



CEDES



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

SERIE SOBRE GARANTÍA DE PRESTACIONES PRIORITARIAS
documento I

Lineamientos estratégicos para la garantía de prestaciones prioritarias en materia de salud sexual y reproductiva

Ana Cristina González Vélez
Silvina Ramos

González Vélez, Ana Cristina

Lineamientos estratégicos para la garantía de prestaciones prioritarias en materia de salud sexual y reproductiva / Ana Cristina González Vélez y Silvina Ramos. - 1a ed. - Buenos Aires : CEDES; UNPFA, 2011.

E-Book.

ISBN 978-987-24796-3-3

1. Salud Sexual. 2. Salud Reproductiva. I. Silvina Ramos II. Título
CDD 614

Fecha de catalogación: 14/05/2012

Lineamientos estratégicos para la garantía de prestaciones prioritarias en materia de salud sexual y reproductiva

SERIE SOBRE GARANTÍA DE PRESTACIONES PRIORITARIAS
DOCUMENTO I

Ana Cristina González Vélez y Silvina Ramos

Diciembre 2011

CEDES

Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Sánchez de Bustamante 27

C1173AAA Buenos Aires – Argentina

Tel./Fax: (54-11) 4865-1707 / 1704 / 1712 / 4862-0805

Este documento ha sido elaborado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES, consultor para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La supervisión técnica estuvo a cargo Alma Virginia Camacho, Asesora Regional en Salud Sexual y Reproductiva, Oficina Regional, del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la Organización.

© Ana Cristina González Vélez y Silvina Ramos.

Editado en Buenos Aires, Argentina.

ISBN: 978-987-24796-3-3

Cualquier parte de esta publicación puede ser copiada, reproducida, distribuida o adaptada sin permiso previo de la autora o editora, siempre y cuando quien se beneficie de este material no lo copie, reproduzca, distribuya o adapte con propósitos de ganancia comercial y que las autoras reciban crédito como la fuente de tal información en todas las copias, reproducciones, distribuciones y adaptaciones de material. CEDES agradecería recibir una copia de cualquier material en el que esta publicación sea utilizada.

Autoras

Ana Cristina González Vélez es médica y tiene una maestría en investigación social en salud. Fue Directora Nacional de Salud Pública en Colombia (2002-2004), médica y oficial de asuntos sociales en la División de Asuntos de Género de la CEPAL (2010). Se desempeñó como asesora del UNFPA y el Ministerio de la Protección Social, Colombia, en el año 2011, para el proceso de la reforma del sector salud. Es investigadora visitante del Centro de Estudios de Estado y Sociedad de Argentina. Experta en reformas del sector salud, salud pública, salud sexual y reproductiva e incidencia política. Ha integrado diversas juntas directivas nacionales (Instituto Nacional de Salud, Colciencias) e internacionales (Senior Technical Advisory Group de la OMS, Global Doctor's for Choice y Reproductive Health Matters) y ha participado activamente en el movimiento de mujeres tanto en el ámbito nacional como internacional. Entre sus publicaciones y trabajos, se destacan *Redes en Acción. Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina*, en coautoría con S. Ramos, A. Londoño y M. Romero, CEDES con apoyo de la Fundación Ford, Montevideo, 2009; *Legal Abortion: A Comparative Analysis of Health Regulations*, IPPF, 2009; *Causal salud: interrupción del embarazo, ética y derechos humanos*, Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres/Colombia, Alianza Nacional por el Derecho a Decidir/México y Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología/FLASOG, en consenso con 15 organizaciones más, 2008; *Aborto legal: regulaciones sanitarias comparadas*. IPPF, 2007; *¿Cómo definir y recopilar buenas prácticas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos? Goce efectivo de derechos: un marco de referencia*, Serie Mujer y Desarrollo 104, División de Asuntos de Género, CEPAL, Santiago de Chile, 2010; *Una mirada analítica a la legislación sobre interrupción del embarazo en países de Iberoamérica y el Caribe*, Serie Mujer y Desarrollo 110, División de Asuntos de Género, CEPAL, Santiago de Chile, 2011.

Silvina Ramos es socióloga con formación de posgrado en investigación social. Ha sido investigadora titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) de Argentina desde 1990 y directora de esa institución académica entre 2002 y 2008. Actualmente es miembro del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la OMS (ACHR, por sus siglas en inglés) (2009-),

codirectora del Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva de Argentina (OSSyR) (2008-), integra la comisión directiva de la organización de derechos humanos Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) de Argentina (2009-) y es miembro del Consejo Asesor del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Ha desarrollado investigaciones en los campos de la sociología de la medicina, sistemas y políticas de salud y salud pública, con particular foco en la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Ha coordinado equipos de investigación multidisciplinarios nacionales y regionales. Tiene una amplia experiencia como docente en instituciones de salud, públicas y privadas, de la Argentina y latinoamericanas, en los campos de metodologías cualitativas, sociología de la medicina, y salud reproductiva. Sus publicaciones incluyen artículos en revistas con referato, capítulos de libros y materiales de divulgación científica (<http://www.cedes.org/investigadores/index.html>). Se desempeñó como Coordinadora de Programas del Consorcio Internacional de Aborto con Medicamentos (ICMA, por sus siglas en inglés) (2010-2011), del que fue Oficial de Enlace de Redes (2008-2009). Ha sido Vicepresidenta del Comité de Política y Coordinación del Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial, de Investigación, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana (HRP) de OMS (2007-2009). Se desempeñó como coordinadora de la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Argentina (2006-2008), como cocordinadora del Área de Ciencias Sociales del Fondo de Ciencia y Tecnología (FONCyT) del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Argentina (2009-2010) y como cocordinadora académica de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud CEDES-FLACSO, Argentina (1998-2003).



Índice

Presentación	9
---------------------------	----------

Antecedentes	12
---------------------------	-----------

Capítulo I. De la ruta crítica	15
---	-----------

I.1. La sistematización de los procesos de formulación, integración y garantía sobre prestaciones prioritarias en SSR	16
---	-----------

I.2. El desarrollo de herramientas.	17
Herramienta para el establecimiento de prioridades en SSR	17
Herramienta para el análisis de los marcos jurídicos	18

I.3. Lineamientos metodológicos para la elaboración de compilaciones normativas	19
---	-----------

I.4. Metodología para el análisis de los costos	20
--	-----------

I.5. La formulación de la estrategia de incidencia	20
---	-----------

I.6. El fortalecimiento de la asistencia técnica	21
I.7. En síntesis: el valor de la ruta crítica	22

Capítulo II.	
Aspectos críticos para la formulación de prestaciones prioritarias en SSR	24
II.1. El análisis del contexto y la situación	24
II.2. El diagnóstico de situación en SSR	26
II.3. Las palabras y las reformas	27
II.4. El cálculo de costos de las prestaciones obligatorias en materia de SSR	29
II.5. La definición de indicadores de impacto de la reforma sobre la equidad de género, los derechos y la SSR	30
II.6. Incorporación de la perspectiva local: la discusión de la propuesta sobre prestaciones prioritarias con los departamentos/provincias del país	31
II.7. La generación de información confiable	31

Capítulo III.	
Metodologías para definir prestaciones prioritarias en salud sexual y reproductiva (SSR): alcances y limitaciones	33
III.1. La agenda	33
III.2. Metodologías para la fijación de prioridades	36

Capítulo IV.	
Garantizando las prestaciones prioritarias: el derecho a la salud	41

Capítulo V.
**Una mirada de los marcos regulatorios:
alcances y oportunidades 47**

V.1. La Constitución. 52

V.2. La ley 52

V.3. La regulación 53

V.4. Los jueces 53

V.5. Importancia del marco normativo 54

Capítulo VI.
**Definición y garantía de prestaciones prioritarias
en SSR: enfoque, contenidos y *advocacy* 55**

VI.1. Los enfoques en el proceso de formulación de prestaciones prioritarias . . 56

VI.2. Los contenidos de las prestaciones prioritarias 58

VI.3. El *advocacy* 60

Referencias bibliográficas 63



*p*resentación

*D*esde la década de 1990, la región de América latina y el Caribe es muy activa respecto de las llamadas «reformas sanitarias» y la mayoría de países de la región implementó o está promoviendo alguna iniciativa para modificar sus sistemas y políticas de salud. Los cambios en el sector salud han seguido avanzado con diferentes ritmos y orientaciones, y el UNFPA ha tenido diferentes niveles de presencia en ellos. En el nuevo milenio se observa un fortalecimiento del compromiso de los gobiernos con el acceso universal a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva (SSR), y una redefinición de las prestaciones de salud a partir de los programas de alivio a la pobreza o de transferencias condicionadas. No obstante, persisten aún serias brechas de implementación y poca ampliación del gasto social en salud.

Para el UNFPA LAC, el tema de las reformas del sector salud, también denominadas procesos de cambio en los sistemas de salud, es de interés crítico y ha llevado a cabo, entre otras actividades, reuniones técnicas, capacitación de recursos humanos en cooperación con otros socios, producción de documentos y asistencia técnica para el desarrollo de capacidades.

En este contexto, la inclusión de la SSR como tema estratégico en los debates más amplios sobre las reformas de los sistemas de salud ha creado oportunidades para una integración de la SSR en las diversas dimensiones de los sistemas de salud y para fortalecer un abordaje integral de su agenda.

Sin duda, la identificación de prioridades y la definición de prestaciones «básicas» o «mínimas» —entre otras denominaciones— como mecanismos para garantizar la SSR de las poblaciones involucran esfuerzos políticos y técnicos complejos. Este proceso puede resultar más efectivo y eficaz si se dispone de orientaciones que permitan a los países determinar las mejores estrategias para definir un paquete de prestaciones prioritarias que pueda ser garantizado por los gobiernos, así como identificar los elementos involucrados en el proceso de definición de ese conjunto de prestaciones prioritarias para avanzar en el acceso universal a la SSR.

Es conocido que el campo de la SSR plantea retos particulares en el proceso de definir prestaciones prioritarias y de indicadores de seguimiento y resultados, pues además de abarcar problemas de salud, también incluye dimensiones positivas de la salud, bienestar, equidad y justicia social.¹ Efectivamente, para muchos de los temas de la agenda de la SSR, los beneficios que se obtienen de inversiones en servicios de salud van más allá de los mejores desenlaces o resultados en la SSR, ya que se asocian también a beneficios en otras áreas de la salud y también en otras dimensiones del bienestar. Adicionalmente, algunas intervenciones en este campo tienen un impacto potencial en los ámbitos social y económico. Esto obedece a que por tratarse de un campo concebido desde una perspectiva de equidad, género y derechos humanos, puede ser útil para orientar los procesos de reformas del sector salud, pues son enfoques que ofrecen una mirada comprensiva, integral e integradora al proceso de reforma de sistemas y políticas de salud.

El presente documento contiene un **conjunto de lineamientos cuyo objetivo central es servir como una herramienta orientadora a la formulación de prestaciones prioritarias e integrales en SSR y para identificar estrategias efectivas, de modo que estas prestaciones se incorporen en las políticas y sistemas de salud con solidez y sustentabilidad.** También estos lineamientos tienen como propósito contribuir a impulsar o fortalecer la integración de la SSR como un eje estratégico en los procesos de cambios de los sistemas de salud desde una perspectiva que entiende la participación y la construcción de consensos como dimensiones clave de esos

procesos. Este eje estratégico puede ser utilizado como un «centinela» para evaluar el adecuado funcionamiento de sistemas de salud basados en la promoción y prevención para el diseño e implementación de cambios.

Este documento no pretende ser una manual. Es una guía para orientar las decisiones políticas y técnicas que deberá ser necesariamente adaptada a los contextos de cada país, dado que todo proceso de diseño e implementación de una política pública depende estrechamente del sistema administrativo, la tendencia política del gobierno, las características de los recursos físicos y humanos disponibles, y el marco normativo que regula el sistema de salud.¹ Por ello, la imagen de una «ruta crítica» expresa el sentido político estratégico que esta guía pretende ofrecer.

¹ Tanto el capítulo III sobre metodologías, como el V sobre marcos normativos, se desarrollan más ampliamente en dos documentos adicionales que serán publicados junto con estos lineamientos. Los tres constituyen la serie sobre garantía de prestaciones prioritarias en materia de salud sexual y reproductiva.



