



**SECRETARIA NACIONAL
DE SALUD**

**MEMORIA
Taller - Presentación
del Texto**

DIAGNOSTICO CUALITATIVO DE LA ATENCION EN SALUD REPRODUCTIVA EN BOLIVIA
La Paz, 11, 12 de septiembre de 1996



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

M E M O R I A

Taller-Presentación del Texto:

***“Diagnóstico Cualitativo de la
Atención en Salud Reproductiva
en Bolivia”***

La Paz, 11 y 12 de Septiembre de 1996

SECRETARIA NACIONAL DE SALUD
DIRECCION DE LA MUJER Y EL NIÑO

ORGANIZACION MUNDIAL
DE LA SALUD

LA PAZ - BOLIVIA

Secretaría Nacional de Salud -SNS-

Dirección de la Mujer y el Niño -DMN-

Organización Mundial de la Salud -OMS-

Editora: María Dolores Castro
Transcripción: Patricia Brañez
Secretariado: Vivian Peñaranda M.

SNS-DMN-OMS
Memoria-Presentación del Texto:
«Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud
Reproductiva en Bolivia»

Depósito Legal:4-1-920-97

Impresión: Gráfica Latina
Av. 20 de Octubre 1826
Tels. 379494 - 377449
La Paz - Bolivia

La Paz, Julio, 1997

Autoridades

*Dr. Oscar Sandoval Morón
Secretario Nacional de Salud*

*Dr. Javier Torres Goitia C.
Subsecretario de Salud*

*Dr. Raúl Prada Ferreyra
Subsecretario de Seguros Médicos*

*Dr. Oscar Zuleta Roncal
Director Nacional de la Mujer y el Niño*

*Dra. Virginia Camacho Hübner
Jefa del Departamento de Salud de la Mujer
Coordinadora Nacional de Salud Reproductiva*

Contenido

	Pág.
PRESENTACION	3
INTRODUCCION	5
INAUGURACION	7
<i>Javier Tórres-Goitia</i> <i>Sub Secretario Nacional de Salud</i>	
OBJETIVOS DEL TALLER	9
<i>Oscar Zuleta</i> <i>Director Nacional de la Mujer y el Niño</i>	
PRIMERA PARTE	11
I. La Nueva Estrategia de la Organización Mundial de la Salud	13
<i>Juan Díaz</i>	
II. Presentación del Texto: "Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia"	19
II.1 Metodología de Investigación	19
<i>Alberto de la Gálvez Murillo</i>	
II.2 Principales Resultados	27
<i>Virginia Camacho</i>	
Ronda de Preguntas y Respuestas	32
<i>Facilitadora: Rosario André</i>	
SEGUNDA PARTE	39
Comentarios al Texto: "Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia"	41
I. El Diagnóstico Cualitativo desde una Perspectiva de Género	41
<i>Cecilia Olivares</i>	
I.1 Ronda de Preguntas y Respuestas	45
<i>Facilitadora: Ximena Machicao</i>	
II. El Diagnóstico Cualitativo desde la Perspectiva de los Distritos Rurales de Salud	47
<i>Daniel Illanes</i>	
Ronda de Preguntas y Respuestas	54
<i>Facilitador: Marcos Paz</i>	

III.	Comentarios y Sugerencias al Diagnóstico Cualitativo	57
	<i>César Peredo</i>	
	Ronda de Preguntas y Respuestas	63
	<i>Facilitador: Marcos Paz</i>	
TERCERA PARTE		67
I.	Plenaria	69
	<i>Moderador: Juan Díaz</i>	
II.	Trabajo en Grupo	73
CUARTA PARTE		81
I.	Presentación de la Propuesta de Investigación: «Mejoramiento de la Utilización, Entrega y Calidad de Atención de los Servicios de Anticoncepción dentro del Contexto de Salud Reproductiva» DMN-OMS	83
	<i>Alberto de la Gálvez Murillo</i>	
	Ronda de Preguntas y Respuestas	91
	<i>Facilitador: Marcos Paz</i>	
II.	Algunos Comentarios de la Experiencia sobre Introducción de Anticonceptivos Inyectables en la Fundación San Gabriel	95
	<i>Oscar Viscarra</i>	
QUINTA PARTE		97
Conclusiones del Taller		99
	<i>Virginia Camacho</i>	
	<i>Juan Díaz</i>	
CLAUSURA DEL TALLER		105
	<i>Ruth Simmons</i>	
	Organización Mundial de la Salud	107
	<i>Raúl Prada</i>	109
	Sub Secretario de Seguros Médicos	
Bibliografía		113
Anexo: Lista de Participantes		115

Presentación

La publicación de esta Memoria forma parte de un proceso de investigación-acción que la Organización Mundial de la Salud junto a la Secretaría Nacional de Salud viene realizando en Bolivia desde 1995 con el propósito de mejorar la calidad de atención en el programa de Salud Reproductiva del país.

En todo este proceso cabe destacar dos aspectos muy importantes, y que hasta ahora han sido novedosos. Es la primera vez que la OMS apoya directamente a Bolivia con un proyecto determinado, en ese sentido estamos muy complacidos ya que nuestro país fue escogido junto a Brasil como países de América Latina para implementar la Nueva Estrategia de la Organización Mundial de la Salud. La elección de Bolivia también representa un reconocimiento de dicha Organización a lo que ha venido haciendo el actual gobierno en el tema de Salud Reproductiva.

En segundo lugar, un aspecto que resalta es el enfoque participativo en el análisis de la problemática de la Salud Reproductiva. Esta Memoria del Taller es un ejemplo de ello. Todas las ideas aquí contenidas han sido discutidas ampliamente por diversos actores de la sociedad civil. Debe quedar sentado el compromiso de continuar con el proceso participativo y que realmente las autoridades de salud recojan las inquietudes de este documento para que puedan servir de líneas de acción a corto y largo plazo de manera que la Salud Reproductiva siga avanzando y no se estanque.

Me complace presentar la publicación de lo que fue el Taller sobre *El Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia*. Si bien este Taller se realizó en Septiembre de 1996, las conclusiones y recomendaciones de investigación y de políticas aún no se han tomado en cuenta, quedando claro que todavía hay mucho por hacer. Mi reconocimiento a todas las personas que participaron en el Taller y un agradecimiento especial a la OMS por su decidido apoyo técnico y financiero.



Oscar Sandoval Morón
Secretario Nacional de Salud

Introducción

El Taller sobre el **Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia** se realizó con el propósito de presentar los principales resultados de la investigación cualitativa, de discutir y establecer líneas de investigación y de intervención –a corto y largo plazo– sobre la salud sexual y reproductiva en un marco participativo.

El Taller se llevó a cabo en la ciudad de La Paz los días 11 y 12 de septiembre de 1996; dicho evento fue organizado por el Departamento de Salud de la Mujer de la Dirección de la Mujer y Niño-Secretaría Nacional de Salud y la Organización Mundial de la Salud OMS.

En primera instancia se realizó una presentación de la Nueva Estrategia de la OMS, de la metodología y de los principales resultados del Diagnóstico Cualitativo. Posteriormente, el documento fue comentado por distinguidos profesionales de la ciencia de la salud y de la ciencia social como, Cecilia Olivares, consultora y especialista en temas de género; César Peredo, gineco-obstetra y Director Departamental de Gestión Social; Daniel Illanes, médico general y Director Sub Regional de Salud del Trópico. Con sus comentarios, el Diagnóstico Cualitativo fue enriquecido ya que desde distintas ópticas se resaltaron las debilidades y las fortalezas del contenido como de los resultados del mencionado documento.

Tanto las presentaciones como los comentarios suscitaron una rica discusión sobre variados temas que tocan a la salud sexual y reproductiva, entre ellos: el enfoque de género, derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, las plataformas de las Conferencias del Cairo y Beijing, interculturalidad, Participación Popular, Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, ONGs, los servicios, la calidad en la atención, recursos humanos, el sistema gerencial de los servicios, aborto, planificación familiar, sexualidad, la situación de los establecimientos de salud rurales y urbanos, perspectivas de las mujeres y de los hombres, los y las adolescentes. Todos estos temas, mediante la plenaria y posteriormente los trabajos en grupo, se plasmaron en líneas de investigación y de intervención. Así se pudieron recoger muchas de las ideas, interrogantes, críticas y aportes de las distintas personas que participaron.

