996 Adolescent RH Policy (draft)	1997 National Program for RH	1993 National Birth Spacing Policy, 1996 National Population Strategy	1995 Revised Population Policy, National Plan of Action on Population and Development (1995–2015)	1996 Program of RH (1996–2000)
Postabortion care	1997 RH Policy (draft)	1971 policy	1996 RH Strategy	1996 RH Service Policy and Standards	1997 National Program for RH	Not covered	Abortion illegal; postabortion care mentioned in Plan of Action (1995–2015)	1996 Program of RH (1996–2000)
Safe pregnancy	1997 RH Policy (draft)	1992 Child Survival and Safe Motherhood Policy	1996 RH Strategy	1994 National Population Policy, 1996 RH Service Policy and Standards	1997 National Program for RH	1996 National Population Strategy	Noted in 1995 Population Policy and Plan of Action (1995–2015)	1996 Program of RH (1996–2000)
RTIs	1997 RH Policy (draft)	1996 RCH Policy	1995 National Policy covers STIs/HIV/AIDS	1996 RH Service Policy and Standards, 1996 Adolescent RH Policy (draft)	1997 National Program for RH	Not covered	Noted in Plan of Action (1995–2015)	1996 Program of RH (1996–2000)

Table A1: Existence of Policies Covering Reproductive Health Components in Eight Countries, 1997

Components of Reproductive Health (RH)	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
STDs	1997 RH Policy (draft)	1996 RCH Policy	1995 National Policy covers STIs/HIV/AIDS	1992 Guidelines for AIDs Prevention and Control, 1994 Population Policy, 1996 RH Service Policy and Standards, 1997 National Policy on AIDS (draft), 1996 Adolescent RH Policy (draft)	1997 National Program for RH	Not covered	No national policy; strong STD/AIDS program	Not covered
HIV/AIDS	1997 HIV/AIDS Policy	1997 policy	1995 National Policy covers STIs/HIV/AIDS	1992 Guidelines for AIDs Prevention and Control, 1994 National Population Policy, 1996 RH Service Policy and Standards, 1997 National Policy on AIDS (draft), 1996 Adolescent RH Policy (draft), 1995 Vision 2020	1997 National Program for RH	Not covered	No national policy; strong STD/AIDS program	1989 AIDS Control Program
RH services for adolescents	1997 RH Policy (draft)	1997 Youth Policy (draft)	No national policy; mentioned in the RH Strategy	1996 RH Service Policy and Standards, 1996 Adolescent RH Policy (draft)	1997 National Program for RH	Not covered	Being drafted; noted in Plan of Action (1995–2015)	1996 Program of RH (1996–2000)

Table A1: Existence of Policies Covering Reproductive Health Components in Eight Countries, 1997

Components of Reproductive Health (RH)	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Maternal and infant nutrition	1997 RH Policy (draft)	1992 Child Survival and Safe Motherhood Policy	Maternal nutrition mentioned under RH Strategy  Child health covered by separate division of MOH	1996 RH Service Policy and Standards, 1995 Vision 2020.	1997 National Program for RH	1993 National Birth Spacing Policy, 1996 National Population Strategy, 1993 National Plan of Action for Childhood	Noted in Plan of Action (1995–2015)	Not covered
Cancers of the reproductive tract	Not covered	Not covered	Covered	1996 RH Service Policy and Standards	1997 National Program for RH	Not covered	Noted in Plan of Action (1995–2015)	1996 Program of RH (1996–2000)
Infertility	Not covered	Not covered	Covered	1996 RH Service Policy and Standards	1997 National Program for RH	Not covered	Noted in Plan of Action (1995–2015)	1996 Program of RH (1996–2000)
Female genital mutilation	NA	NA	NA	1994 Female Genital Mutilation Law, 1996 RH Service Policy and Standards, 1996 Adolescent RH Policy (draft)	1997 National Program for RH	NA	NA	NA
Gender-based violence	Cruelty to Women Act 1997	Not covered	NA	1996 Adolescent RH Policy (draft) (Violence against adolescents and bias against girl-child)	1997 National Program for RH	Not covered	1995 Violence against Persons Act	1996 Plan Nacional de Accion Mujer y Desarrollo

NA= not applicable.