Antecedentes

*E*n el año 2009 se inició una colaboración entre el CEDES y el UNFPA para apoyar las tareas de asistencia técnica del Fondo de Población en la región de América latina, en temas relacionados con los procesos de reforma del sector salud y la garantía de la agenda de SSR. La colaboración con el CEDES se ha dirigido al desarrollo de herramientas para orientar a los gobiernos y otros decisores políticos en los procesos de incorporación de la SSR a los sistemas y políticas de salud con el ánimo de construir capacidades y abrir espacios de debate en la región. Estos años de trabajo conjunto han dado lugar al desarrollo de herramientas y lineamientos metodológicos para ser utilizadas en el nivel regional y nacional, así como a actividades de debate regional y de colaboración en la asistencia técnica a países.

Se tomó como base, para la elaboración de este documento, la experiencia en la definición del Plan Integral de Prestaciones Prioritarias realizada en Uruguay en el año 2007, que ha sido uno de los insumos para el establecimiento de las prioridades en SSR en ese país. En una primera etapa, el trabajo se centró en la

elaboración de un marco conceptual de referencia² sobre lo que implicaba pensar la SSR en el marco de los sistemas de salud, y, posteriormente, en la definición de lineamientos para la incorporación de las prestaciones prioritarias en SSR en los procesos de reforma.

A partir del acompañamiento llevado a cabo en el año 2005 al gobierno de Uruguay en la formulación de un plan integral de prestaciones prioritarias en SSR, el UNFPA avanzó en el análisis de los aspectos críticos que deben tenerse en cuenta para que las oficinas de país puedan ofrecer su colaboración a los gobiernos en escenarios de cambio de los sistemas de salud, y en particular, en procesos de definición de prestaciones prioritarias en SSR.

En este proceso, uno de los insumos más importantes fue la recolección de información sobre los procesos de incorporación de las prestaciones prioritarias en SSR en ocho países seleccionados de la región. El instrumento para este relevamiento (cuestionario semiestructurado) fue validado en Uruguay en el año 2009. A partir de esta validación se elaboró una versión final que fue aplicada en Argentina, Colombia, Ecuador y Uruguay en el año 2010, y en 2011 en Bolivia, Honduras, El Salvador y Nicaragua.² También como parte de este proceso se organizaron dos talleres regionales de entrenamiento para fortalecer los recursos humanos, dirigidos a tomadores de decisión (autoridades sanitarias), representantes de la sociedad civil e investigadores especialistas en este campo, así como funcionarios de las oficinas país de UNFPA.

La experiencia de la región muestra que la SSR puede verse afectada por las reformas del sistema de salud de diversas maneras:

- Incorporación de la SSR en las reformas: las reformas de los sistemas de salud pueden afectar la SSR y ser una oportunidad para incorporar la SSR. Esto supone identificar cómo la concepción integral de la SSR pone en juego las dimensiones de los sistemas y las políticas de salud, y cómo los sistemas de salud y sus diversos componentes tienen el potencial de afectar positiva o negativamente los resultados en este campo.

² Esta guía también retoma los debates que tuvieron lugar en el taller «Garantía de prestaciones prioritarias en salud sexual y reproductiva» realizado en Buenos Aires en noviembre de 2010, en el que participaron representantes de los mismos países en los que se aplicó el cuestionario mencionado en ese año.

- Incorporación de la SSR entre las prestaciones prioritarias de la política sanitaria o de salud pública.
- Introducción de prestaciones prioritarias dentro de una política de SSR.
- Interfases de la política de SSR con otras dimensiones de la política sanitaria y/o del sistema de salud (recursos humanos, financiamiento, modelo de atención, sistema de información, garantía de calidad, entre otras).

En todo caso, es clave tener en cuenta que cualquiera sea la modalidad de incorporación de la SSR en las reformas del sistema de salud, la «garantía» de las prestaciones en ese campo implica entender el sistema de salud en su conjunto y disponer de los recursos adecuados, suficientes y sostenibles, de indicadores para el seguimiento de las políticas, del marco jurídico más adecuado, así como de metodologías para la priorización de prestaciones.

Por todas estas razones, la presente guía se propone identificar las dimensiones necesarias de considerar en estos procesos así como discutir los aspectos críticos para la protección y garantía de las prestaciones prioritarias en SSR. En todos los casos, el uso de esta guía debe estar precedido de una respuesta reflexiva a la pregunta acerca de cuál es la necesidad e importancia de definir y garantizar un paquete de prestaciones en SSR en el país.

Capítulo I.



de la ruta crítica

La ruta crítica puede ser entendida como el conjunto de decisiones y acciones que deberían ser emprendidas por los distintos actores del sector salud —incluido el UNFPA— para lograr la incorporación y la garantía de las prestaciones prioritarias de SSR en los procesos de reforma de los sistemas de salud. Se denomina **ruta** en la medida en que indica un «camino» estratégico y es **crítica** en la medida en que las acciones y decisiones adoptadas en los distintos momentos afectan el propósito final.

La ruta crítica contribuye a:

- Crear condiciones políticas en los niveles regional y subregional para integrar la SSR en las políticas públicas.
- Contribuir a fortalecer la asistencia técnica del UNFPA para asegurar que tanto los servicios de SSR como los DDSSyRR sean reconocidos en los procesos de reforma del sector salud.

- Generar herramientas para fortalecer la asistencia técnica a países para la garantía de prestaciones prioritarias en SSR.
- Desarrollar capacidades en los niveles nacionales.

En otras palabras, la ruta crítica puede ser entendida como la estrategia del UNFPA para orientar los procesos nacionales y garantizar las prestaciones prioritarias en SSR. Está conformada por decisiones y acciones en cuatro niveles:

- a. La sistematización de los procesos de formulación, integración y garantía de prestaciones prioritarias en SSR.
- b. El desarrollo de herramientas.
- c. La formulación de la estrategia de incidencia.
- d. El fortalecimiento de la asistencia técnica.

I.1. La sistematización de los procesos de formulación, integración y garantía sobre prestaciones prioritarias en SSR

En este nivel se busca comprender las acciones emprendidas, los avances logrados, las barreras enfrentadas y las necesidades específicas que los países tienen con relación a la formulación, integración y garantía de las prestaciones prioritarias en SSR. La herramienta utilizada para este ejercicio ha sido un cuestionario aplicado en diversos países de la región tanto por las autoridades sanitarias como por las oficinas del UNFPA durante los años 2010 y 2011.³ La información relevada ha logrado resultados en dos niveles:

- a. Procesos de formulación de prestaciones prioritarias en SSR.
- b. Estrategias para integrar y garantizar esas prestaciones en las políticas y los sistemas de salud.

³ En el año 2010 se aplicó este cuestionario en Argentina, Colombia, Ecuador y Uruguay, y en 2011, en Bolivia, El Salvador, Honduras y Nicaragua.

La información reunida en los ocho países analizados sirvió como plataforma para proyectar acciones correctivas. Permitted, a la vez, identificar aprendizajes y conocer el rol desempeñado por los distintos actores en estos procesos. Adicionalmente, la evidencia sistematizada permitió identificar modelos y estrategias para fortalecer las estructuras y los mecanismos de participación ciudadana en los procesos de reforma y en las estructuras de gobernabilidad de los sistemas de salud.

El supuesto detrás del relevamiento y la sistematización de información de este tipo es que los procesos de cambio exitosos resultan de la combinación de políticas informadas, de políticas legitimadas y de procesos de construcción de consensos y que en todo proceso de cambio, la información es la base para orientar las acciones. En este sentido, la sistematización de los procesos nacionales guiada por una matriz comprehensiva de información clave es el primer paso de la ruta crítica.

I.2. El desarrollo de herramientas

La acción política eficaz, en este caso, aquella que permitirá la incorporación más efectiva de las prestaciones prioritarias en SSR, debe estar guiada por herramientas sólidas que favorezcan la toma de decisiones informadas. En la ruta crítica que este documento plantea se incluyen al menos cuatro herramientas clave, algunas de las cuales han sido desarrolladas y otras que serán producidas en etapas posteriores:⁴

Herramienta para el establecimiento de prioridades en SSR⁵

La herramienta tiene como objetivo ofrecer lineamientos conceptuales y metodológicos para guiar las decisiones y los procesos de formulación, integración y garantía de prestaciones prioritarias en SSR en los países de la

⁴ Hasta la fecha han sido desarrolladas las dos primeras herramientas presentadas en esta guía.

⁵ [Documento sobre metodologías de priorización.](#)

región, sobre la base de las lecciones aprendidas de experiencias nacionales desarrolladas recientemente. La guía debería servir como una herramienta para orientar a los países, teniendo en cuenta la diversidad de sus contextos políticos e institucionales, en la formulación de prestaciones prioritarias e integrales en SSR y en las estrategias efectivas para la incorporación de estas prestaciones en las políticas y sistemas de salud con sustentabilidad. Debería, además, servir para impulsar y fortalecer la integración de la SSR como un eje estratégico en los procesos de cambios de los sistemas de salud desde una perspectiva que considera la participación y construcción de consensos como dimensiones clave de estos procesos.

Herramienta para el análisis de los marcos jurídicos⁶

Muchos de los sistemas de salud de los países de América latina se encuentran configurados como sistemas de alta complejidad desde el punto de vista normativo. Con frecuencia tienen como punto de partida una disposición constitucional que señala los principios del sistema de salud y el alcance de los derechos, seguida de una ley o leyes adoptadas por el Parlamento, la cual o las cuales definen el sistema o la política y las reglas básicas de funcionamiento. Además de estos dos marcos (Constitución y leyes) hay otro conjunto de normas de distintas jerarquías y alcances para precisar las condiciones de aplicación y las autoridades u órganos con facultad de adoptar y modificar la regulación, que precisa aspectos más específicos del sistema y la política sanitaria.

La caracterización de las normas jurídicas constituye una acción clave de la ruta crítica. El objetivo de esta herramienta, por un lado, es ofrecer elementos para identificar y desagregar los diferentes tipos de normas relevantes para la SSR y con ello clarificar el lugar que ocupa cada tipo de norma en el sistema de salud. Por otro lado, su objetivo es también comprender el papel que tiene cada norma en la formulación de una estrategia para definir (o modificar) y garantizar el paquete de prestaciones prioritarias. En otras palabras, esta herramienta orienta la comprensión de los alcances de los marcos normativos/regulatorios, en tanto éstos pueden constituir una limitación u

⁶ [Documento sobre marco para el análisis de las normativas.](#)

oportunidad para la definición, implementación y garantía de los contenidos de las prestaciones prioritarias, su acceso y su calidad.

I.3. Lineamientos metodológicos para la elaboración de compilaciones normativas

El análisis de casos nacionales muestra que las normativas relativas a la SSR son dispersas y no necesariamente consistentes; tienen fuentes diversas y a veces responden a diferentes gestiones de gobierno con distintas orientaciones políticas y programáticas. Esta situación puede dar origen a lo que algunos teóricos denominan «polución regulatoria», la cual genera complejidades tanto en el ámbito jurídico como en el de las políticas públicas. Ejemplos de estas complejidades son la falta de claridad en las premisas regulatorias y los problemas relacionados con el efectivo cumplimiento de las normas. Adicionalmente, esta polución regulatoria genera dificultades para sistematizar la normativa relevante y disponer así de un panorama inequívoco respecto de la base jurídica que respaldan las decisiones de la política pública en materia de cobertura, acceso, calidad, y garantía de prestaciones prioritarias en SSR.

Estos lineamientos metodológicos deben contener criterios precisos para orientar la recopilación, sistematización y el análisis de las normas existentes en SSR, así como otras que afectan la garantía de ésta (como las relativas a los recursos humanos, el ejercicio profesional, la calidad de los servicios, los derechos del paciente, el consentimiento informado, la ética médica, el financiamiento y la regulación, entre otras). Son lineamientos metodológicos que buscan establecer los alcances, las limitaciones, los vacíos, las contradicciones, los traslapes, y las concordancias de las normas existentes. Permiten, además, proponer ajustes a las normas para fortalecer el acceso y la garantía de las prestaciones en SSR en los planos normativo y regulatorio. Se trata así de identificar y describir las dimensiones y los procedimientos que deben guiar la sistematización de los cuerpos normativos nacionales (y las internacionales con vigencia nacional) que afectan el acceso y la garantía de prestaciones en SSR.