En este evento estuvieron presentes el Dr. Javier Tórrez Goitia, Sub Secretario Nacional de Salud y el Dr. Raúl Prada Ferreyra Sub Secretario de Seguros Médicos por parte de la Secretaría Nacional de Salud, quienes nos hicieron el honor de inaugurar y clausurar nuestro Taller. Participaron diversos sectores de la sociedad civil y representantes de organismos internacionales.

Entre los asistentes estuvieron representantes de el Despacho de la Primera Dama de la Nación, Ministerio de Desarrollo Humano, Ministerio de Desarrollo Sostenible, Secretaría de Asuntos Etnicos, de Género y Generacionales, Secretaría de Participación Popular, Secretaría Nacional de Educación, Alcaldía Municipal de La Paz, Dirección Nacional de Salud de la Mujer y el Niño, Directores y Coordinadores de la Caja Nacional de Salud, Presidentes de la Sub Comisión de Servicios de Investigación Evaluación y Capacitación, representantes de los Proyectos de Desarrollo de Servicios de Salud, PROIS, EFS, CCH, Directores departamentales y municipales de Salud, Jefes de programas y servicios, Directores de hospitales, responsables de programas de salud materno infantil, coordinadores de proyectos de Salud Reproductiva, Directores de Distritos rurales de salud y proveedores de salud de diversos servicios, Escuela Nacional de Enfermería y Escuela Técnica de Salud de Cochabamba, representantes de ONGs, entre ellos CIDEM, CIES, PROCOSI, PROSALUD, PROMUJER, SERVIR, Fundación La Paz, Fundación

San Gabriel, PROISA, representantes de organismos internacionales de cooperación y agencias donantes UNFPA, UNICEF, OMS, OPS, Banco Mundial, BID, USAID, GTZ, ODA, Population Council, FHI, JHPIEGO, Mother Care, PATHFINDER, CRS, IPP, Care Bolivia; representantes de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional-SOBOMETRA, representantes de la Central Obrera de Bolivia -COB, organizaciones de mujeres urbanas, indígenas y campesinas, organismos profesionales y científicos como la Sociedad de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina y Enfermería, Carreras de Trabajo Social y de Antropología de la Universidad Mayor de San Andrés, investigadores sociales y profesionales de las ciencias de la salud.

La participación de todos ellos hizo que los días de taller se convirtieran en un verdadero espacio de reflexión de lo que es, lo que hacemos bien y no hacemos bien, y de lo que todavía falta por hacer y recorrer en la salud sexual y reproductiva, y en particular para coadyuvar en la transformación de la salud en favor de las mujeres y de los hombres del país.

Por ello, esta publicación pretende que estas ideas no se queden en el marco de un taller, sino que trasciendan y las autoridades de salud las retomen y puedan incorporarlas en las políticas y programas de la Secretaría Nacional de Salud.

Queremos agradecer el apoyo de las autoridades de la Secretaría Nacional de salud, a la Organización Mundial de la Salud por haber hecho posible la realización del taller y la publicación de esta Memoria. Asimismo, un agradecimiento a todas y todos los que compartieron dos días intensos de trabajo, y que con sus ideas, también han hecho posible esta publicación.

Virginia Camacho Hübner
Jefa del Departamento de Salud de la Mujer

Inauguración

*Buenos días, traigo un saludo especial del Dr. Oscar Sandoval Morón, quien por razones de viaje no ha podido estar presente en este evento tan importante, dado que Bolivia le ha dado una prioridad fundamental al tema de la salud reproductiva. Por lo tanto, él me ha pedido que lo represente en esta oportunidad con la más alta jerarquía posible y con el más alto cariño hacia ustedes que están participando en este Taller de la presentación del **Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia**.*

En primer lugar, queremos saludar muy sinceramente a las personas que han venido desde afuera a cooperarnos en este trabajo del Diagnóstico Cualitativo para conocer ¿cómo estamos y qué cosas estamos haciendo en salud reproductiva?.

Creo que los aportes de Ruth Simmons, Juan Díaz, Luis Bahamondes, Anne M. Young, María Yolanda Makuch, John Skibiak, Ximena Machicao, María Dolores Castro y del equipo de la Secretaría Nacional de Salud: Virginia Camacho, Alberto de la Gálvez Murillo, Marcos Paz y Rosario André, son muy valiosos. Ellos han puesto en este texto, que todos ustedes tienen, una serie de consideraciones que se van a discutir en estos dos días de trabajo.

Para el Gobierno Nacional ha sido de mucho valor conocer las conclusiones de este trabajo. De mucho valor porque indudablemente nos sirve para evaluar lo que hemos venido haciendo en estos últimos tres años. El hecho de haber iniciado un Plan Vida, al inicio de la gestión, y de desarrollar una política coherente para la mujer y para el niño menor de 5 años –por lo que se refleja en este documento– han sido acciones positivas.

Sin embargo, creemos que más positivo aún, y que no está evaluado en este documento, es la implementación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez que ha sido una consecuencia del Plan Vida. El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez no hace otra cosa que ratificar e incrementar el compromiso del Gobierno Nacional por la salud integral de la mujer y dentro del concepto Salud Integral de la Mujer, la salud reproductiva pasa a jugar un papel fundamental.

Empero, estamos conscientes y sabemos que hay muchos problemas todavía por solucionar, desde la visión de los prestadores, de la comunidad y de las organizaciones que trabajan por la salud de la mujer y el niño. Lo bueno del Diagnóstico Cualitativo es que precisamente plantea estas tres perspectivas de la salud reproductiva.

Estamos seguros que hemos avanzado probablemente un paso trascendental al enfrentar el problema de la salud reproductiva en forma frontal. Quizá, este ha sido el aporte más importante que haya hecho este Gobierno y esta Administración de salud hasta el momento en este tema.

También, estamos conscientes que hemos colocado temas como la planificación familiar y el espaciamiento Gestacional en un primer lugar de discusión, porque esa es nuestra voluntad política; y es nuestra decisión política saber cómo responder a un acto injusto que la sociedad viene ejerciendo sobre la mujer al cargarla de niños y al no ofrecerle la posibilidad de elegir libremente en su proceso reproductivo.

Pero, sabemos que aún nos queda muchísimo camino por recorrer. Ese camino está marcado por todos los actores que trabajamos en el área de la salud reproductiva y primero que todo debemos coordinar nuestras acciones ya que el objetivo de todos es uno solo. Sin embargo, creemos que uno de los obstáculos que ha tenido el proceso de implementación de políticas de salud reproductiva en Bolivia

ha sido precisamente que todos los actores han querido ser protagonistas y han querido llevar su bandera particular.

Es importante que todas las instituciones y personas que participan de esta reunión entiendan que el Gobierno Nacional ha decidido llevar adelante una política racional de salud reproductiva y que, por lo tanto, todos los esfuerzos deben estar encaminados a fortalecer este proceso político para que los logros y los objetivos finales de este programa sean de beneficio para todos los bolivianos.

La Ley de Participación Popular nos ha facilitado muchísimo el acceso a la comunidad, y quiero ser claro que lo que nos ha pasado tradicionalmente en el sector salud, es que éste no ha tenido acceso a la comunidad y no tanto que la comunidad no ha tenido acceso al sector salud.

La Ley de Participación Popular nos ha obligado a romper barreras y nos ha obligado a acercarnos a esa comunidad que está esperando poder participar y dar respuestas activas a sus problemas. Esto lo vemos claramente en este documento. Las respuestas comunitarias en el Diagnóstico Cualitativo nos llaman profundamente la atención porque podemos ver que todavía no hemos logrado desarrollar los mecanismos suficientes para poder transmitir los conocimientos técnicos necesarios a la comunidad que más los necesita.

Consideramos que un trabajo como el que hoy se presenta es un aporte muy importante porque nos permite hacer un alto en el camino para analizar los resultados y recomendaciones del Diagnóstico Cualitativo, así como los resultados que se obtengan de este Taller. Todo ello nos debe servir para hacer un reajuste en los programas de salud.

El compromiso del Gobierno Nacional con la salud reproductiva fue expresado ya por el Presidente de la República cuando Bolivia se hizo presente en la Conferencia de El Cairo y también en la Conferencia de Beijing. Ese planteamiento no se ha modificado ni un centímetro para atrás y creemos más bien que se ha avanzado mucho en este tema.

Hay muchos temas que la Secretaría Nacional de Salud los ha puesto en el tapete de discusión durante este año de 1996, muchos de ellos han levantado una polvareda, creemos poco innecesaria, pero lo que ha quedado de esa discusión nacional es que existen problemas que no los podemos soslayar y que debemos analizar con profundidad porque son la esencia del programa de salud reproductiva.