Table A2: Stage of Implementation of Components of Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997

Component of Reproductive Health	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Family planning	National	Program implemented; now shifting to target-free FP services; more emphasis on short-term methods	RH strategy formulated in 1996 and officially adopted in February 1998 not disseminated or implemented for any of its components  FP norms and guidelines published in 1996 and disseminated to all providers	National	Services available in government, NGO, and private sectors; no community-based distribution, limited social marketing	National; services available in government/ NGO and private sectors	Services available through MOH/PHC/MCH, NFPB, NGOs, private providers, social marketing  No changes in government FP program since ICPD; FAMPLAN expanding to RH services  Revising service delivery guidelines	Services available in government, NGO, and private sectors; sterilization legalized in 1995 and added to government program
Postabortion care	Planned	Program implemented	No formal guidelines; abortion is a criminal procedure in Nepal; postabortion care pilot project was set up at the National Maternity Hospital (funded by USAID)	Planned; some training of midwives and physicians	Pilot operations research project getting started	Services available in some government and private sector hospitals and clinics	Services available through MOH/PHC/MCH, some NGOs and private providers	Small initiative in some hospitals

Table A2: Stage of Implementation of Components of Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997

Component of Reproductive Health	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Safe pregnancy	Planned	Program implemented	National cell established within Family Health Division  Safe pregnancy pilot projects run by donors within different districts	National	Services available in government, NGO, and private sectors	National; services available in government, NGO, and private sectors	Services available through MOH/PHC/MCH, some NGOs, and private providers  Updating service delivery guidelines for MCH services	Prenatal, delivery, and postnatal services in the public and private sectors; “Emergency Plan for the Reduction of Maternal Mortality” launched in 1996
RTIs	Planned	Planned under RCH program	Falls under National AIDS/STD Center  Policies implemented slowly  AIDSCAP has programs along the Nepal-India border for high-risk populations	National, but not all levels of providers have been trained	Services available through the private sector, in public sector hospitals, and in some health centers; training of public sector staff in treating RTIs is planned	National; services available in government, NGO, and private sectors; most clients served in private sector	Services available through MOH/PHC/MCH and MOH/secondary care and MOH/Epidemiology Unit (EPI), which runs the STD/AIDS program	No program but treats whoever walks in

Table A2: Stage of Implementation of Components of Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997

Component of Reproductive Health	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
STDs	Planned	Planned under RCH program	As above	National, but not all levels of providers have been trained	Norms for the syndromic diagnosis and treatment of STDs developed and staff trained, but norms not yet integrated into MSAS's flow chart	National; services available in government, NGO, and private sectors; most clients served in private sector	Strong STD/AIDS program through MOH/EPI	Program implemented
HIV/AIDS	Planned	Program implemented through the National AIDS Coordinating Organization (NACO)	As above	National; concentration on education	National AIDS Control Program established in 1990; IEC campaign, but limited condom promotion	Services available in public and private sectors; education in public, NGO and private sectors; most clients served in private sector	Strong STD/AIDS program through MOH/EPI	Program implemented

Table A2: Stage of Implementation of Components of Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997

Component of Reproductive Health	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
RH services for adolescents	Planned, married adolescents only	Policy development stage	<p>IPPF affiliate has several youth programs that address young adult reproductive health, vocational training, and skill building</p> <p>Provision of comprehensive RH services for youth mentioned in the RH Strategy, but the MOH is not taking any steps in that direction</p>	National; concentration on education	<p>Many projects and agencies involved; IEC programs for youth in place for years, just beginning projects that offer services to youth; new focus on out-of school youth</p>	Not covered in public sector; NGOs involved in education	<p>A high priority for Jamaica; working on USAID-funded Adolescent Upliftment Project; UNFPA designing a project; USAID designing another project</p>	Implemented in some regions
Maternal and infant nutrition	National, but not well implemented; planned under RH	Program being implemented	Programs for anemia and breastfeeding ongoing as a component of the MCH program	National	<p>Breastfeeding, growth monitoring, diarrhea control, and prevention of anemia included in minimum package of services at health posts; National Program for Control of Malnutrition and National Program for Community Nutrition</p>	National; services available in government, NGO, and private sectors	Noted in Plan of Action (1995–2015); not sure about program activities	No information