I.4. Metodología para el análisis de los costos

Estos lineamientos tratan de impulsar la utilización y/o el desarrollo de metodologías para realizar los cálculos de costos de las prestaciones prioritarias. Uno de los elementos que determina los aspectos que se incluyen en un paquete de prestaciones es el costo/efectividad de las intervenciones. Esto implica además, estimar el impacto financiero que tiene cada una de las intervenciones, los procedimientos, los medicamentos, etc., incluidos sobre el equilibrio financiero de los sistemas de salud. En el campo de la SSR es común que las prestaciones no logren ser integrales. Esto se debe, en parte al desconocimiento de su costo/efectividad, lo que limita las posibilidades de negociar ampliaciones cuando se debe definir la incorporación de nuevas prestaciones.

I.5. La formulación de la estrategia de incidencia

El proceso de garantía de prestaciones prioritarias en SSR va más allá del proceso técnico de formulación de las prestaciones e incorpora un ejercicio de carácter político al intervenir, en estos procesos, visiones e intereses distintos sobre el problema y las relaciones de poder. Hay múltiples definiciones de la incidencia (*advocacy*), pero para lograr incidir eficazmente es necesario organizarse, tener objetivos claros, disponer de información de calidad y actualizada y hacerlo en nombre de alguien.

La incidencia política o *advocacy* refiere a un conjunto de estrategias, habilidades y herramientas para influir en los procesos de toma de decisión en el ámbito de lo público (político institucional). Otro elemento clave en esta dimensión de la ruta crítica es la capacidad política de los actores, definida por la legitimidad y credibilidad. Esto es, en nombre de quién se habla y sobre qué información o conocimiento.

Este nivel de la ruta crítica implica un trabajo en al menos dos planos: «hacia adentro» de la institucionalidad (autoridad sanitaria) y «hacia afuera», involucrando a otros actores, tanto del propio sector salud como de otros sectores. El primer plano supone la conformación de un grupo de trabajo que brinde orientaciones iniciales para la definición de prestaciones prioritarias. En una segunda etapa, el trabajo «hacia adentro» se concentra en un proceso de consulta y trabajo con actores técnicos de la instancia que represente la autoridad sanitaria (usualmente el ministerio nacional o federal), con el objetivo de que la propuesta de contenidos de prestaciones prioritarias sea acordada internamente por todos los actores involucrados.⁷

I.6. El fortalecimiento de la asistencia técnica

Con el ánimo de fortalecer la asistencia técnica se plantean distintos tipos de acciones. Reuniones/encuentros de discusión con expertos/as en temas concretos, actividades de entrenamiento y espacios de discusión entre distintos actores del sector, actores clave para la definición de las prestaciones prioritarias (autoridades sanitarias, organizaciones de la sociedad civil, sectores académicos y agencias de cooperación).

Esta ruta crítica se centra en una de las actividades potenciales, es decir, la realización de talleres con actores del sistema. El propósito de estos talleres es discutir los aspectos críticos para la formulación, integración y garantía de prestaciones prioritarias; intercambiar experiencias nacionales de modo de identificar obstáculos en los procesos nacionales, y formular estrategias para superarlos. Su intención final es fortalecer las capacidades en los niveles nacionales y habilitar espacios de diálogo e intercambio de experiencias y lecciones aprendidas, así como identificar necesidades estratégicas.

⁷ El desarrollo completo de esta estrategia se plantea en un apartado posterior de este documento.

Estos espacios permiten, además, generar aportes de diverso tipo para contribuir con los lineamientos estratégicos del UNFPA tendientes a fortalecer su trabajo de asistencia técnica a los países de la región. El fortalecimiento y la creación de capacidades se fundan en la creación de espacios con audiencias heterogéneas, para enriquecer la perspectiva desde la cual se piensa y se interviene. Usualmente, existe un débil contacto entre los niveles técnicos y políticos en el proceso de toma de decisiones, y sin duda esta fractura debe ser reparada de diversas maneras. La selección de la audiencia de estas actividades, así como sus contenidos están pensados para contribuir en esa dirección. Se trata por último, de utilizar la experiencia de los procesos nacionales para identificar oportunidades y estrategias exitosas.

I.7. En síntesis: el valor de la ruta crítica

La definición de una ruta crítica se orienta al desarrollo y aplicación de herramientas para la incorporación de la SSR en los sistemas de salud, particularmente a través de los procesos de reformas del sector salud a fin de que permitan construir capacidades y abrir espacios de debate en otros países de la región.

Estas herramientas pueden servir como base para la asistencia técnica pues surgen de las necesidades y los vacíos detectados en los países de la región sobre aquellos temas en los que se requieren mayores desarrollos. Las herramientas y metodologías producidas hasta el momento han sido elaboradas sobre la base de la sistematización de los procesos de los países analizados y su utilidad práctica ha sido cotejada mediante su aplicación a escenarios y procesos nacionales.

Hasta el momento, los esfuerzos para aplicar la ruta crítica que aquí se describe se han centrado en cuatro países de la región: Argentina, Colombia, Ecuador y Uruguay. En este último, dado el profundo proceso de cambio ocurrido en los últimos cinco años, se llevó a cabo el acompañamiento más extenso. La selección de estos cuatro países se basó en los siguientes criterios: a) existencia de un proceso de cambio en los sistemas de salud; b) diferentes

experiencias en relación con la definición e implementación de paquetes integrales de SSYR y/o con la mejora de estos servicios (cobertura, normas, control de calidad, etc.); c) diferentes políticas y marcos institucionales en términos de organización y funcionamiento del sistema de salud; d) diferentes estructuras normativas que regulan los servicios de SSR en los distintos niveles del sistema, y d) condiciones que posibilitaban el seguimiento del análisis realizado para capitalizar esa sistematización en el ámbito nacional y el fortalecimiento de la asistencia técnica a futuro. En el año 2011, los países incluidos fueron Bolivia, El Salvador, Honduras, y Nicaragua, particularmente en la fase de sistematización de los procesos de formulación, integración y garantía sobre prestaciones prioritarias en SSR.

Capítulo II.



Aspectos críticos para la formulación de prestaciones prioritarias en SSR

II.1. El análisis del contexto y la situación

En análisis del contexto se plantea en dos niveles: político e institucional. Para el nivel político es necesario tener en cuenta las condiciones políticas, la correlación de fuerzas entre el gobierno y los/as legisladores, así como la relación entre el gobierno y otros actores políticos relevantes en el escenario nacional y para el sistema de salud en particular.

Para ilustrar el efecto relevante de las condiciones políticas sobre las decisiones que afectan el sector salud, se deben tener en cuenta las experiencias de varios países de la región. En Colombia la Corte Constitucional y el Procurador han desempeñado un papel clave en los lineamientos de la política de SSR. En Ecuador, el proceso y las consecuencias de la reforma constitucional merecen particular atención. En Uruguay, la continuidad del proyecto de gobierno y una bancada

legislativa mayoritaria favorable a la agenda de SDR⁸ deben ser particularmente considerados como aspectos decisivos del contexto.

Respecto del nivel institucional es necesario comprender el rol y la dinámica de las instituciones que están involucradas en el diseño e implementación de las políticas en salud, así como las particularidades de la arquitectura institucional que tiene el sistema de salud, incluidos los agentes privados y públicos, y también el tercer sector.

Adicionalmente, en relación con el contexto se deberá considerar la oportunidad y pertinencia de impulsar la formulación de prestaciones prioritarias relativas a SSR o de proponer su reformulación. Con ese fin, será necesario contar con un análisis de las oportunidades para introducir cambios al sistema de salud, —ya sean reformas de carácter endógeno o reformas promovidas y/o apoyadas por actores externos al Estado o cambios en leyes o políticas— o una combinación de estos procesos. También será necesario identificar los problemas críticos en SSR del país con información actualizada, así como los vacíos tanto de regulación como de acceso del sistema, y las fragilidades de las políticas existentes para dar respuesta al acceso universal y de calidad a servicios de SSR integrales.

En el análisis del contexto, los siguientes aspectos deben ser tenidos en cuenta:

- Descripción y análisis de la organización institucional y política del sistema de salud.
- Identificación de los cambios que se están promoviendo o implementando en los diversos niveles del sistema de salud (estructura de financiamiento, organización institucional, gobernanza, modelo de atención, modelo de gestión, sistema de información, política de recursos humanos, entre los aspectos más relevantes).
- Reconocimiento de las oportunidades para incorporar la SSR en esos cambios. Por ejemplo, identificar oportunidades relacionadas con los principios que orientan las reformas relativas al modelo de atención o al modelo de financiamiento. En otras palabras,

⁸ Contexto definido según la situación al año 2010.

¿la reforma está basada en criterios de equidad; en un sistema que busca fortalecer la atención primaria y/o la noción de la salud como un derecho? Estas situaciones podrían ofrecer ventanas de oportunidad privilegiadas para promover la inclusión de prestaciones prioritarias integrales en SSR en los procesos de cambio del sistema de salud.

- Conocimiento de metodologías de priorización para la definición de prestaciones prioritarias.
- Identificación de los marcos jurídicos que normatizan y regulan explícita o implícitamente la garantía de esas prestaciones.
- Reconocimiento de los actores clave en el proceso de cambio.

II.2. El diagnóstico de situación en SSR

El diagnóstico de situación en SSR va más allá de la información epidemiológica y debe incluir aspectos tales como:

- La situación de SSR (epidemiológica, cobertura, acceso, equidad y calidad, sistema de información) a lo largo del ciclo de vida. Indicadores y línea de base disponibles, características del sistema de información, dimensión de acceso y calidad de los servicios de atención médica y de promoción y prevención de la salud.⁹
- El marco normativo: leyes, normas, guías u otras normativas vigentes (marcos regulatorios) en SSR y temas relacionados (por ejemplo, normas regulatorias del consentimiento informado, la objeción de conciencia, el secreto profesional y/o el acceso a información).

⁹ La identificación de necesidades a través del análisis epidemiológico no siempre es útil para dar cuenta de las necesidades en materia de SSR, sobre todo en aspectos no relacionados con la enfermedad y a los que habitualmente apuntan las metodologías para cálculo de necesidades como las de carga de enfermedad.

- La situación de las prestaciones de SSR brindadas por distintos subsectores del sistema de salud: diferencias entre éstos; diferencias entre grupos poblacionales; prestaciones predeterminadas; fuentes de financiamiento, etc.
- Las obligaciones y los compromisos internacionales asumidos por el país sobre SSR: Plataformas de Acción de El Cairo y Beijing; CEDAW y su Protocolo Facultativo, y observaciones y recomendaciones realizadas por los comités de seguimiento de los tratados de derechos humanos (regionales e internacionales). Impacto de los compromisos internacionales o regionales sobre otras políticas sectoriales (por ejemplo, acuerdos comerciales sobre patentes).

En relación con la garantía de los derechos en salud, y en particular los DDS-SyRR, es crucial que las decisiones de política se orienten a responder a los compromisos asumidos por el país en los foros, conferencias y cumbres internacionales. Esto puede habilitar la ampliación de las acciones incluidas en un plan.

II.3. Las palabras y las reformas

Al hablar de los servicios de salud (SS) y la SSR, se incorpora indefectiblemente una serie de conceptos, que tienen implicaciones en términos de acción, ya que involucran tácitamente diversos tipos de actividades. Así, los conceptos que suelen formar parte de los debates sobre los SS tienen algunas implicancias en la SSR.

A continuación se identifican algunos de los conceptos que se deben discutir para incorporar adecuadamente la SSR en los procesos de reforma.

La información: en un sentido amplio se refiere al desarrollo de sistemas de información que deben dar cuenta de los valores y tendencias de diversas dimensiones del sistema de salud, como el aseguramiento y la situación de salud. Identificar la información como una dimensión clave implica tomar medidas sobre problemas críticos como el subregistro (respecto de la violencia y el aborto, por ejemplo) y, fundamentalmente, entender la información

como un elemento clave para la rendición de cuentas y el empoderamiento de los usuarios. Se trata de entender la información como un bien público y no como exclusiva generación de datos.

Formular prestaciones: se refiere a la necesidad de no focalizar exclusivamente en la decisión nominativa de éstas sino considerar en particular que se garanticen las condiciones para que esas prestaciones se cumplan.

Indicadores: no se trata sólo de establecer una condición o situación para medir y evaluar cómo se comporta ese indicador, sino de analizar las acciones necesarias para que esa condición o situación, medida a través de cierto/s indicador/es, se modifique, se cumpla y evolucione en la dirección esperada.