No creemos que es cuestión de hacer pequeños cursitos de capacitación a las mujeres en el posparto, no creemos que tenemos que hablar de planificación familiar como algo que está flotando en el ambiente. Pensamos que la salud integral de la mujer tiene que ser realmente tomada en cuenta desde la profundidad de su concepto, y solamente así lograremos un verdadero cambio en las condiciones sanitarias de nuestra población. La mujer durante mucho tiempo ha sido «utilizada» como vehículo para producir la salud de su familia, pero jamás se ha conceptualizado a la mujer como el sujeto mismo de las transformaciones en salud. Este Gobierno ha puntualizado el hecho de que la mujer es el sujeto mismo de la transformación en salud y estas son las consecuencias de tener un programa tan interesante como el que presenta Bolivia.

Yo quiero antes que nada nuevamente agradecer la presencia de todos ustedes y anticipadamente agradecerles por el esfuerzo que van a hacer en estos días de trabajo y por las conclusiones que las vamos a poder leer al terminar el Taller. Estas conclusiones, les repito, van a servir muchísimo para que nuestro país, nuestra Secretaría de Salud pueda valorar qué ajustes debe hacer, qué caminos debe modificar y qué objetivos debe replantear en este programa tan importante que tenemos por delante.

Muchísimas gracias.

Javier Tórres Goitia
Sub Secretario Nacional de Salud

Objetivos del Taller

Oscar Zuleta

Director Nacional de la Mujer y el Niño

*En este Taller el documento central que se presenta es el **Diagnóstico Cualitativo de la Atención de la Salud Reproductiva en Bolivia**.*

Me gustaría resaltar que lo que consta en este informe es el resultado de un trabajo de investigación realizado por un equipo multidisciplinario. En esta investigación participaron tanto instituciones como personas de las comunidades y proveedores de salud de los distintos servicios visitados, por tanto el documento refleja una visión multifacética de la problemática de la salud reproductiva de la mujer.

Quisiera en esta oportunidad hacer una aclaración para evitar malos entendidos. Efectivamente este es un trabajo realizado por un equipo multidisciplinario, es la perspectiva técnica de un equipo de trabajo que ha realizado la investigación haciendo un corte sincrónico en la dinámica característica de todo proceso.

Seguramente en este corte sincrónico han faltado algunos elementos que hoy los tenemos como nuevos, por ejemplo el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, y otra serie de factores que seguramente han ido cambiando desde el momento en que se realizó esta investigación.

Por este motivo, yo les rogaría a ustedes tomar en cuenta que este estudio debe ser considerado como una perspectiva de un equipo técnico y en ningún momento es un documento definitivo, ni tampoco puede ser un documento oficial que muestre la perspectiva del Gobierno. En todo caso, es un estudio que nos da luces para interpretar y analizar el proceso en sí.

Los objetivos de este Taller son:

1

Dar a conocer la Nueva Estrategia y Enfoque de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la introducción de métodos anticonceptivos, análisis del proceso de introducción de anticonceptivos dentro de un concepto amplio de salud reproductiva y mejoramiento de la calidad de atención.

2

Difundir los resultados del Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia, realizado en octubre-noviembre de 1995, cuyo contenido enfatiza tanto los aspectos de planificación familiar, calidad de atención y atención obstétrica.

3

Dar continuidad al proceso participativo con que se inició la investigación mediante comentarios y aportes de todos los asistentes, entre los cuales se encuentran especialistas en el área de salud, analistas sociales y comprometidos con el sector público, miembros de la sociedad civil y organizaciones de base.

4 *Recibir comentarios y aportes específicos sobre investigaciones e intervenciones para mejorar los servicios basados tanto en los resultados del Diagnóstico Cualitativo como a partir de la experiencia de cada uno de ustedes.*

5 *Concluir nuestro Taller con una agenda de investigaciones e intervenciones propuestas que nos ayuden a comprender mejor y por tanto a mejorar la salud de la mujer boliviana, particularmente en relación con la planificación familiar, la calidad de atención y con la atención obstétrica.*

6 *Presentar una propuesta de investigación: **Mejoramiento de la Utilización, Entrega y Calidad de la Atención de los Servicios de Anticoncepción dentro del Concepto de Salud Reproductiva**, apoyada por la OMS y elaborada a partir de los resultados del Diagnóstico Cualitativo.*

A partir de la agenda que será elaborada en este Taller, seguirán otras propuestas de investigación en relación con la planificación familiar y la atención obstétrica.

Aprovecho la oportunidad para expresar mi agradecimiento en nombre de la Dirección Nacional de la Mujer y el Niño, a todas las autoridades presentes así como a los asistentes a este Taller, no me queda más que desearles que estos dos días de trabajo sean tan fructíferos como todos esperamos.

Muchas gracias.

*Primera
Parte*

I. LA NUEVA ESTRATEGIA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Juan Díaz^(*)

Soy Juan Díaz del Population Council y he formado parte del grupo que realizó el *Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia* desde su inicio. He trabajado en Bolivia en muchos otros proyectos por lo cual tengo un cariño muy especial por este país y un conocimiento más o menos profundo de la evolución de los programas de la mujer.

Quiero comenzar agradeciendo en nombre del grupo, y especialmente de los que no pudieron venir, por la tremenda colaboración y el apoyo que hemos tenido en todo el proceso de las autoridades oficiales y de todos los que están representados aquí, ya que realmente este documento es de ellos. El Diagnóstico Cualitativo representa lo que nosotros vimos en el campo, las opiniones no sólo de los prestadores de servicios, sino también de las y los usuarias/os de los servicios. Por ello este documento podrá tener cosas controversiales, podrá tener cosas que no todos podemos aceptar como verdaderas, pero lo único que les podemos asegurar es que representa una realidad vista, no es un invento de nadie.

Y quería entonces en este agradecimiento recordar a los miembros del equipo que no están aquí: mi colega Luis Bahamondes de Brasil, Anne M. Young de la Universidad de Michigan y mi colega del Population Council, John Skibiak.

1. Antecedentes de la Nueva Estrategia de la OMS

A continuación voy a presentar un pequeño resumen de cómo se originó este proceso, o sea lo que llamamos la Nueva Estrategia de la OMS sobre Introducción de Métodos Anticonceptivos que se inició realmente por la detección o identificación de problemas en la introducción de métodos.

Algunos ejemplos muy clásicos como la introducción del dispositivo intrauterino en la India y la introducción del NORPLANT en varios países, nos mostraron que a pesar de que el proceso de introducción era correcto en sus aspectos científicos o formales, acabo siendo ineficaz por no considerar otros aspectos que, además de la introducción del método, influyen para que este método sea útil realmente en los programas de salud de los distintos países.

En India fue muy claro que se introdujo el DIU con un gran entusiasmo sin tomar en cuenta el sistema de salud en general; el DIU tuvo una gran aceptación por un proceso promocional muy activo, pero, el proceso terminó con una serie de problemas que ni las mujeres, ni los servicios de salud estaban preparados para asumirlos. El DIU tuvo entonces una evolución de un pico de aceptación muy corto y acabó desprestigiándose como método, y prácticamente no tuvo ninguna repercusión.

Teniendo en cuenta éste y algunos otros ejemplos, la OMS creó un Grupo Especial de Investigación para analizar la introducción de métodos anticonceptivos e investigar la manera que fuera más eficaz para que realmente estos métodos cumplieran su papel en mejorar la salud. Esta necesidad surge porque no nos interesa introducir un método tan sólo para que la prevalencia aumente o para que algunos índices mejoren, sino para mejorar la salud de la mujer y, porque no decirlo, también del hombre y de la familia en general.

^(*) Juan Díaz, es médico gineco-obstetra y representante del Population Council para América Latina con sede en CEMICAMP-Brasil.

De este Grupo Especial de Investigación, finalmente Ruth Simmons, que está aquí presente, junto a Joanne Spiceland sintetizaron el resultado del trabajo en un documento que fue publicado en inglés y que la mayoría de ustedes lo tiene en su traducción al español. Yo realmente estoy haciendo el papel de representante, ella (Ruth Simmons) debería estar presentando y no yo, infelizmente no tiene un dominio del español, aunque lo entiende muy bien, y por eso me transfirió la responsabilidad de presentar la Nueva Estrategia de la Organización Mundial de la Salud.