Table A2: Stage of Implementation of Components of Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997

Component of Reproductive Health	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Cancers of the reproductive tract	Not addressed	Not addressed	Mentioned in the RH Strategy; however, programs for screening and treatment available only in urban centers like Kathmandu	Planned, presently teach breast self-examination	Addressed in national program, but few services are available	National; services available in government, NGO, and private sectors	Covered through MOH/PHC/MCH centers (not at all levels) and MOH/secondary care and private providers	Program being planned
Infertility	Not addressed	Not addressed	Mentioned as a component of RH package in the strategy  Plans to initiate services for infertility, mostly through education for prevention of infertility  Plans to upgrade district hospitals to be able to diagnose and treat /refer	National counseling, some private hospitals have in-vitro fertilization	Addressed primarily through the public sector, mainly through STD control	In public sector, in Royal Medical Service Hospital only; in private sector, including University of Jordan Hospital	New infertility center opening at the University of the West Indies; private providers and NGOs work in this area	No program
Female genital mutilation	NA	NA	NA	National	NGOs and MFEF working to raise awareness mostly through new initiatives	NA	NA	NA

Table A2: Stage of Implementation of Components of Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997

Component of Reproductive Health	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Gender-based violence	Draft statute	Not addressed through RCH program	Not included in the RH definition	Not addressed	Addressed in PAIP, but no program currently being implemented	Not specifically addressed; counseling if clients request	Some links between MOH and rape unit of police  Bureau of Women's Affairs and women's NGOs working on component  FAMPLAN starting a project in 1998	Program implemented, but weak
Integrated services	All but cancer and infertility; national government program	Integration of FP, safe motherhood, abortion, child survival, and STD services planned through the RCH program in some districts	Plans to integrate all components except gender-based violence and possibly special adolescent services	National, service integration not complete; referral systems in place	Planning to integrate all components at central level; some pilot projects have integrated services	Components of RH not well integrated in MOHHC; NGO services better integrated	MCH and FP integrated; considering integration of FP and RTI/STD/AIDS programs; pilot project in North-east region; FAMPLAN has successful integration program	FP, cancer, maternal health, and youth integrated at MOH central level; STD/AIDS separate; service delivery in health centers link components of RH.

Table A3: Policy Environment for Implementing Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997

Component of Policy Environment	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Level of participation in RH policy/program development from								
Government ministries (other than MOH)	High	High	Low	Medium/high	High	Low	High	Medium
RH NGOs	High	Medium	Medium	High	High	Medium	Medium	Medium
Women's advocacy groups	Medium	Medium	Low	High	Low	Medium/high	Low	Medium
Religious leaders	Low	None	None	Medium	Low	Medium	None	None
Community leaders	Low	None	Low	Medium/high	Low	Medium	None	Medium
University	—	—	—	High	—	High	Medium	—
Level of support for RH from political leaders								
President/prime minister/king	High	Low	Low	Medium	Medium	Low	High	Medium
Parliament/ministers	High	Low	Low	Low	Medium	Low/medium <sup>3</sup>	High	Medium
Level of support and influence for RH from religious leaders								
Support	Medium	Low	Low	Medium	Medium	Medium	Medium	Low
Influence	Low	Medium	Low	Medium	High	High	Low	Medium
RH implementation plans exist								
National	Yes, 1997	Yes, 1996	Yes, 1996	Yes	Yes	No	No	Yes
Subnational	Yes, 1997	Yes, 1996	No	Yes	Yes	No	No	Not sure
Structure for RH program								
Integrated	Planned program is integrated at service delivery level	Integrated, except NACO, which deals with HIV/AIDS/STDs	Integrated with HIV/AIDS	Integrated, mostly FP and MCH with STDs and postabortion care	Integration in progress	NGOs have integrated services; government has vertical services	FP/MCH integrated; STD/AIDS may be integrated with FP/MCH	FP, youth, cancer, maternal health integrated; STD/AIDS separate

Table A3: Policy Environment for Implementing Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997