Integrar: implica armar los paquetes de prestaciones con metodologías validadas y como resultado de procesos de construcción de consensos. Supone también incorporar esos paquetes en las políticas e intervenir eficazmente sobre los componentes o las dimensiones del sistema de salud que faciliten su cumplimiento.

Exigibilidad: supone identificar y aplicar los mecanismos necesarios para resolver situaciones de negación de las prestaciones definidas (mecanismos para solucionar diferencias entre profesionales, defensorías, tutelas, y mecanismos de control y vigilancia).

Otros términos/palabras para considerar:

- Acceso universal (financiamiento y paquetes).
- Gasto social en salud (porcentaje del PBI para salud y porcentaje público y privado).
- Servicios de salud primarios (modelo de atención).
- Grupos vulnerables (quiénes son y cómo se definen).
- Diferencias dentro de los países (inequidades sociales y regionales, descentralización).
- Acceso de los varones y adolescentes a los servicios de SSR.
- Limitación o subregistro de información en algunos temas específicos (por ejemplo, violencia, aborto).

- CIPD y otros compromisos internacionales (marcos de referencia que definen contenidos y orientaciones de la política en SSR).

II.4. El cálculo de costos de las prestaciones obligatorias en materia de SSR

Es fundamental definir una metodología que posibilite estimar el costo del paquete de prestaciones prioritarias. También es necesario considerar el costo de la omisión de servicios en SSR, ya que permite observar los beneficios de prestar servicios prioritarios e integrales en SSR para la comunidad. Se necesita conocer tanto el costo económico y el impacto de las prestaciones en SSR sobre el financiamiento de los sistemas de salud, así como el costo de no garantizarlas.

La noción del costo de la omisión puede resumirse en la idea acerca de «cuánto cuesta la no realización de las acciones en el campo de la SSR en términos de vidas humanas y de oportunidades para el desarrollo», y la consecuente generación de costos adicionales en distintos niveles del sistema de salud y en la sociedad. Por ejemplo, una muerte materna evitable tiene costos:

- En el ámbito individual de los derechos: por la pérdida evitable e injusta de vidas humanas.
- En el ámbito del desarrollo: por la pérdida de capital humano.
- En los ámbitos de la sociedad y la comunidad: por la pérdida de un eslabón fundamental para la cohesión social y un recurso humano clave para la promoción de la salud.
- En el ámbito familiar: por las consecuencias sobre el bienestar y la salud del núcleo familiar, particularmente en los otros hijos/as.

Para muchos temas de SSR, los beneficios que se obtienen de inversiones en servicios y prestaciones exceden los de obtener mejores resultados en salud,

dado que también se asocian a beneficios en otras áreas de la salud. Por ejemplo, aprovechar el chequeo posparto para referir a las mujeres a consultas de niño sano o de planificación familiar. Adicionalmente, las intervenciones en SSR tienen un impacto potencial en los planos social y económico. Por ejemplo, familias más pequeñas hacen posible que las parejas puedan ser más productivas y dedicar mayores recursos a cada niño/a, lo cual a largo plazo incide positivamente en el crecimiento económico y el desarrollo social. Asimismo, la postergación de los embarazos permite a las mujeres mejorar su posición social al generar condiciones para el logro de mayores niveles de educación y capacitación laboral. La argumentación respecto de considerar los costos de la omisión no implica desestimar la necesidad de utilizar metodologías de cálculo de costos para los programas de SSR, como se verá en un apartado posterior de este documento en el que se analizan las metodologías de priorización.

II.5. La definición de indicadores de impacto de la reforma sobre la equidad de género, los derechos y la SSR

Se trata de determinar los indicadores más pertinentes para cada una de las áreas prioritarias definidas. Asimismo, cómo pueden integrarse los indicadores de equidad de género, de derechos y de empoderamiento al conjunto de indicadores más amplios relacionados con la medición del impacto de la reformas de los sistemas de salud sobre la equidad y, por lo tanto, sobre la reducción de la pobreza y el desarrollo.

Es necesario trabajar sobre los indicadores en distintos niveles. Por un lado, los indicadores de impacto sobre la equidad de género y los derechos. Por otro lado, los indicadores de impacto sobre la situación de SSR: para cada una de las áreas priorizadas, es necesario definir metas cuantitativas y generar líneas de base sobre todas las dimensiones cubiertas por el plan. Por último, los indicadores de proceso —indicadores para dar seguimiento al cumplimiento de las prestaciones prioritarias definidas—. El seguimiento

requiere el diseño y desarrollo de matrices de información que deberán integrarse a los sistemas nacionales de información en salud y desarrollo social.

II.6. Incorporación de la perspectiva local: la discusión de la propuesta sobre prestaciones prioritarias con los departamentos/provincias del país

Es habitual que las políticas, los planes o las leyes sean formulados en el nivel nacional, central o federal, sin considerar las necesidades o los puntos de vista de las autoridades en salud y de la población de jurisdicciones más pequeñas del país. Este problema estructural de «la forma de hacer» la política de salud suele propiciar problemas tanto técnicos como políticos en la implementación y garantía de las prestaciones prioritarias en SSR. Es importante tener en cuenta este problema e incorporar de inmediato las perspectivas locales en los diferentes momentos del proceso de formulación de una política o plan.

II.7. La generación de información confiable

Con frecuencia, una dificultad para la elaboración de propuestas de prestaciones prioritarias e integrales en SSR es la escasa disponibilidad de información confiable, actualizada y con el nivel de desagregación necesario acerca de la situación de salud y de las actividades en ese campo que realizan los diversos prestadores del sistema. Como sustento de una política de garantía de prestaciones prioritarias en SSR es crucial el desarrollo de un sistema de

información integrado en el cual se incorpore la información relacionada con las áreas prioritarias, así como información sobre otras variables críticas para este campo (nivel de escolaridad, edad, sexo, lugar de residencia, raza/etnia, entre otras).

Por otro lado, la información sobre SSR debe ser relevada y consolidada, incluyendo variables socioeconómicas. Debe servir también para la elaboración de líneas de base que permitan monitorear la implementación del plan, así como la medición de sus resultados e impactos. Finalmente, la información debe servir para la formulación de indicadores que posibiliten a los usuarios del sistema de salud tomar decisiones informadas acerca de los prestadores y servicios, pues la información debe entenderse como un bien público.

Capítulo III.



*m*etodologías para definir prestaciones prioritarias en salud sexual y reproductiva (SSR): alcances y limitaciones

III.1. La agenda

La agenda está constituida por temas o problemas sobre los que en algún momento recae la atención de los funcionarios de gobierno o de los actores de la sociedad civil. En el proceso de definición de la agenda se definen los temas que se convierten en centro de atención.

Un problema puede conceptualizarse de diversas formas. Puede tratarse de una cuestión científica que debe resolverse, una cuestión difícil de solucionar o una cuestión existencial que se reitera en la vida (es.wiktionary.org/wiki/problema). También un problema puede ser entendido como una cuestión que se propone con el fin de aclararla o resolverla mediante una metodología determinada (www.euclides.org/menu/elements_esp/definiciones.htm).

Asimismo, un problema es una discrepancia entre un estado actual y un estado deseado (portafoliodigitalco.bligoo.com/content/view/322725/Glosario.html). Finalmente, un problema también puede ser entendido como una desviación que ocurre entre lo que se espera que suceda y lo que realmente ocurre, y se considera que la desviación es de importancia suficiente para reflexionar que debería corregirse (www.iberonline.com/demo_spc/VE/glosario.html).

En el campo de la salud pública, los problemas pueden ubicarse en distintos niveles y pueden requerir diversos tipos de decisión para ser resueltos como se describe en el cuadro siguiente.

Nivel	Tipo de decisión	Alcance	Ejemplo de decisor	Ejemplo de decisión
Nivel macro	Políticas de salud	Poblacional (nacional, provincial, municipal)	Director de Programa de Control de Calidad del Ministerio de Salud	¿Debería implementar un programa nacional para el desarrollo de Guías de Práctica Clínica?
Nivel meso	Gestión y/o provisión de servicios de salud	Poblacional (institucional)	Director de un hospital	La implementación de la guía para el manejo de la anemia, ¿mejorará la calidad de la atención en la guardia del hospital?
Nivel micro	Cuidado de un paciente individual	Individual	Profesional individual	¿Debo indicarle a esta mujer embarazada suplementación preventiva con hierro?

Una vez identificado un problema, cualquiera sea el nivel de la política de salud de que se trate, es necesario tomar decisiones para iniciar el proceso de «hacer políticas». Una decisión es una selección más o menos explícita entre una gama de opciones, y las políticas involucran siempre un conjunto de decisiones y de procedimientos acerca de cómo se llevan a la práctica esas decisiones.

¿Quién define la agenda pública?

- Muchos actores pueden definir la agenda, pero uno de los principales es el gobierno que controla la legislación y el proceso de formulación e implementación de políticas.

- Otros actores pueden ser las agencias donantes, el sector empresarial y los medios de comunicación.
- El ámbito académico, aunque en menor medida, puede funcionar como un actor que define la agenda pública.

Pero es necesario tener en cuenta que no tomar una decisión significa también decidir. Esto sucede cuando los valores prevalecientes, las reglas de juego aceptadas y las relaciones de poder existentes entre los grupos sociales evitan que ciertos problemas se conviertan en asuntos públicos que requieren de decisiones políticas. De ser así, esos temas permanecen latentes y no son sumados a la agenda pública por estar en contra de los intereses de algunos grupos sociales.

Para la decisión acerca de la relevancia y pertinencia de un problema y la formulación de soluciones, existe un conjunto de modelos. Por un lado, el modelo lineal-racional que conlleva un proceso de solución de problemas racional, balanceado, objetivo y analítico.

Según Sutton (1999), los modelos alternativos son:³

- Modelo incremental.
- Modelo mixto
- Política como argumento
- Política como experimento social
- Política como aprendizaje interactivo

El modelo racional supone que los tomadores de decisiones enfocan los problemas racionalmente, transitan cada estadio lógico del proceso decisorio, consideran cuidadosamente toda la información relevante, utilizan resultados disponibles y demandan investigación cuando la necesitan. El modelo racional sigue habitualmente una secuencia particular:

1. Reconocimiento y definición de la naturaleza del tema por tratar.
2. Identificación de posibles cursos de acción.
3. Ponderación de ventajas y desventajas de cada alternativa.
4. Elección de la opción que ofrece la mejor solución.

5. Implementación de la política.
6. Evaluación del resultado.

La crítica a este modelo se basa en que no incorpora factores como la multiplicidad de actores y grupos de interés; su poder, influencia y autoridad; el contexto político, social e institucional; los discursos e ideas dominantes, y los principios, las normas, las reglas y los procedimientos.

El modelo incremental se caracteriza por la disposición de los tomadores de decisión a contemplar un número limitado de alternativas —aquellas que se alejan sólo marginalmente de la política vigente—. Las opciones no son todas las posibles, sino sólo las conocidas de antemano, y para cada alternativa toman en cuenta las consecuencias más importantes. La «buena» política es la que acuerda el conjunto de los participantes como la mejor opción para resolver el problema. El proceso incremental de toma de decisiones se concentra en pequeñas modificaciones a la política existente, las que priman por sobre los posibles cambios radicales. Así, la solución «políticamente posible» es aquella que no se aleja de la situación existente. Según este modelo, las políticas se retoman y corrigen de forma permanente.

III.2. Metodologías para la fijación de prioridades

El establecimiento de prioridades en salud implica entender que, en ese campo, los recursos son limitados y las necesidades crecientes, por lo tanto es necesario priorizar problemáticas e intervenciones. Se procura, con las metodologías de priorización, aportar un instrumento que proporcione transparencia y objetividad al proceso de selección, y fijar acuerdos explícitos como base de los contratos en salud.

En este camino de fijación de prioridades se deben distinguir la técnica y el proceso. La primera es el mecanismo por el cual se deciden las prioridades. Es, a su vez, el instrumento que permite organizar y presentar el amplio cuerpo de información que identifique las áreas (problemas e intervenciones) donde se obtendrá mayor impacto en la salud de la población.

Por otro lado, es necesario medir los impactos en SSR, es decir, construir indicadores para motivar acciones de política, que sean válidos y confiables. Este proceso tiene desafíos particulares en la SSR por varias razones. En primer lugar, porque este campo incluye dimensiones positivas de la salud. En segundo lugar, porque supone externalidades en otras áreas de la salud. También porque tiene impactos visibles en lo social y económico. Y por último, porque sus efectos son difíciles de cuantificar.