2. Enfoques de la Nueva Estrategia de la OMS

La Nueva Estrategia conlleva un cambio conceptual en la introducción de métodos, ya que básicamente lo que acontecía tradicionalmente era que se introducía un solo método anticonceptivo sin tener en cuenta una serie de factores que afectan la introducción. Se inventó el DIU y se salió por el mundo a introducir el DIU. Después el Population Council desarrolló el NORPLANT y salió por el mundo a introducir este método. La OMS desarrolló los anticonceptivos inyectables, por ejemplo el método que ahora se llama Cyclofem o Mesigina como se le conoce en el comercio, y también se comenzó un esfuerzo centrado en la introducción del método, con resultados que ya vemos, no funcionan. Hasta que los estudios eran buenos, la introducción era formalmente satisfactoria, pero después los métodos no eran utilizados de manera adecuada.

El cambio para la Nueva Estrategia fundamentalmente se basa en seis enfoques:

1. **Enfoque orientado hacia la gama de métodos.** Es decir, cuando pensamos en introducir un método decimos: «Bueno, ¿será que vale la pena introducir otro método?, ¿será que agregar otro método va mejorar o no el sistema?»; por ejemplo, lo que pasaba con el NORPLANT era muy claro, NORPLANT requería de muchos esfuerzos y de tantos recursos que hacía descuidar otros métodos y, esta situación terminó siendo perjudicial. Entonces, este enfoque considera que todos los métodos tienen ventajas e inconvenientes característicos y se debe hacer una evaluación cuidadosa de las ventajas relativas para el programa y para la/el usuaria/o. Los métodos que se podrían agregar a la gama se deben evaluar en el contexto de las limitaciones del sistema de servicios determinado.

2. **Enfoque centrado en la calidad de la atención.** No vale la pena introducir un método en un sistema que no tenga capacidad de usarlo bien, y a veces, agregar un método que teóricamente mejora la calidad por mejorar la gama o mejorar las opciones acaba perjudicando la calidad, porque distorsiona la aceptación. En algunas experiencias, la introducción de un método produjo un estado de promoción artificial que hacía olvidar los otros métodos creando a la larga baja de la calidad en vez de mejoría de la calidad.

3. **Enfoque dirigido a la capacidad de gestión.** No tiene sentido promover, por ejemplo, la ligadura tubaria como se hizo en muchos países, donde no había capacidad quirúrgica. ¿Qué sentido tiene promover un método que necesita cirujanos preparados, esterilización de materiales y otros recursos, si la capacidad no existe?. En otros países esto mismo sucedió con el DIU. Se ofertó este método sin la capacidad de ofrecer el DIU en condiciones de asepsia adecuadas, lo que llevó a problemas de infección muy aumentadas y esto condujo al fracaso del programa de introducción del DIU. Entonces, en este proceso actual, la Nueva Estrategia toma muy en cuenta la estructura global del sistema.

4. **Enfoque orientado hacia el proceso de la toma de decisiones.** Este enfoque está orientado a resolver un problema en forma continua, es decir, no se llega con una teoría definida sobre la introducción de un método, sino que, dependiendo de los problemas detectados, se van adaptando las estrategias de introducción y se van tomando decisiones de acuerdo con las necesidades reales. Además se toman en cuenta los resultados parciales anteriores y decisiones basadas en estos resultados,

con un gran componente de participación. O sea, «no es cuento», «no es historia», no nos interesa llegar con un paquete envasado, un sistema y decir: «esta es la verdad señores, hagamos esto», sino que proponemos una idea general, participamos, llegamos a acuerdos y vamos intentando trabajar en esos acuerdos. Sabemos que esos acuerdos tampoco son la verdad última, porque si tomamos en cuenta la idea de que es un proceso dinámico y continuo de tomar decisiones, tenemos que aceptar que nos podemos equivocar en los primeros acuerdos y de los errores ir aprendiendo cómo modificarlos.

5. *Enfoque basado en la participación.* Esta muy relacionado con el anterior enfoque y propugna por la investigación de acción participativa donde se involucran distintos actores sociales tanto políticos como profesionales de la salud y miembros de la sociedad civil para ampliar la gama de experiencias sobre las que se ha reflexionado, y para lograr un compromiso respecto a los resultados.

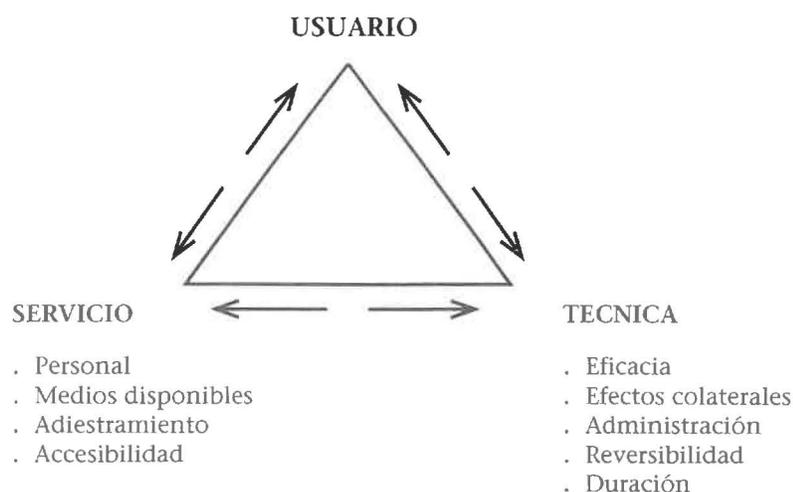
6. *Finalmente, son procesos nacionales, de propiedad de cada país.* De nuevo la OMS no llega con la solución, no viene con todo el proceso listo, sino que espera, primero, que el país identifique sus realidades/necesidades; segundo, que el país mediante este proceso participativo determine las estrategias; tercero, la OMS colabora voluntariamente durante todo el proceso. En este sentido está claro para nosotros que la OMS es un colaborador que ayuda a que las cosas sucedan; no somos los protagonistas, los protagonistas serán siempre las instituciones nacionales, los trabajadores nacionales, la comunidad nacional que va a definir cómo el proceso finalmente ocurre. La OMS es una agencia de colaboración técnica en ese sentido solamente brindará las posibilidades y ayudará en algunos aspectos; hay que acordarse que la OMS no es una agencia donante y no se puede esperar que venga con apoyo económico para resolver un problema porque no es su función ni tiene la capacidad de hacerlo.

3. Aplicación de la Nueva Estrategia de la OMS: Tres Etapas

Lo novedoso entonces, es que como esquema esta Nueva Estrategia toma en cuenta de una manera interrelacionada los tres grandes pilares del servicio de anticonceptivos y de toda la medicina de cualquier servicio en general: Usuario/a, Servicios y Técnica. Toma en cuenta lo que la/el usuaria/o necesita y fundamentalmente lo que desea y lo que le gusta, no podemos llegar aquí con un método que sea inaceptable por razones culturales o de otra índole; algunas culturas no aceptan el DIU, algunas no aceptan las hormonas. No tiene sentido insistir con algo que no se adapte a las /los usuarias/os

Pero simultáneamente toma en cuenta los servicios. ¿Son capaces los servicios de ofertar los métodos en condiciones adecuadas?, ¿hay personal suficiente?, ¿existen medios disponibles?, ¿hay programas de capacitación disponibles?, ¿hay acceso a los métodos?, y la tecnología ¿es buena y adecuada?.

Aunque tomáramos en cuenta a la/el usuario y los servicios pero, el método en sí es muy malo, obviamente tampoco sirve. Entonces hay que tomar en cuenta los tres aspectos y la interrelación que ellos tienen porque ninguno de estos aspectos en sí define por sí solo un programa; siempre debe haber una interrelación entre lo que la/el usuaria/o necesita, lo que el servicio puede dar y lo que la tecnología en sí puede ofrecer. Y este balance, este equilibrio entre estos tres puntos es lo que intentamos sostener en este proceso.



Para cumplir entonces con este proceso la Nueva Estrategia, como van a ver muy bien en el documento que ustedes tienen, plantea tres etapas muy claras:

- *Evaluación,*
- *Investigación,*
- *Utilización de los resultados para definir y planear políticas.*

Por razones didácticas y hasta espaciales tenemos que colocarlo de manera secuencial pero en el entendido que esto es a la vez simultáneo, y hay un «lup», un ciclo continuo. Este Taller de hoy, justamente es la culminación del primer proceso de evaluación o diagnóstico de la situación de la salud reproductiva en Bolivia.