Component of Policy Environment	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Health care providers have knowledge of RH policy and program components								
Public sector	Few	Most	Some	Some	Most	Some	Few	Most
Private sector	Some	A few	Few	Some	Some	Some	Few	Some
NGOs	Most	Most	Most	Most	Most	Most	Some	Most
Health care providers have training in RH components								
Public sector	Few	Some	Some <sup>1</sup>	Some	Most	Few	Few	Most
Private sector	Most	A few	Few	Some	Some	Some	Few	Some
NGOs	Most	Some	Some	Some	Most	Some	Some	Most
Resources allocated for RH have increased as a result of 1994 ICPD in the								
Public sector	Yes	No	No <sup>2</sup>	Yes	Yes	No	Not sure <sup>4</sup>	Yes
Private sector	No	No	No	Yes	No	No	No	No
NGOs	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes
Donors	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes
Resources for RH program implementation are sufficient	Yes for components in program	No for most components	No for most components	No for most components	No	No	No for most components	No
Percent of resources for RH program implementation that are national (level of reliance on donor funds for RH)	27% of program budget; 90% of salary budget	89% in 1987 85% in 1996	No clear response	No clear response	Likely high	No clear response	Program staff not sure if government budget allocation to RH components is increasing	Medium to low

<sup>1</sup>They are trained in the components but will need upgraded skills under the new RH Strategy.

<sup>2</sup>The resources are unchanged, but the budget allocation is now for RH not MCH.

<sup>3</sup>The support of the Minister of Health is medium.

<sup>4</sup>Program staff not sure if government budget allocation to RH components is increasing. Donor assistance has been reduced over the past five years. The government has picked up the cost of contraceptives during the USAID phase-out (ending in 1998). Donors are now funding adolescent RH activities.



# Referencias

Almasarweh, I. 1997. "Population and Development in Jordan." Consultant report for UNFPA. Amman: UNFPA.

Becker, J. and E. Leitman. 1997. "Introducing Sexuality within Family Planning: The Experience of Three HIV/STD Prevention Projects from Latin America and the Caribbean." *Quality/Calidad/Qualite* 8.

Bureau of the Census. 1997. HIV/AIDS Surveillance Database. Washington, DC: Department of Commerce.

Hardee, K. and K.M. Yount. 1995. *From Rhetoric to Reality: Delivering Reproductive Health Promises through Integrated Services*. Family Health International Working Papers, No. WP-95-01. Research Triangle Park: Family Health International.

Ministry of Health (MOH). 1997. *Second Long-Term Health Plan, 1997–2017*. Kathmandu: Ministry of Health.

MOH/Department of Health Services. 1997. *Annual Report, 1996/97*. Kathmandu: Ministry of Health.

MOH/Policy, Planning, Supervision and Monitoring Division. 1991. *National Health Policy*. Kathmandu: Ministry of Health.

Ministry of Health and Family Welfare. 1997. *Health and Population Sector Strategy (HPSS)*. Dhaka: Government of the People's Republic of Bangladesh.

Planning Institute of Jamaica (PIOJ). 1995. *A Statement of National Population Policy*. Revised 1995. Kingston: PIOJ.

POPTECH. 1995. *Bangladesh Family Planning and Health Services: Strategic Options Report*. Population Technical Assistance Project Report No. 95-040-027. Arlington, VA: POPTECH.

Population Council and MSAS. 1995. *Situation Analysis of the Family Planning Service Delivery System in Senegal*. Dakar: Population Council and MSAS.

USAID. 1995. *Population and Health Customer Appraisal*. RFA-USAID/Bangladesh-96-P-002. Dhaka: USAID.

World Bank. 1997. *World Bank Development Indicators 1997*. Washington, DC: The World Bank.

World Health Organization (WHO). 1996. *Integration of Health Care Delivery*. Report of a WHO Study Group. WHO Technical Report Series 861. Geneva: WHO.

Wright, M.W., N. Blumberg, and H. McKenzie. 1995. "Midterm Evaluation of the USAID/Jamaica Family Planning Initiatives Project (FPIP)." POPTECH Report No. 95-047-032. Arlington, VA: POPTECH.