En cuanto a las dimensiones positivas de la salud, es importante enfatizar en el bienestar, la equidad y la justicia social. Además, existen obstáculos que complican un análisis comprehensivo de los costos y beneficios. Respecto de los beneficios, quizá sea imposible predecirlos todos. Por ejemplo, evitar un embarazo no deseado puede tener una variedad de efectos sociales, económicos y de salud para la persona, el hogar y la sociedad. Muchos beneficios no pueden traducirse en términos monetarios. Por ejemplo, mayor productividad, mayor satisfacción con la vida, mayores niveles de participación en la comunidad o mejoras en la equidad de género. Puede ser difícil identificar la externalidad de una inversión en determinada área.

En relación con los costos, los costos directos de una intervención son más predecibles que los beneficios. No obstante, al comparar con otras intervenciones debe ser importante valorar los costos de igual forma. Por su parte, los costos indirectos y los de oportunidad son difíciles de cuantificar.

La literatura describe tres enfoques analíticos para la medición de los beneficios de intervenciones en SSR: médico, económico y social. Es importante que estos tres enfoques estén presentes en los procesos de toma de decisiones de asignación de recursos en salud con el fin de contar con una visión amplia de los potenciales beneficios de los servicios de SSR. Esto permite demostrar que los servicios en este campo pueden ser un instrumento para mejorar la salud de la población y para el logro de otros objetivos sociales, como mayores niveles de educación, productividad, crecimiento económico y equidad social. El enfoque médico utiliza medidas cuantificables que reflejan los efectos sobre la salud. El enfoque económico cuantifica los efectos positivos sobre la productividad, capacidad de consumo y el ahorro de recursos. Por su parte, el enfoque social identifica impactos cualitativos y multidimensionales.

El enfoque médico utiliza indicadores de morbilidad, mortalidad, eventos reproductivos, o de provisión de servicios para describir la magnitud o la impor-

tancia de los problemas de SSR. Utiliza medidas cuantificables —como tasas, porcentajes, proporciones, duraciones— desarrolladas en forma genérica y que resultan aplicables a prácticamente cualquier contexto. De acuerdo con este enfoque se han desarrollado las medidas de carga de enfermedad, que combinan información sobre discapacidad, desenlaces en salud no fatales y muerte prematura, para producir un índice que resume el impacto total de una enfermedad.

La medida más utilizada es los años de vida ajustados por discapacidad o AVAD, conocida en inglés como DALYS-Disability Adjusted Life Years.⁴¹⁰ Aunque los AVAD han sido útiles para demostrar la magnitud de algunos problemas de SSR, la metodología ha sido criticada en cuanto a los parámetros que utiliza para el cálculo del indicador.⁵¹¹

La metodología de los DALY ha sido criticada por varios motivos. Por ser inequitativa, ya que da mayor valor a ciertos grupos de edad o personas sin discapacidad. Por su valoración de la gravedad de la discapacidad a partir de la valoración de expertos. Y también por la subestimación de los problemas con baja mortalidad.

En cuanto a la SSR se han identificado limitaciones de esta metodología en varios sentidos:

- Por enfocar las consecuencias de un único problema, no permite cuantificar las que resultan de las interrelaciones de los problemas (comorbilidades acumuladas), que en el caso de SSR son frecuentes (por ejemplo, la interrelación de problemas durante el embarazo y los desenlaces del recién nacido).

¹⁰ El AVAD mide el déficit en vida saludable que se puede atribuir a un problema de salud. Es una medida agregada de la salud en una población que combina años de vida perdidos debido a mortalidad prematura y años de vida con discapacidad.

¹¹ Por ejemplo, el AVAD ha sido ampliamente cuestionado por ser inequitativo, ya que el cálculo del indicador da mayor valor a ciertos grupos de edad o a personas sin discapacidad. También se debate que se hayan determinado las valoraciones de severidad a partir de opinión experta lo cual las hace poco generalizables. Otra objeción es que la fórmula para el cálculo lleva a que se subestime la magnitud de problemas con baja mortalidad.

- Por las dificultades para clasificar los problemas de SSR de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades utilizada para categorizar los AVAD (por ejemplo, algunos problemas de SSR comprometen varios sistemas).
- Porque no permite cuantificar las pérdidas en salud asociadas a muertes fetales, ya que éstas no se cuentan como nacimientos vivos.
- Porque subestima la carga de problemas de SSR con bajos niveles de reporte, ya sea porque no son reconocidos o son subdiagnosticados (por ejemplo, el aborto, la infertilidad o la violencia de género).
- Porque ignora el contexto en el cual se experimenta un problema de salud (por ejemplo, la discapacidad es relativa a los medios existentes para superarla).
- Porque un gran número de personas que necesitan servicios de SSR no están enfermas, de manera que su estado de salud no se presta para aplicar una metodología que enfatiza los desenlaces fatales o discapacitantes. Concretamente, no permite cuantificar años de vida salvados gracias a servicios preventivos o de educación sexual, como en el caso de morbilidad que se previene por servicios de aborto seguro o tratamiento de ETS.

El enfoque económico se concentra en los beneficios de las inversiones en SSR en cuanto a su impacto positivo sobre la productividad y capacidad de consumo de las personas, así como en el ahorro potencial de recursos que genera. Desde el punto de vista económico, una inversión o gasto en SSR es eficiente si los beneficios sociales adicionales se igualan a los costos sociales adicionales.

En SSR se plantean situaciones en las que los beneficios sociales exceden a los privados, y por lo tanto justifican la intervención estatal. Ejemplos de estas situaciones son:

- Problemas o asuntos de SSR con consecuencias en terceros (externalidades), como las ETS o la mortalidad materna.
- Problemas o asuntos de SSR en los que los probables consumidores de servicios desconocen o subestiman sus beneficios y/o costos.

Por ejemplo, en el caso de la fertilidad, la existencia de subsidios gubernamentales a la salud, educación u otros servicios pueden llevar a un costo privado de tener hijos adicionales que sea menor y, en consecuencia, a que el beneficio del gasto en planificación familiar no se perciba como ventajoso.

- Problemas o asuntos de SSR cuya solución o abordaje son considerados valiosos por la sociedad (por ejemplo, la reducción de la violencia contra la mujer).
- Ineficiencias en la producción de servicios públicos de SSR por falta de incentivos en el sector privado.

Por último, el enfoque social busca cuantificar beneficios de SSR en diversas dimensiones, como el empoderamiento de la mujer, la satisfacción con la sexualidad, la reducción del estigma, y las mejoras en la calidad de vida en general. Según este enfoque, los beneficios de interés son cualitativos y multidimensionales, y específicos a cada contexto cultural. En ese sentido, el enfoque social genera un entendimiento de los diferentes contextos de la SSR, en el modo como se identifican y abordan las necesidades y las prioridades (en particular, las relativas a los grupos marginados), y la dinámica social de la exclusión y vulnerabilidad.

Capítulo IV.



garantizando las prestaciones prioritarias: el derecho a la salud

La garantía de las prestaciones se enmarca en la concepción de la salud como un derecho: el derecho a la protección de la salud, que debe ser entendido en relación con el marco legal, esto es, la estructura de regulación, la institucionalidad y el sistema de gestión de la salud con el que cuenta el país. En este sentido, es necesario considerar las leyes así como el conjunto de la producción normativa del Poder Ejecutivo y las decisiones judiciales sobre la salud. Entre las normas, se cuentan aquellas generales sobre principios y derechos, como la Constitución, además de las regulaciones más específicas que determinan y definen tanto las prestaciones como los procedimientos. También es necesario tener en cuenta las diversas relaciones existentes entre las normas —relaciones de jerarquía, de complementariedad y/o de condicionamiento— y la relevancia que cada una de ellas tiene para el sistema de salud.

El derecho a la salud tiene varios componentes, de los cuales son centrales el contenido normativo y las obligaciones que este derecho implica. En cuanto al

contenido normativo, el derecho a la salud «entraña libertades y derechos». Entre las libertades, se resalta el control del cuerpo y la salud, así como la libertad sexual. Entre los derechos, se destacan:

- El de un sistema de protección que brinde las mismas oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud.
- El acceso a condiciones de vida que engloban los principales determinantes de la salud: acceso a agua potable y alimentación saludable, condiciones sanitarias y de vivienda adecuadas, así como condiciones seguras en el trabajo y un medio ambiente saludable.
- El acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la SSR.
- El derecho a participar de las decisiones concernientes al propio cuerpo y salud.

El derecho a la salud implica la no discriminación y la incorporación de la perspectiva de género a los programas de salud, por reconocer que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud de los varones y mujeres.

Es necesario resaltar las obligaciones y los principios que sustentan el derecho a la salud. En cuanto a las obligaciones, se reconocen tres tipos diferentes. En primer lugar, el respeto, que significa abstenerse de intervenir arbitrariamente en el disfrute del derecho a la salud. En segundo lugar, la protección, que implica impedir que intervengan terceros. Y en tercer lugar, el cumplimiento, que supone la adopción de medidas necesarias para dar plena efectividad al derecho. La distinción de estos tres tipos de obligaciones es el punto de partida para la identificación de las violaciones del derecho a la salud.

Adicionalmente hay cuatro elementos esenciales de este derecho que son clave para el acceso efectivo:

- Disponibilidad
- Accesibilidad
- Aceptabilidad
- Calidad

La disponibilidad implica la garantía de servicios de salud suficientes y acordes a las necesidades de las mujeres en todo el territorio del país, incluidas las zonas rurales. Esto supone la disponibilidad de instalaciones, profesionales, medicamentos, insumos, procedimientos y demás elementos necesarios para el funcionamiento de los servicios de salud.

La accesibilidad tiene varias dimensiones. La accesibilidad física puede reducir los costos indirectos (como el del transporte), que en muchas oportunidades frenan el acceso. La oferta de servicios debe incluir la identificación de los niveles de complejidad necesarios, dado que los servicios de menor nivel de complejidad se encuentran más ampliamente disponibles que los de mayor nivel de complejidad y varios de los servicios de SSR pueden ser ofrecidos en el nivel primario de atención. En la dimensión de accesibilidad física se debe considerar la organización de sistemas de referencia y contrarreferencia adecuados.

La accesibilidad económica es clave, pues los costos de los servicios, aun cuando sean reducidos, con frecuencia frenan el acceso efectivo. Es importante tener en cuenta la capacidad de pago de los diferentes grupos sociales para determinar la tarifa de los servicios. La gratuidad de las prestaciones de SSR puede resultar la única alternativa que elimine las barreras de acceso para ciertos grupos sociales. La utilización de aranceles que generan gastos de bolsillo ha mostrado ser inequitativa, ineficiente e ineficaz.⁶

En el acceso a la información se requiere abordar de manera clara y explícita las obligaciones de los profesionales de la salud y de los diferentes agentes involucrados en la política sobre la información que se debe brindar a las mujeres y los estándares de calidad con la que debe ser suministrada, en términos de oportunidad, veracidad y claridad. El acceso a la información incluye también reglas claras sobre el consentimiento informado. Éste no sólo debe basarse en el respeto a la autonomía de las mujeres, sino que se deben explicitar reglas claras para situaciones complejas, aunque excepcionales, como aquellas en las cuales las mujeres no están en condiciones de prestar directamente su consentimiento.

El principio de no discriminación implica que los servicios de salud no pueden ser discriminatorios con las mujeres por ninguna razón. Por el contrario, deben tener en cuenta sus necesidades especiales en cuanto a SSR.

El desarrollo legal implica que algunas políticas específicas pueden requerir el diseño de normas en diferentes niveles, por ejemplo una resolución, un reglamento o un protocolo de atención. En el diseño de la política, debe considerarse la necesidad de estas normas, pues pueden afectar su efectividad.⁷ La regulación apropiada es con frecuencia el primer paso hacia la efectividad de una política.

La aceptabilidad significa que los servicios de SSR deben respetar la confidencialidad y el secreto médico, así como las necesidades especiales de algunos grupos de mujeres en el acceso a los servicios, por ejemplo, en cuanto al lenguaje utilizado en la comunicación.