Pero ya de este Diagnóstico han surgido algunas cosas tan evidentes que se pueden plantear en acciones e intervenciones, y de hecho ya se han tomando algunas acciones basadas en el Diagnóstico sin pasar por la etapa de investigación.

Pero también esta etapa de evaluación muestra líneas donde aún no se sabe lo suficiente, donde aún vale la pena investigar, vale la pena seguir tratando de conocer más no sólo en el área del conocimiento puro, sino de investigación operacional, de servicios, de perspectivas de usuarias que pueden ayudar a conocer mejor cuál sería el mejor procedimiento para mejorar los servicios de salud reproductiva.

Cuando íbamos a comenzar a aplicar la Nueva Estrategia en Bolivia nos planteábamos: «¿Bueno, para qué hacerlo, si la cantidad de investigación que hay en Bolivia es increíble?. El Documento Base (resumen de las investigaciones realizadas en salud reproductiva en Bolivia) nos mostró claramente que hay mucho que se sabe pero cuan poco de eso se ha utilizado en la práctica para tomar decisiones. Esta es una de las grandes preocupaciones.

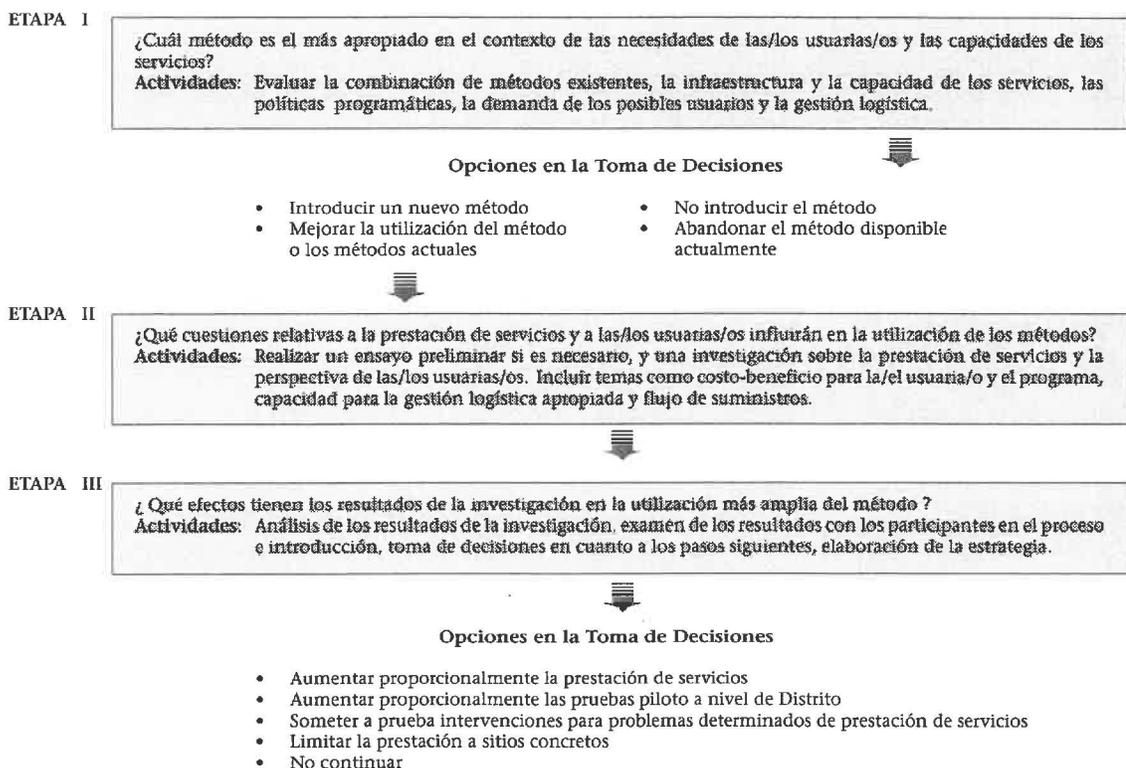
Este proceso sería completamente estéril si quedáramos en la evaluación y en la investigación y en estos informes tan bonitos que después quedan en los anaqueles; a veces ni siquiera llegan a quienes lo deben conocer, quedan en las autoridades o en las instituciones, y no llega a quien realmente le sirve. Cuando observamos que hay una deficiencia clara aquí, y por una investigación llegamos a determinar que habría que cambiar alguna estrategia, bueno hay que hacerlo. Entonces es el proceso de reflexión el que completa el círculo, hay una evaluación continua y una detección de nuevos problemas y por tanto una nueva investigación, y ese es el proceso.

Por esa razón, es que ahora hay tanta preocupación en trabajar desde el principio con la comunidad, con los proveedores de servicios y con las autoridades. Porque si el Ministerio, la Secretaría, y el Gobierno en último término no van a dar apoyo, el proceso resulta estéril; si el proceso va en contra de los intereses de la comunidad también es estéril. Es decir, tienen que estar todos los participantes en este proceso para que realmente los resultados de la investigación puedan ser utilizados de una manera que tengan finalmente la utilidad que se espera.

4. Proceso de la Toma de Decisiones en la Introducción de Anticonceptivos

Finalmente sólo quería mostrarles un poco más gráficamente, el flujo de decisiones de este proceso en tres etapas que también lo van a encontrar en el documento. Cuando en la etapa del Diagnóstico Cualitativo nos preguntamos ¿cuáles son los métodos anticonceptivos más apropiados en Bolivia?, este interrogante nos llevó a evaluar la combinación de métodos existentes, la estructura, todos los factores y los diferentes procesos de decisiones posibles: Podemos decidir que no hay que introducir nada nuevo, a veces la decisión es «no, aquí hay de todo, está mal utilizado, o falta impulsarlo más»; la decisión también podría ser «no necesitamos nada»; o «hay que sacar productos».

Marco de Tres Etapas para la Toma de Decisiones en la Introducción de Anticonceptivos



En las farmacias todavía se venden productos que son totalmente inadecuados; yo sé que es muy difícil sacarlos, no hay nada más difícil para la autoridad sanitaria que eliminar productos que

ya son obsoletos pero que alguna vez fueron aprobados, pero que se siguen vendiendo porque tienen un margen de lucro altísimo ya que no necesitan promoción, son baratos en su fabricación, ya son de dominio público, entonces no pagan impuestos y se pueden vender a precios irrisoriamente bajos. La obligación nuestra sería sacarlos del mercado, el chiste es cómo hacerlo, porque realmente la industria tiene mucho poder para mantenerlos.

Entonces las decisiones podrían ser de ese tipo. O también podría ser «hay necesidad de un nuevo método». Aquí en Bolivia a pesar que hay una amplia gama de métodos, el Diagnóstico Cualitativo mostró que hay necesidad de introducir los inyectables de manera racional porque están en el mercado de una manera muy irregular.

En el trabajo de campo encontramos por ejemplo que en el departamento de Santa Cruz, especialmente donde yo hice muchas visitas de campo, había contrabando. Las farmacias estaban vendiendo los inyectables mensuales de Brasil abiertamente; ¿cuál será el procedimiento de eso?, no me pregunten, pero eso muestra que los inyectables están ahí, están siendo usados sin control, nadie sabe realmente cómo se usan bien esos productos y sobre todo en circunstancias que algunos de estos productos ya están aprobados en el país y que no están siendo utilizados adecuadamente. Entonces esa situación resalta una necesidad obvia de introducir estos métodos adecuadamente para que se usen bien y con la esperanza de que si se usan bien esto sólo desplazará el uso inadecuado de los inyectables.

Pero además la etapa del Diagnóstico Cualitativo nos mostró posibles líneas de investigación y de ahí vemos los efectos que tienen los resultados de la investigación en la utilización de los métodos y eso nos lleva a toma de decisiones finalmente, de aumentar la prestación de servicios, de hacer más pruebas pilotos, aumentar los métodos, etc.; o sea, el árbol de decisión va depender, obviamente, de lo que este aconteciendo.

Esto es lo que yo quería presentar ahora sólo como un «aperitivo» y para colocar todo este trabajo en un contexto. En este Taller vamos a analizar los resultados que tuvimos, vamos a reflexionar sobre qué es necesario hacer y si es posible terminar este Taller, mañana en la tarde, con propuestas muy concretas para poder llegar a las autoridades, a los donantes, a las agencias y decirles: «ayúdennos en esto». Entonces este es el objetivo de presentar esta estrategia.

Muchas gracias.