La calidad se refiere al hecho de que los establecimientos en los cuales se presten servicios de SSR deben cumplir con los estándares de calidad⁸, como disponer de personal capacitado, tecnología adecuada y condiciones de salubridad, entre otros. Los protocolos de atención generan estándares más precisos acerca del camino que debe seguirse para brindar atención de calidad.

Pero el derecho a la salud no se limita al cuerpo legal y las normativas, y se integra a las propuestas de cambio social orientadas a la justicia social como ordenador del proyecto de sociedad. En este sentido, no todo lo que se denomina, en el lenguaje de la búsqueda de justicia, un derecho tiene un correlato en el cuerpo legal (como por ejemplo el derecho al placer). Esto significa que las personas pueden apropiarse de los derechos a partir de su exigibilidad, pero también desde la intención de un mundo más justo.

Así, ¿cómo entendemos la salud? Como el «más alto nivel de bienestar físico, mental y social». Esta definición, registrada en instrumentos internacionales, refleja la integralidad del derecho a la salud, la considera como derecho humano, y establece el vínculo y la distinción entre salud y vida: estar sano no se limita sólo al sentido biológico de la salud.

Esta definición surgió como propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) pero también forma parte de tratados internacionales, como el protocolo de San Salvador. La consagración del derecho a la salud en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, «Protocolo de San Salvador» (1988), se refiere al derecho al «disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social».⁹

El derecho a la salud es reconocido, a su vez, en las Constituciones de varios países de la región¹² y en otros instrumentos de derechos humanos, como la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), artículo 24; la Carta Africana de los Derechos Humanos (1981), artículo 16, y Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006), artículo 25, entre otros.^{10, 11, 12}

Esta comprensión amplia del derecho a la salud supone reconocer que es un derecho humano fundamental que se encuentra relacionado con otros derechos y que incluye asimismo los determinantes de la salud. Esto significa que los derechos son universales, indivisibles e interdependientes y que la garantía del derecho a la salud involucra varios derechos, entre ellos: ¹³

- El derecho a la vida debe ser entendido en sentido amplio, como un derecho a una vida digna: vivir bien (condiciones materiales), vivir como se quiere (proyecto de vida y autonomía) y vivir sin humillaciones (no imponer cargas desproporcionadas: violación, aborto inseguro), son condiciones que resultan afectadas cuando no se garantiza adecuadamente el derecho a la salud. Es una ampliación de la interpretación de los derechos a la libertad y autonomía.
- Los derechos a la libertad, la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad y la información. El derecho de las mujeres a decidir sobre su propia salud, contando con información clara, completa, veraz y oportuna y libres de coerciones, de acuerdo con su proyecto de vida, es un contenido básico del derecho a la salud.
- El derecho a la intimidad y la privacidad. La garantía del respeto de la confidencialidad y del secreto médico inciden en el uso de servicios médicos por parte de las mujeres.
- La dignidad humana y la libertad de tratos crueles, inhumanos y degradantes. No se puede obligar a las mujeres a someterse a tratamientos contra su voluntad y tampoco se puede impedir acceder a ellos.
- La pluralidad de creencias. La posibilidad de adoptar decisiones de acuerdo con lo que se cree, aunque sea diferente a las creencias de

¹² Argentina (1994, artículo 14bis), Brasil (1988, artículos 6 y 168), Colombia (1991, artículos 44 y 49), México (reforma de 1983, artículo 4), Perú (1993, artículo 7).

los profesionales de la salud, es una garantía de la protección del derecho a la salud.

El derecho a la salud de las mujeres y sus derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como diferenciados en tanto resaltan necesidades diferenciales de las mujeres y ayudan a corregir las desigualdades en salud. Estas necesidades mayores y diferentes —particularmente en SSR— que la de los varones debido a la mayor carga relativa a la capacidad reproductiva; menor participación en el trabajo formal —que limita en el largo plazo su acceso al aseguramiento—; atención de menor calidad en razón de los estereotipos culturales; mayor gasto de bolsillo por la frecuencia de utilización de los servicios; escaso poder sobre los factores que afectan su salud; relegación a los cargos con más baja remuneración y de menor decisión y su papel como principales cuidadoras en los hogares son obstáculos en la protección del derecho a la salud de las mujeres.¹⁴

Tanto la igualdad y la equidad, como la no discriminación, en el marco del derecho humano a la salud, ponen el acento en la corrección de estas diferencias en la garantía de ese derecho. Cada uno de estos conceptos se refiere a un contenido específico de las diferencias. La igualdad enfatiza las desigualdades entre varones y mujeres, y entre diferentes grupos de mujeres. La equidad se refiere a las desigualdades que son evitables e injustas. Tiene en cuenta, además, un conjunto de variables, como la edad, la ubicación geográfica, el nivel educativo, la etnia, y el nivel de pobreza, entre otras. La consideración de estas diferencias permite atender, en particular, a adolescentes o mujeres indígenas. La no discriminación también enfatiza las desigualdades entre varones y mujeres, y entre diferentes grupos de mujeres, pero con la finalidad de evitar que las diferencias resulten la razón en la que se funden ciertos tratos desventajosos (atención de peor calidad, negación u obstaculización de servicios).

Finalmente, ¿por qué es importante enmarcar el proceso de formulación de prestaciones prioritarias en el derecho a la salud? Porque no se trata de un derecho en abstracto, sino que tiene una concreción en cada una de estas dimensiones y niveles: el del sistema de salud (instituciones, actores y políticas), el de rectoría y gestión de salud, el de la regulación, el de los mecanismos de vigilancia y control, y el de los mecanismos de exigibilidad. Por lo tanto, en cada uno de ellos se pueden generar obstáculos o barreras y se pueden aprovechar las ventanas de oportunidad para garantizar el derecho.

Capítulo V.



Una mirada de los marcos regulatorios: alcances y oportunidades

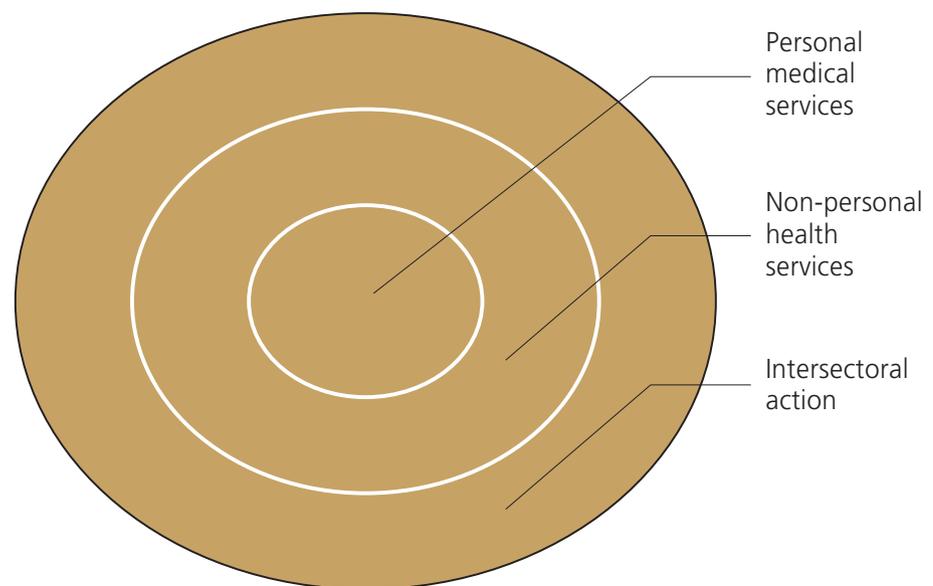
Como parte del desarrollo de una estrategia de garantía de prestaciones prioritarias se trata de identificar el marco normativo necesario y el camino administrativo más factible y conveniente para la adopción de planes integrales en SSR.

Las normas regulatorias pueden ser diferentes en cada contexto nacional (leyes nacionales y/o provinciales, decretos o resoluciones ministeriales, etc.) y los sistemas de gobernanza y de gestión de las normas regulatorias también serán variados conforme la arquitectura institucional y política de cada país, como del sistema de salud en particular.

Los sistemas de salud pueden definirse de múltiples formas. Según se muestra en la siguiente figura, las definiciones estrechas establecen los límites del sis-

tema de salud en torno a las actividades directamente controladas por los Ministerios de Salud, históricamente concentradas en los servicios personales curativos y médicos. Una segunda definición incluye —como parte del sistema de salud— los denominados servicios no personales, en referencia a las intervenciones de salud pública. Y una tercera definición va más allá de éstas e incorpora las acciones intersectoriales, como por ejemplo los programas de saneamiento o de educación sexual que se desarrollan fuera de la competencia exclusiva y directa de las autoridades sanitarias. Esta tercera definición comprende como parte del sistema de salud a «todos los actores, instituciones y recursos involucrados en acciones sobre la salud —es decir, acciones cuyo objetivo principal es mejorar la salud».⁶

Definiciones del sistema de salud



El campo de la SSR también ofrece desafíos específicos respecto de marcos normativos, en la medida en que si bien las prestaciones prioritarias pueden ubicarse centralmente en el primer nivel, un plan integral de SSR supondrá también la inclusión de acciones en otros campos sectoriales y, por ende, la observancia de un marco normativo de mayor complejidad y alcance.

Muchos de los sistemas de salud de los países de América latina se configuran como sistemas de alta complejidad desde el punto de vista normativo. Con frecuencia, estos sistemas tienen como punto de partida una disposi-

ción constitucional^{13, 15} que señala los principios del sistema o la política y el alcance de los derechos consagrados. A continuación, suele observarse una ley adoptada por el Parlamento que define el sistema o la política y las reglas básicas de funcionamiento. Finalmente, para precisar las condiciones de aplicación, las autoridades u órganos dispuestos por la ley tienen la facultad de adoptar y modificar la regulación que precisa aspectos más específicos del sistema y de la política.

Sistemas como estos reflejan una apuesta por diferenciar aquello con lo que una sociedad hace un compromiso más fuerte —como la definición de los principios en la Constitución que implica mayores dificultades para modificarlo— de aquello frente a lo que se reconoce una necesidad mayor de margen de respuesta por parte de las autoridades —como la precisión de las condiciones para acceder a determinadas prestaciones que muchas veces dependen de una regulación adoptada por autoridades u órganos que no necesariamente reflejan una decisión democrática.

La importancia de los marcos regulatorios en la definición de las prestaciones prioritarias en SSR se debe a que éstos representan una limitación u oportunidad para la definición de los contenidos, del mismo modo que las decisiones presupuestarias.

Las preguntas centrales para guiar la reflexión sobre el alcance de los marcos regulatorios son:

- ¿Cuál es el conjunto de normas relevantes para la definición del sistema de salud?
- ¿Qué peso tiene cada una de esas normas en la definición de las prestaciones?
- ¿Cómo se pueden caracterizar esas normas desde el punto de vista de los procedimientos?

La caracterización de las normas jurídicas relevantes es un primer paso para dar respuesta a estas preguntas. Los criterios que se describen a continuación

¹³ Este apartado se basa en los trabajos de Juanita Durán y Paola Bergallo. Marcos regulatorios en SSR de Colombia y la Argentina. Proyecto «Entorno político habilitado para integrar la salud sexual y reproductiva en los sistemas de salud», consultoría del CEDES para el UNFPA LACRO 2010.

constituyen una guía para identificar los marcos regulatorios y los elementos que permiten definir el peso o la importancia de determinado tipo de norma en el marco. Estos criterios son:

- Tipo de norma.
- Órgano competente para producirla y sección del poder a la que pertenece.
- Procedimiento para adoptar o reformar la norma.
- Contenidos a los que puede referirse la norma (¿tiene limitaciones de contenidos?, ¿tiene limitaciones en cuanto a lo que puede ordenar, por ejemplo, puede fijar procedimientos sancionatorios?, ¿puede determinar el presupuesto?, ¿cuáles son los argumentos de justificación más relevantes según su expresión de motivos?). Tipo de mandato establecido por la norma (orden, permiso o prohibición).
- Requiere de normas complementarias (por ejemplo, es necesario desarrollarla mediante una norma de rango inferior).
- Alcance de la norma: a quiénes puede vincular (autoridades o agentes del sistema en todos los niveles).
- Controles (a qué tipo de controles está sujeta la norma ¿está sujeta a controles materiales? ¿está sujeta a controles formales? ¿los controles son de legalidad o de constitucionalidad? ¿tiene límites de tiempo ese control?).
- Órgano competente para interpretarla.
- ¿Se ha utilizado esta norma para regular asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva?
- Plazos o condiciones para el cumplimiento de la norma.

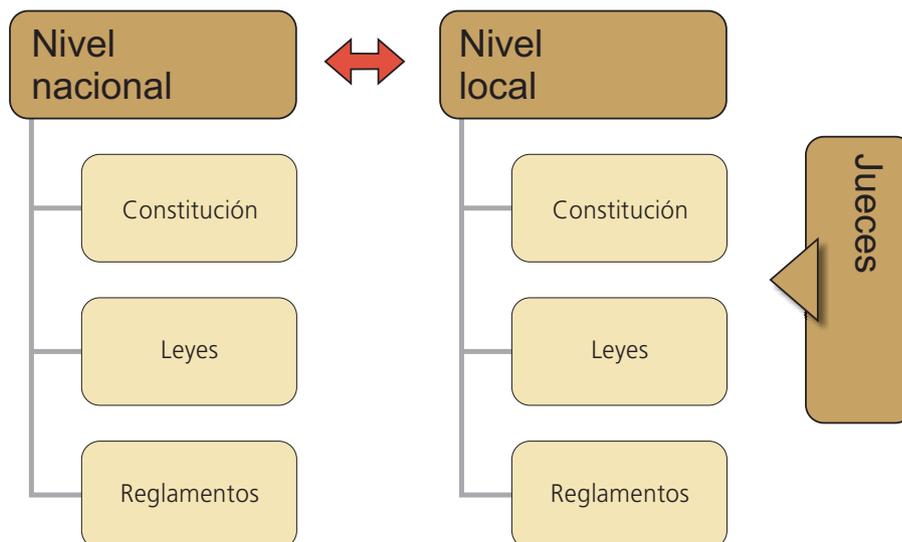
En general, los marcos regulatorios están conformados por normas que abarcan desde lo más general —como la definición de los derechos, de los principios, de la estructura del Estado y sus competencias, entre otros— hasta lo más preciso —como la documentación que se debe adjuntar para determinado trámite, los costos que implica, las oficinas en las que puede realizarse, por ejemplo—. Como mínimo, y salvando las particularidades de cada país, los marcos regulatorios tienen en el nivel más alto de abstracción y generalidad la Constitución. En un nivel intermedio, que puede ser muy variable,

a las leyes adoptadas por el órgano democrático, y en el nivel más bajo, la regulación, que puede estar en cabeza de los ministerios, del Presidente, de los órganos de regulación, o en modalidades combinadas.

Estos niveles normativos también tienen diversas interacciones, dependiendo de la organización del Estado como federado o unitario. En el extremo del Estado federado estos niveles normativos se replican en cada uno de los estados o provincias que conforman la federación, y cada uno formula su Constitución, sus leyes y su regulación, aun cuando en la federación también existan normas en estos mismos niveles. En el otro extremo del Estado unitario, sólo en el nivel central existe una Constitución, leyes y regulación, y las provincias pueden tener normas únicamente para dar aplicación al marco nacional pero sin modificarlo o contradecirlo. En ambos casos es común que tanto en el nivel central, como en el nivel descentralizado, haya normas. La diferencia es el peso que éstas tienen en uno y otro caso.

Además de estos dos niveles del Estado, debe considerarse la autoridad judicial un elemento relevante respecto de los marcos regulatorios, puesto que, según las facultades y atribuciones que cada país defina, puede revisar la constitucionalidad de las leyes, interpretarlas o decidir en casos concretos la violación de derechos fundamentales.

Este mapa de niveles puede ser visualizado gráficamente:



A continuación se revisan las características más importantes de cada uno de los niveles normativos.

V.1. La Constitución

El papel de la Constitución en el marco normativo es normalmente el de definir aspectos generales de la organización de los poderes, las atribuciones de las autoridades, los derechos de los ciudadanos/as y los principios del Estado. Sus normas están formuladas en un lenguaje general y abstracto y normalmente no abordan el detalle de ninguna materia.

En el tema de salud definen los derechos y parámetros sobre los cuales debe diseñarse la política y el sistema de salud, aun cuando la definición de la política corresponde casi siempre al nivel legislativo. Si bien es la norma con mayor peso dentro del marco regulatorio, es la que tiene una relación menos directa con la definición de las prestaciones. Con todo, se trata de una norma de gran importancia, puesto que es el parámetro de corrección de las demás normas (control de constitucionalidad), puede establecer sujetos de especial protección constitucional, derechos fundamentales y mecanismos de protección que son definitorios en cuanto al acceso a las prestaciones en salud.

V.2. La ley

Cuando se habla en sentido genérico de «la ley» se alude a las normas jurídicas adoptadas por cuerpos colegiados de elección popular. Estas normas representan el resultado del debate democrático en el Parlamento o el Congreso, órgano que por esa razón se encuentra revestido de la legitimidad democrática. Por tratarse de decisiones colectivas, para la adopción de las leyes existen procedimientos que precisan los pasos que deben seguirse para que un proyecto se convierta en ley y estos pasos se relacionan habitualmente con las mayorías, las votaciones, la publicidad o el veto.

Los países cuentan, en general, con varios tipos de normas que se diferencian por las exigencias en cuanto al consenso que las debe preceder, o el número de debates que deben agotarse, o la restricción sobre quién puede tener la iniciativa para promoverlas, entre otras. Sin embargo, no todos los tipos de normas son relevantes para definir el sistema de salud.

Generalmente, a través de las leyes se define la estructura del sistema de salud, pero no profundizan en detalle las prestaciones cubiertas por el sistema. Pueden establecer, por ejemplo, cuál es la autoridad que tiene a su cargo especificar las prestaciones incluidas en un sistema, el procedimiento que debe agotarse para incluir una nueva prestación o excluir una vieja, o cómo se nombra a quien tiene a su cargo definir las prestaciones. Se trata de un tipo de norma clave porque la mayoría de los países utilizan la ley para definir la estructura institucional de la prestación de servicios y hasta pueden establecer programas de atención de poblaciones específicas.

V.3. La regulación

La regulación es el tipo de norma que establece las condiciones de modo, tiempo y lugar de aplicación de la ley. Carece de debate democrático porque es adoptada por autoridades individuales, como los ministros o secretarios, o por órganos de regulación que no obstante estar constituidos por varias personas tienen generalmente un perfil técnico. Suelen ser normas de fácil adopción y modificación, y son en general el tipo de norma utilizada con mayor frecuencia para definir prestaciones y contenidos específicos de las políticas de salud.

V.4. Los jueces

Si bien los jueces no forman parte del sistema de salud, tienen un importante papel en la medida en que ejercen control de constitucionalidad. Por un lado, ejercen un control abstracto, que es el que se ejerce sobre las normas jurídicas al verificar si se ajustan o no a la Constitución. Por otro lado, ejercen un control concreto, cuando en determinada situación deben evaluar si se vulnera o no un derecho fundamental, por ejemplo, si bajo ciertas circunstancias se vulnera el derecho a la salud por la imposibilidad de acceder a una prestación.

La intervención de los jueces en los sistemas de salud es cada vez más importante, ya que pueden afectar las prestaciones por varios caminos. En primer lugar, cuando se declara inconstitucional una norma del sistema y se excluye del ordenamiento jurídico. En segundo lugar, cuando se ordena incluir una prestación en un paquete de servicios. Y, en tercer lugar, cuando se ordena prestar servicio a una persona en un caso concreto.

V.5. Importancia del marco normativo

Las normas jurídicas son una limitación a las decisiones sobre lo que se desea incluir o no en los paquetes de prestaciones. No todas las normas sirven para incluir prestaciones y en cada tipo de norma hay elementos de estructura que se deben considerar. Por ejemplo, las medidas adoptadas a través de la regulación en general son más fáciles de adoptar, porque no deben agotar todas las exigencias del debate democrático, pero al mismo tiempo son más fáciles de modificar y por esto resultan más dependientes de las coyunturas políticas.

Sin embargo, es común que la regulación sea el ámbito de definición de las prestaciones. Esto plantea un problema de trasfondo que es la tensión entre el debate democrático y la definición de temas técnicos. En otras palabras, plantea la pregunta acerca de si la definición de prestaciones es un asunto técnico o es también un asunto que amerita un debate democrático y la consecuente construcción de consensos.

Aunque la definición de prestaciones se mantenga usualmente en el ámbito de la regulación, el marco constitucional es clave para justificar las prestaciones o las políticas en ciertas materias, a la vez que puede ofrecer oportunidades de litigio y de control de las prestaciones y del sistema de salud en general.

Capítulo VI.

*d*efinición y garantía de prestaciones prioritarias en SSR: enfoque, contenidos y *advocacy*

T

res aspectos son fundamentales para el trabajo en prestaciones prioritarias, pues pueden marcar una diferencia en los resultados: el enfoque, los contenidos y la estrategia de *advocacy*. Su omisión puede llevar a reproducir desigualdades, a no cumplir con el acceso a los servicios de salud y a la protección del derecho a la salud, a dificultar los cambios necesarios en la política y el sistema de salud, y, por último, producir diferencias en la situación de salud de la población para la cual el plan de SSR está diseñado.

VI.1. Los enfoques en el proceso de formulación de prestaciones prioritarias

Existen varios enfoques para tener en cuenta en el proceso de formulación de prestaciones prioritarias en SSR: de derechos, de género, de interculturalidad y poblacional. La relevancia de considerar simultáneamente estos cuatro enfoques radica en el hecho de que sin ellos se corre el riesgo de reducir las prestaciones prioritarias, y los planes de SSR a un listado de actividades que no tienen en cuenta los determinantes sociales y culturales de la salud. De este modo, se compromete la garantía que la política de salud debe dar al derecho a la salud.

Con respecto al enfoque de derechos, es fundamental tener en cuenta que el derecho a la salud, incluida la SSR, es un derecho fundamental que los Estados democráticos tienen el deber de garantizar a toda la población en forma progresiva (la seguridad social y los paquetes básicos de prestaciones son estrategias para hacerlo posible). Los contenidos asignados a este derecho, más allá de lo establecido por los pactos internacionales, están condicionados por las cláusulas de no regresividad y por la relación de la salud con la vida digna, lo que supone que no se tomen medidas que impliquen regresión u omisión.⁷

En segundo lugar, considerar que la aplicación del lenguaje de los derechos —universales, indivisibles, interdependientes e interrelacionados— en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, ha sido clave para modificar el enfoque de las acciones en el campo de la SSR desde una perspectiva orientada al logro de metas demográficas a otra perspectiva para la cual las acciones deben estar orientadas a garantizar el pleno respeto de las decisiones de los sujetos así como las condiciones que se precisan para ello. En el marco de los derechos humanos, los derechos reproductivos son entendidos como parte del derecho a la salud e integran los denominados derechos humanos económicos, sociales y culturales (DESC).

El enfoque de género contribuye a hacer visibles las desventajas que las condiciones sociales y los valores culturales, así como los propios sistemas de

salud, generan en la vida de las mujeres, trasladando parte del cuidado de las personas enfermas a los hogares como una extensión de los roles domésticos de las mujeres. El enfoque de género se enmarca dentro del enfoque de equidad y enfatiza la eliminación de todas las desigualdades que son evitables e injustas, siendo de particular interés para la incidencia en cuanto a cambios en los sistemas de salud, aquellas estructuras generadoras de desigualdad y exclusión. La equidad supone la inclusión y, desde esta perspectiva, pueden reconocerse tres dimensiones de la equidad: el género, el ciclo vital y la cultura. La equidad de género alude a la eliminación de todas aquellas situaciones que resultan de las relaciones desiguales entre mujeres y varones. En el ámbito de la salud, las inequidades se expresan básicamente en: a) los determinantes socioeconómicos, b) el estado de salud, y c) el acceso y la utilización de los servicios y la asignación de recursos.⁸

La equidad generacional alude a la eliminación de las desigualdades entre generaciones, dando lugar al reconocimiento de los derechos de la población adolescente en materia de atención de la salud. El enfoque del ciclo vital supone considerar no sólo la edad de las personas sino también el contexto social y cultural en que éstas se desarrollan en cada momento de su vida y las necesidades específicas de cada una de las etapas de la vida.

Finalmente, el enfoque de género contribuye también a visibilizar la carga que sobre la salud de las mujeres tienen los aspectos relacionados con la reproducción y la sexualidad, no sólo como resultado de la biología, sino especialmente, como resultado de la asignación social de roles que sistemáticamente coloca a las mujeres en situación de desventaja en relación con la SSR.