II. PRESENTACION DEL DIAGNOSTICO CUALITATIVO DE LA ATENCION EN SALUD REPRODUCTIVA EN BOLIVIA

II.1 METODOLOGIA DE INVESTIGACION

Alberto de la Gálvez Murillo^()*

Lo que voy a presentar es la metodología de la investigación cualitativa que se desarrolló en el Diagnóstico Cualitativo. Una investigación cualitativa tiene algunas ventajas: Una es que los investigadores pueden desentenderse de la necesidad de una muestra poblacional, –y en una investigación de magnitud como es la que ustedes tienen en sus manos– a la larga esto puede repercutir en una ventaja económica haciendo la investigación más barata, que a su vez es una segunda ventaja.

Una tercera es que debido a que no se plantean formularios estructurados de encuesta, uno puede generar un proceso ágil y muy participativo de interrelación con las personas que se entrevistan de suerte que se crea un círculo cerrado del proceso comunicacional, preguntas-respuestas, mensajes que se reprocesan y la persona que responde a las preguntas puede también ingresar en el proceso haciendo preguntas al entrevistador; se trata, pues, de un proceso de interrelación muy rico que no tiene una investigación cuantitativa.

Otra ventaja de la investigación cualitativa es que permite procesar rápidamente los resultados, que no ha sido el caso de nuestra investigación debido a que el equipo investigador era internacional, porque, una parte del equipo es de Bolivia otra de Brasil y otra de Estados Unidos. Una vez que se dispersó el equipo hubo dificultades para comunicarse para la elaboración del informe final. Sin embargo, a pesar de eso creo que el informe ha sido publicado de manera relativamente rápida.

1. Criterios de Selección de Lugares

Esta investigación se hizo en los Departamentos de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz, tanto en áreas rurales como urbanas. Y antes de que me pregunten voy a decir porque escogimos estos Departamentos:

1. **Facilidades de tipo operativo en varios aspectos.** Una de ellas es que permitiera hacer gestiones con las autoridades, gestiones rápidas, o que nos permitiera, por ejemplo, contratar moviidades de empresas particulares para facilitar nuestro desplazamiento, en razón de que los equipos de investigación estaban constituidos por varios investigadores, generalmente equipos de seis a ocho personas que debían movilizarse distancias relativamente largas y que necesitaban vehículos grandes, en buen estado y relativamente cómodos. Ese tipo de empresas básicamente están en Santa Cruz, Cochabamba y La Paz.

2. **Itinerarios aéreos fijos.** De manera que no tuviéramos que acomodar las fechas de la investigación a los itinerarios sino que tengamos la facilidad de escoger entre varios itinerarios aéreos, teniendo en cuenta que el equipo debía movilizarse desde Santa Cruz luego hacia Cochabamba y posteriormente hacia La Paz.

^(*) Alberto de la Galvez Murillo, es médico gineco-obstetra y salubrista del Departamento de la Mujer de la Dirección de la Mujer y el Niño.

3. *Acceso relativamente fácil y rápido desde los puntos donde se concentraba el equipo.* Es decir, desde las ciudades sede hacia las diferentes provincias donde estos equipos se movilizaban.

4. *El poco tiempo de la investigación.* La etapa del levantamiento de datos duró básicamente un mes y medio y esto implicaba que las personas que componían el equipo de investigación no disponían del tiempo suficiente para ausentarse de sus lugares de trabajo. Hubo un equipo básico que participó todo el mes y medio en el levantamiento de datos, pero otros miembros del equipo no estuvieron todo el tiempo. En el caso del nivel central los profesionales no estaban en condición de abandonar sus labores habituales por tanto tiempo; algunas personas que vinieron de fuera no podían abandonar sus fuentes de trabajo porque no siempre la institución en la que estaba trabajando era la que colaboraba con la investigación sino que estaban haciendo las veces de consultores de la OMS, y eso implicaba tener que pedir permiso a sus instituciones contratantes.

5. *Cierto grado de representatividad.* A pesar de que en una investigación cualitativa no es necesario tener en cuenta una muestra poblacional, de todas maneras hubo la preocupación por encontrar un cierto grado de representatividad. Esa fue la razón de escoger estos tres departamentos que representan a las tres áreas ecológicas del país.

6. *Diferencias en la calidad de los servicios ofertados.* En las reuniones que tuvo el equipo de investigación se llegó al convencimiento de que al hacer el estudio en estos tres Departamentos íbamos a encontrar un cierto gradiente en la calidad de los servicios, asumiendo de manera hipotética que en Santa Cruz estaban los servicios de mejor calidad, en Cochabamba servicios de una calidad intermedia y en La Paz servicios de una calidad menor. Pero no solamente era el convencimiento de esta gradiente de calidad en el área troncal sino que al interior de cada uno de los departamentos se escogieron provincias que nos permitieran también encontrar esa misma gradiente, es decir servicios con una calidad buena, servicios con calidad intermedia y servicios con calidad menor.

2. Etapas de la Investigación

En la metodología de esta investigación es posible identificar cuatro etapas, que corresponden a la primera etapa de diagnóstico de la metodología de la Organización Mundial de la Salud.

1. *Etapla preparatoria.* Dicha etapa fue realizada en octubre de 1994. En este mes se visitaron las sedes de los tres departamentos para hablar con las autoridades principales de salud sobre el proceso de la investigación y del levantamiento de datos en los territorios donde tenía que presentarse el equipo de investigación. Posteriormente hasta 1995 se realizó el acopio bibliográfico que se ha denominado «Documento Base». Este documento recolecta una buena parte de las investigaciones en salud reproductiva que se han hecho en el país. Esa recopilación no pretende ser exhaustiva, seguramente todos ustedes estarían en condiciones de decir «falta esta investigación o falta esta otra», pero es también el resultado de que muchos trabajos se quedan en informes, no se publican, o no llegan a los centros de documentación, no se distribuyen a las instituciones que les podrían utilizar; de suerte que también en esta etapa de acopio bibliográfico tuvimos la dificultad de acceder a investigaciones cuya existencia se conocía pero cuyos documentos no estaban disponibles.

2. *Etapla de trabajo de campo.* Esta etapa se realizó entre los meses de octubre y noviembre de 1955. Fueron 6 semanas de duración del trabajo de campo; una primera semana fue trabajo de gabinete, tres semanas de levantamiento de datos y una semana de consolidación de la información en un borrador preliminar.

3. *Trabajo de gabinete.* En esta etapa se procesó la información y se mejoró el informe de los diferentes territorios visitados. Este trabajo duró aproximadamente hasta junio de 1996.

4. **Edición del documento:** *Diagnóstico Cualitativo de la Atención de la Salud Reproductiva en Bolivia*, que tienen ahora en sus manos, y que fue de aproximadamente dos meses de duración, entre julio y agosto de 1996.

3. Planificación del Trabajo y Conformación de Equipos

Equipos de trabajo

¿Cómo nos organizamos y planificamos? Lo primero que hicimos fue elaborar itinerarios para saber cuáles eran las combinaciones aéreas, y qué facilidades tenía el equipo de investigadores para movilizarse hacia Santa Cruz, Cochabamba y La Paz.

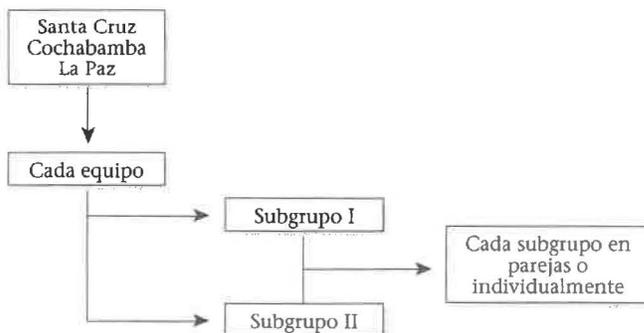
En segundo lugar, se conformaron equipos de trabajo con un total aproximado de 17 personas provenientes de la Secretaría Nacional de Salud, en el nivel central; de las Direcciones Departamentales de Salud; profesionales que no pertenecen al sector salud; además todo el equipo de consultores internacionales, representantes de la OMS, del Population Council, de CEMICAMP-Brasil y de la Universidad de Michigan.

Además de ser un equipo multiinstitucional, el equipo fue multidisciplinario porque estuvo compuesto por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, sociólogos, psicólogos y antropólogos. El equipo permanente de investigación estuvo conformado por:

◆ Virginia Camacho	}	Secretaría Nacional de Salud
◆ Alberto de la Gálvez Murillo		
◆ Marcos Paz		
◆ Ximena Machicao	}	CIDEM
◆ Rosario André	}	Proyecto SIDA/GTZ
◆ María Dolores Castro	}	Universidad Mayor de San Andrés
◆ Ruth Simmons	}	OMS
◆ Juan Díaz	}	Population Council
◆ John Skibiak		
◆ María Yolanda Makuch	}	CEMICAMP
◆ Luis Bahamondes		
◆ Anne Young	}	Universidad de Michigan

En cada Departamento nos dividimos en dos equipos de investigación para trabajar tanto en el área rural como en el área urbana. A su vez cada equipo de trabajo, con el propósito de abarcar más territorio y entrevistar a más personas, se dividió en sub grupos, generalmente en dos sub grupos. Y una vez que se llegaba al terreno cada sub grupo, según las necesidades y las posibilidades de entrevista, se dividía o en parejas o individualmente, repito para abarcar más territorio y más entrevistas debido a la reducida cantidad de tiempo disponible.

EQUIPO I



Técnicas de Investigación

Fundamentalmente se aplicó la entrevista en profundidad que fue fortalecida con otras técnicas como la observación, diarios de campo, fotografías y mapas. Se elaboraron cuatro guías de entrevistas: autoridades del sector salud, alcaldes y otros líderes comunitarios, proveedores de servicios y para personas de la comunidad. Los instrumentos fueron diseñados con preguntas sobre actitudes, conocimientos y prácticas referentes a dos grandes áreas que tocaba la investigación: Servicios de Planificación Familiar y Servicios Obstétricos.

Los equipos de investigación aplicaban básicamente dos modalidades: con las personas se realizaban entrevistas, apuntes en los cuadernos de campo, grabaciones y fotografías. Y en los establecimientos se hizo observación de los servicios más no del desempeño profesional de los servidores; básicamente nos interesaban las condiciones físicas del establecimiento y del equipo clínico y suministros. También se tomaban apuntes en los diarios de campo y se registraba información mediante fotografía. La modalidad fue la siguiente:

- a. Con personas: Entrevistas/apuntes/grabación/fotografías
- b. En servicios : Entrevistas/observación/apuntes/fotografías

Finalmente, después de terminar la investigación en cada Departamento, los equipos debían elaborar un índice de temas para los informes preliminares. Se acordó que los equipos no debían movilizarse hacia el siguiente departamento sino completaban un informe preliminar dado que en una investigación cualitativa siempre existe el temor de que una cantidad de matices de las entrevistas podían irse perdiendo y no era conveniente correr este riesgo.

4. Lugares Donde se Realizó la Investigación

El trabajo de campo fue realizado en 1995 cuando todavía no había sido aprobado el modelo sanitario actual, entonces persistía en ese momento la terminología de Distritos. Además esos meses eran uno o dos previos a la nueva elección de alcaldes municipales con duración de cuatro años, por lo que en algunos lugares los alcaldes habían renunciado y se entrevistó al suplente, y en otros lugares, esas autoridades ya no son las mismas en la actualidad.

SANTA CRUZ

DISTRITO	PROVINCIA	SECCION	LOCALIDAD	SERVICIO
Chiquitanía Norte	Ñuflo Chávez	Primera Segunda	Concepción San Javier San Ramón San Julián	Hospital de Distrito Centro de Salud Centro de Salud Puesto Sanitario
	Guarayos	Primera Tercera	A. Guarayos El Puente	Centro de Salud Puesto Sanitario
Valles Cruceños	Vallegrande	Primera Segunda	Vallegrande Trigal Paredones	Centro de Salud Puesto Sanitario Puesto Sanitario
	Florida	Primera Tercera	Samaipata Mairana Los Negros	Hospital de Distrito Centro de Salud Puesto Sanitario
	Manuel María Caballero	Primera	Comarapa	Centro de Salud
Distrito III	A. Ibañez	Primera	Santa Cruz	Maternidad Percy Boland

En Santa Cruz visitamos los Distritos de Chiquitanía Norte, Valles Cruceños y el Distrito III de la ciudad de Santa Cruz. Estos Distritos corresponden a 7 de las 15 provincias que tiene el Departamento de Santa Cruz. O sea que visitamos la mitad de las provincias que tiene el Departamento.

De las 46 secciones municipales, se visitó 11 que más o menos corresponden al 30% de las secciones municipales. En estas localidades entrevistamos y visitamos diferentes establecimientos de salud: hospitales de Distrito, centros de salud y puestos sanitarios tanto estatales como privados. Además estuvimos en escuelas, alcaldías y otro tipo de instituciones de la sociedad civil, así como en comunidades rurales.

En el caso de la ciudad de Santa Cruz no sólo visitamos la Maternidad Percy Boland, sino también centros de salud de otras zonas de la ciudad. Estuvimos por ejemplo en el Plan 3000 que no figura en el cuadro.

COCHABAMBA

DISTRITO	PROVINCIA	SECCION	LOCALIDAD	SERVICIO
Valle Alto	Arani	Segunda	Vacas Paredones	Centro de Salud Puesto Sanitario
	Punata	Primera	Punata	Hospital de Distrito
	Tiraque	Primera	Tiraque	Centro de Salud
Chapare Tropical	Chapare	Tercera	Villa Tunari Samusabeth	Hospital de Distrito Centro de Salud
Carrasco Tropical	Carrasco		Ivirgazama Bulo Bulo Eterazama German Busch	Hospital de Distrito Puesto Sanitario Puesto Sanitario Puesto Sanitario
Aiquile	Campero	Primera	Aiquile	Hospital de Distrito
		Tercera	Omereque	Hospital I. Católica Centro de Salud
Urbanos Norte y Sud	Cercado	Primera	Ciudad Cochabamba	Maternidad G. Urquidi Centro CSR Escuela TSP Facultad de Medicina Centro de Salud S. Ana Centro H. Williams COMBASE E. Seton Maternidad CNS

En Cochabamba visitamos el Distrito de Valle Alto, que ahora se llama Sub Región de Valle Alto. Fuimos al Chapare Tropical y Carrasco Tropical que hoy comprenden la Subregión Sudeste. Visitamos el Distrito de Aiquile y también los dos Distritos de la ciudad de Cochabamba. De las 16 provincias que tiene Cochabamba visitamos 7, que representan casi la mitad de todas las provincias.

En Cochabamba hicimos muchas más visitas porque tuvimos más gente para el equipo de campo, profesionales de la Dirección Departamental de Salud que además se adhirieron con mucho entusiasmo. También aquí visitamos centros de salud, hospitales y puestos de Distrito. En Aiquile sucedió una cosa muy interesante: de entrevistadores pasamos a ser entrevistados; en este lugar hay una radio de la Prelatura, pero también hay canal de televisión; y bueno la gente se enteró de nuestra llegada y nos pidieron que explicáramos a la población cuáles eran las razones por las que estábamos en Aiquile y nos hicieron varias entrevistas. También fue interesante dado que Aiquile es un lugar donde hay conflicto entre la Iglesia Católica y los servicios de salud por el asunto de la planificación familiar, entonces una de nuestras entrevistas fue aplicada al Monseñor que está a cargo de la Prelatura.

LA PAZ

DISTRITO	PROVINCIA	SECCION	LOCALIDAD	SERVICIO
Santiago de Machaca	Ingavi	Primera	Viacha	Hospital de Distrito Centro de Salud
		Tercera	Tihuanacu	Centro de Salud
Illampu	Omasuyos	Primera	Achacachi Huarina	Hospital de Distrito Centro de Salud
Garita de Lima	Murillo		La Paz	Hospital de Distrito
Central				Hospital de la Mujer Centro CSR
	Murillo	Cuarta	El Alto	Hospital Los Andes PROSALUD Centro de Salud-FIDES

En La Paz los Distritos que visitamos fueron Santiago de Machaca, Illampu, Garita de Lima, y el Distrito Central de la ciudad de La Paz. De las 20 provincias que tiene el Departamento, visitamos solamente 4 por las dificultades de tiempo y la extensión territorial. Aquí estuvo incluida la ciudad de El Alto, en donde visitamos el Hospital Los Andes, servicios de PROSALUD y el Centro de Salud de Escuelas Radiofónicas-FIDES.