El enfoque de interculturalidad implica el reconocimiento de que la sexualidad y la reproducción varían culturalmente y, por lo tanto, es fundamental comprender los significados y las actitudes que frente a las mismas se adoptan en cada cultura con el fin de lograr el respeto por la diversidad y evitar aquellas prácticas que puedan afectar los derechos sexuales y reproductivos o que conlleven riesgos para la SSR. El enfoque de interculturalidad implica también que se consideren los grupos tradicionalmente excluidos y sus visiones particulares sobre la salud, la enfermedad y la medicina.

La diversidad cultural tiene que ver con todos los grupos sociales que se definen según sus propios patrones culturales, que pueden generar exclusión y/o discriminación y que pueden ser particulares a cierto grupo étnico (pueblos

originarios, afrodescendientes, gitanos), a un grupo poblacional (adolescentes y jóvenes), a un grupo social (migrantes) o a una identidad (orientaciones sexuales). Este enfoque es importante puesto que la evidencia muestra que existe un vínculo entre las diferentes poblaciones o grupos culturales y la exclusión, y este fenómeno es crítico para la SSR, dado que la pertenencia a determinada subcultura puede funcionar como una barrera para el acceso a la atención de la salud.

El enfoque de población contribuye a comprender las dinámicas de las personas sobre las que recaen las decisiones que afectan el funcionamiento de los sistemas de salud. Dinámicas que se relacionan tanto con acciones personales como la reproducción, la supervivencia y la movilidad (migraciones y desplazamientos), como con su efecto conjunto, o sea, las tendencias agregadas del comportamiento de las poblaciones.

VI.2. Los contenidos de las prestaciones prioritarias

En cuanto a los contenidos de las prestaciones prioritarias, no sólo deben circunscribirse a los temas de referencia clásicos de la SSR (anticoncepción, atención del embarazo, parto y puerperio, VIH-sida, etc.), sino que también deben considerarse otros aspectos para asegurar que esas prestaciones sean garantizadas. Entre estos aspectos se cuentan los mecanismos de seguimiento y control, los principios que orientan —a modo de cultura institucional— la provisión de esas prestaciones, los costos, las acciones transversales —como la capacitación del recurso humano o el sistema de información—. Sin la consideración de estos elementos, se corre el riesgo de no poder garantizar el acceso a las prestaciones definidas como prioritarias.

Para la definición de los contenidos de las prestaciones prioritarias deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Características de la propuesta de reforma de la salud del país o los cambios que propician el desarrollo de un plan integral en SSR.
- Principios orientadores de la reforma del sistema de salud.

- Marco conceptual: los enfoques utilizados (enfoque de derechos; enfoque de equidad y género y enfoque de población e interculturalidad).
- Justificación (la situación epidemiológica, las obligaciones y los compromisos internacionales asumidos por el país).
- Objetivos y resultados generales.
- Acciones transversales (medidas necesarias en los sistemas de salud para lograr una adecuada implementación de prestaciones integrales en SSR).¹⁴
- Definición de las áreas prioritarias para el país de acuerdo con la situación de salud, las necesidades de la población, los determinantes socioculturales de la salud y los compromisos internacionales. Para cada una de estas áreas de la SSR definir las prestaciones que serán de cumplimiento obligatorio para todos los actores del sistema de salud (subsector público, seguridad social y privado). Esto incluye la confección de una línea de base, la identificación de indicadores de seguimiento y la especificación de metas de corto, mediano y largo plazo.
- Indicadores de proceso, resultados e impacto sobre la equidad y sobre la SSR.
- Mecanismos de seguimiento, control y evaluación de la gestión.
- Cálculo de costos.

¹⁴ Entre estas acciones, pueden contarse las siguientes: *financiamiento* (¿con qué recursos se llevarán a cabo las políticas? ¿Quién financiará las medidas y el paquete básico?); *recursos humanos* (¿quiénes prestan los servicios? ¿Qué sensibilidad tienen esos recursos humanos respecto tanto de la agenda de la reforma como de la agenda de SSR?); *calidad de la atención*: ¿cómo se definen los estándares técnicos y humanos para la prestación de los servicios?; desarrollo de los sistemas de información —vigilancia epidemiológica, gestión, investigación— (¿con qué información se toman las decisiones y cómo se miden los progresos?); *vigilancia epidemiológica* (¿qué eventos es necesario vigilar y cómo hacerlo para tomar medidas oportunas?); *mecanismos para el control de la gestión* (¿cuáles son las reglas de juego con los distintos actores del sistema y quién controla que cada uno cumpla su rol?); *educación para la salud sexual y reproductiva* (¿en qué tipo de educación sexual se basa la prestación del servicio y cómo se educa a la población?); *acciones colectivas e individuales* (¿cómo se garantizan la cobertura de las necesidades individuales y el desarrollo de acciones dirigidas a la población en forma más amplia?).

Si se dejan de lado las características de la reforma o los cambios del sistema que se están produciendo en el país y si no se analizan los principios orientadores de esas reformas y su justificación, la definición de prestaciones prioritarias puede quedar desprendida de procesos estructurales y no lograr «un lugar» en la política sanitaria global, ni generar coordinación y sinergia con otros cambios que se están introduciendo en el sistema y las políticas de salud.

Eventuales decisiones de política de ordenamiento global del sistema, como los mecanismos de financiamiento por resultados, los mecanismos de incentivos al cumplimiento de metas, o una política de acceso a los medicamentos genéricos, por citar algunos ejemplos, pueden afectar las prestaciones prioritarias y, por lo tanto, deben ser considerados cuándo éstas son definidas.

VI.3. El *advocacy*

El proceso de formulación de prestaciones prioritarias implica una serie de negociaciones para habilitar las condiciones y posibilidades de alcanzar los resultados buscados. Sin embargo, no siempre es posible contar con todas las fortalezas técnicas requeridas para que se incluyan en el proceso todos los aspectos que se deben analizar. Por ello, es necesario implementar una estrategia de *advocacy* orientada a hacer factibles y legítimas las mejores herramientas normativas para implementar y garantizar las prestaciones prioritarias.

¿Por qué *advocacy*? porque el proceso de garantía de prestaciones prioritarias no se limita sólo al proceso técnico de formulación de las prestaciones e incorpora un ejercicio de carácter político, dados los intereses, visiones sobre el problema y relaciones de poder que están en juego.

Hay múltiples definiciones de la actividad de *advocacy*, pero todas ellas coinciden en señalar que para lograr incidir es necesario organizarse, tener objetivos claros, disponer de información y actuar en nombre de alguien. Incidencia política o *advocacy* refieren básicamente a un conjunto de estrategias, habilidades y herramientas dirigidas a influir en los procesos de toma de decisión en el ámbito de lo público (político institucional). Para el *advocacy*

se requiere de organización e información, así como de capacidad política expresada en la legitimidad y credibilidad de los actores y sus propuestas.

La formulación de una estrategia de incidencia política¹⁵ tiene por objetivo mejorar las posibilidades de aprobación, adopción e implementación de un Plan Integral en Salud Sexual y Reproductiva (SSR), que defina prestaciones prioritarias, por parte de todos los actores del sistema.

En el proceso de definición de prestaciones prioritarias hay al menos dos estrategias de trabajo político: la estrategia «hacia adentro» de la institucionalidad de la autoridad sanitaria y la estrategia «hacia afuera» de esa institucionalidad, involucrando a otros actores del propio sector salud y a actores de otros sectores.

La primera estrategia implica conformar un grupo de trabajo para elaborar la propuesta de prestaciones prioritarias y el plan que las contenga. Uno de los mecanismos más funcionales es la creación de una instancia de trabajo en el nivel macropolítico como espacio de toma de decisiones y desde la cual se haga un acompañamiento permanente del proceso que incluya otras áreas del ministerio sectorial además de los programas de SSR (por ejemplo, áreas de calidad, financiamiento, estadísticas o información). En una segunda etapa, el trabajo «hacia adentro» del ministerio se focaliza en un proceso de trabajo colaborativo con actores técnicos del ministerio, con el objetivo de elaborar una propuesta de contenidos que deberá desarrollarse en sesiones de trabajo según las áreas temáticas. Posteriormente, y luego de identificar el papel que pueden desempeñar los otros actores del ministerio en esta fase (como la oficina jurídica, el área de presupuesto, la oficina de prensa), la propuesta preliminar se presenta a todos los niveles técnicos. Este proceso permitirá validar y adoptar la propuesta dentro del Ministerio de Salud.

La estrategia «hacia afuera» se concentra, en una primera etapa, en el mapeo de los actores —tanto del gobierno como fuera de él— que resulten relevantes para la adopción de la propuesta de prestaciones prioritarias.¹⁰ También supone el análisis de la necesidad y factibilidad de posibles alianzas

¹⁵ El concepto de «incidencia política» o «advocacy», refiere a un «conjunto de estrategias, habilidades y herramientas dirigidas a influir en los procesos de toma de decisión en el ámbito de lo público, social y estatal (político institucional)».

para el proceso de construcción de consensos. Es posible que algunos de estos actores puedan ofrecer aportes técnicos y también este trabajo «hacia afuera» supone incluir otros actores, instancias e instituciones del Estado y de la sociedad civil.

Luego de estas dos etapas, una vez que la propuesta ha sido aprobada en el ministerio al más alto nivel, será necesario definir el instrumento normativo mediante el cual será adoptada. Los análisis de los procesos llevados a cabo en los países analizados hasta el momento muestran la gran diversidad de instrumentos normativos que han sido utilizados para definir y aprobar el conjunto de prestaciones prioritarias. Estos instrumentos normativos deben ser alineados con los objetivos estratégicos del conjunto de prestaciones definidas y en algunas oportunidades, se requerirán cambios en los contenidos de las normas vigentes.



Referencias bibliográficas

- 1 Abouzahr, C.: «Maternal mortality: helping mothers live», en *OECD Observer*, vol. a, nº 223, 2000, pág. 29.
- 2 González Vélez, A. C.: *El UNFPA y los procesos de cambio en los sistemas de salud: orientaciones estratégicas para América Latina y el Caribe*, Montevideo, UNFPA, 2007. Disponible en: <http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/374>
- 3 Sutton, R.: «The Policy Process: An Overview», documento de trabajo 118, Londres, Overseas Development Institute, agosto de 1999.
- 4 Murray, C. J. y López, A. D. (eds): *The global burden of disease*, Ginebra, World Health Organization, 1996.
- 5 Anand, S. y Hanson, K.: «Disability adjusted life years: a critical review», en *Journal Health Economics*, vol. 16, 1997, págs. 672-685.
- 6 Murray, C. J. L.; López, A. D. y Mathers, C. D. (eds.): *The global epidemiology of infectious diseases*, Ginebra, World Health Organization, 2004, pág. 7.
- 7 González Vélez, A. C.: *El UNFPA y los procesos de cambio en los sistemas de salud: orientaciones estratégicas para América Latina y el Caribe*, Montevideo, UNFPA, 2007. Disponible en: <http://www.oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/374>.
- 8 Gómez, E.: *Equidad, género y salud*, 2001. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/equidadgenerosalud.pdf>.

9. Organización de los Estados Americanos. Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, «Protocolo de San Salvador». 18º período ordinario de sesiones de la Asamblea General. San Salvador: OEA; 1988.
10. Organización de las Naciones Unidas Convención sobre los Derechos del Niño: ONU; 1989.
11. Organización de la Unidad Africana. Carta africana sobre los derechos humanos y de los pueblos (carta de Banjul). Aprobada durante la XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana, reunida en Nairobi, Kenya: OUA; 1981.
12. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: ONU; 2006.
13. González Vélez, A. C.: *Causal salud. Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*. Montevideo, Mesa por la Vida y la salud de las mujeres y otros, 2008.
14. Gonzalez Vélez, A. C.: *¿Cómo definir y recopilar buenas prácticas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos? Goce efectivo de derechos: un marco de referencia*, Chile, División de Asuntos de Género, CEPAL. 2010. Disponible en Serie Mujer y Desarrollo 104: www.cepal.org.
15. Durán, J.: «Regulación en Colombia. Entorno político habilitado para integrar la salud reproductiva en las políticas públicas», Proyecto RLA6R11A, UNFPA/CEDES, 2009, documento de trabajo.

ISBN 987247963-1



9 789872 479633