5. Personas Entrevistadas

Se realizaron aproximadamente 500 entrevistas. En todos los lugares se entrevistaron las siguientes personas:

- * Alcaldes y Agentes Cantonales
- * Intendentes
- * Concejales
- * Responsables de Salud en Alcaldías
- * Presidentes de Juntas Vecinales y Sindicatos Campesinos
- * Presidentes y miembros de Comités Populares de Salud
- * Directores Departamentales de Salud
- * Jefes de Programas de Salud
- * Responsables de URES
- * Directores de Distritos de Salud
- * Directores de Hospitales

- * Jefes de Servicios Gineco-Obstétricos
- * Proveedores de servicios: médicos especialistas y generales, odontólogos trabajadoras sociales, enfermeras y auxiliares de enfermería, parteras empíricas y capacitadas
- * Representantes de iglesias
- * Vendedores en farmacias
- * Personeros de ONGs
- * Mujeres y hombres de la comunidad
- * Usuaris/os de los establecimientos de salud

En las entrevistas realizadas a las autoridades municipales se profundizó en cómo estaba funcionando la Ley de Participación Popular y la asignación presupuestaria de la alcaldía a los servicios de salud. Las entrevistas con miembros de la comunidad fueron muy importantes. En este caso íbamos a las casas, tocábamos las puertas, íbamos a los mercados o simplemente en una calle o en un parque pedíamos una entrevista y en ningún momento nadie absolutamente nadie, se negó a ello.

Con las vendedoras de los mercados, sucedieron hechos muy singulares: Nos acercábamos a comprar fruta por decir, entablábamos un diálogo con una de las vendedoras y en algunos lugares automáticamente vendedoras que estaban al lado de la persona con la que se estaba hablando se acercaban interesadas en el tema y se generaba todo un círculo de calidad comunitario.

También visitamos escuelas o colegios, donde hablábamos con profesores y estudiantes. Igualmente en este caso, el interés por la información sobre temas de salud reproductiva era muy fuerte y en ocasiones asistíamos a charlas con cursos enteros.

En el Chapare se tuvo una experiencia muy importante dado que se hicieron entrevistas en momentos de reuniones comunitarias y se tuvo la oportunidad de hablar con dirigentes cocaleros y campesinos.

En las entrevistas a distintos proveedores de salud, el aspecto de suministros fue un tema que preocupó y fue objeto de investigación, lo mismo que la Ley de Participación Popular en cuanto a su efecto en el Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer.

6. Índice del Informe Final

Finalmente, se realizó el índice de trabajo, que corregido luego de la primera experiencia, el siguiente es el índice que ha quedado finalmente como parte del documento de publicación:

- I. Antecedentes.
El Concepto de Salud de la Mujer, Situación Actual de la Salud de las Mujeres, Contexto Político, Marco Institucional.
- II. Necesidades, Perspectivas y Estrategias de las Mujeres en relación a la Salud. Salud Mujeres y Comunidad, Embarazo y Parto, Planificación Familiar, Conclusiones y Recomendaciones.
- III. Implementación del Programa de Atención Integral a la Mujer y la Ley de Participación Popular. Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer y la Estrategia de Salud Reproductiva, Tendencias Emergentes de la Ley de Participación Popular, Conclusiones y Recomendaciones.
- IV. Utilización de los Servicios, Acceso y Calidad de Atención.
Utilización de los Servicios de Salud de la Mujer, Accesibilidad, Calidad de Atención, Conclusiones y Recomendaciones.

- V. Capacidad Técnica de los Servicios.
Atención Prenatal, Atención del Parto y Puerperio, Capacidad Resolutiva.
Instalada de la Red, Planificación Familiar, Enfermedades de Transmisión Sexual, Prevención del Cáncer Cérvico-Uterino, Conclusiones y Recomendaciones.
- VI. Capacidad Administrativa.
Recursos Humanos, Planificación y Programación de Actividades, Organización de los Servicios Locales de Salud, Supervisión, Evaluación y Monitoreo, Logística y Suministros, Otros Servicios, Materiales Educativos, Conclusiones y Recomendaciones.
- VII. Conclusiones y Recomendaciones Generales.

En este índice, ustedes pueden ver que hay diversos aspectos no solamente vinculados con los servicios en cuanto a planificación familiar y servicios obstétricos sino que también están vinculados aspectos de capacitación, de equipamiento, de relaciones internacionales, las perspectivas y necesidades de las mujeres, las perspectivas y necesidades de las autoridades, de los dirigentes, etcétera.

En una investigación no siempre hay cosas favorables, siempre hay dificultades y es parte de la ética de la investigación mencionar las dificultades, no decir: «que todo ha sido maravilloso». Entre las dificultades, el poco tiempo disponible nos impedía abarcar más territorio y entrevistar a más personas. Tuvimos dificultades en el caso de La Paz, porque no contamos con el apoyo de representantes de la Dirección Departamental que lamentablemente estaban en otras actividades, eso nos impidió abarcar más territorio y más entrevistas.

Otra dificultad fue el hecho de que encontrábamos Alcaldías con alcaldes «nuevitos» o que habían renunciado porque estaban postulándose a la nueva elección, esto implicaba que la persona que lo estaba reemplazando no siempre tenía el conocimiento suficiente para que pudiera absorber todas las dudas que los investigadores habían plasmado en las guías de entrevista.

En el trabajo mismo de terreno y en el contacto con la comunidad y con los proveedores de servicios no tuvimos ningún tipo de dificultades; todos se mostraron muy predispuestos, muy colaboradores y la verdad es que el resultado de este trabajo ha tenido una amplia participación, y en realidad en el documento figuran ciertos nombres como investigadores o elaboradores de este informe, pero el trabajo les pertenece a la comunidad y a los proveedores de servicios a los cuales hemos entrevistado.

II. 2 PRINCIPALES RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO CUALITATIVO

Virginia Camacho ()*

Muy buenos días, quiero comenzar diciendo que este esfuerzo no hubiera sido posible sin la participación efectiva de organizaciones de mujeres representadas por Ximena Machicao del CIDEM, por María Dolores Castro antropóloga, quien está coordinando en realidad nuestro Taller. Sin la participación comprometida de los (las) Jefes de Programas y Servicios, Directores(as) de ONGs, compañeros(as) de trabajo, proveedores de servicios del área rural y fundamentalmente por el trabajo y por todo el apoyo en la conducción de Ruth Simmons de la OMS, quien fue la que dirigió el equipo nacional e internacional. También quisiera agradecer, así no este presente, a Peter Hall quien es el Jefe en Ginebra, del Programa Especial de Introducción de Tecnologías Anticonceptivas a nivel mundial. Este Taller también ha sido posible gracias al apoyo financiero y técnico de la Organización Mundial de la Salud.

Ha sido un proceso complicado en mi entender el tratar de hacer una evaluación cualitativa, donde la óptica del sector público estuviera presente. Ha sido complicado porque, por un lado, teníamos que tener la capacidad de ser absolutamente imparciales y objetivos de lo que estábamos viendo de nuestros propios servicios al margen de lo que veíamos en los servicios de la seguridad social, del sector privado y de las ONGs. Por ello que las conclusiones y los resultados de la investigación traducen un esfuerzo mucho más del que podemos imaginar todos, sobretodo teniendo en cuenta el esfuerzo de la imparcialidad.

Por otro lado, iniciar un Diagnóstico Cualitativo estando convencidos de que lo que estábamos haciendo desde la óptica del sector público y lo que estaban haciendo las ONGs, implicó un reto importante, dado que la evaluación tenía que darnos insumos que nos permitiera y permitan reorientar nuestro trabajo.

Además, quiero decirles que yo soy una convencida que la salud reproductiva no es un problema del sector público, no es un programa de la seguridad social ni de las ONGs, yo creo que es un programa de la sociedad boliviana en su conjunto, porque como bien decía Juan Díaz esta mañana al presentar la Nueva Estrategia de la OMS, todos tienen un rol que cumplir para que lo que pretendemos hacer sea exitoso y sea efectivo, por lo tanto la percepción comunitaria juega un rol fundamental; ya que a partir de esa concepción, los que diseñamos programas, políticas y proveemos servicios, nos tenemos que retroalimentar permanentemente. Creo en definitiva que este es el esfuerzo de este trabajo.

1. Conclusiones y Recomendaciones

A continuación voy a hablar, de una manera muy general, sobre las conclusiones y las recomendaciones, pero coincido que esto no es más que un «aperitivo», porque todos estamos en la obligación de leer el documento, apropiarnos de él y plantear elementos que realmente puedan contribuir a este proceso de diálogo que estamos iniciando el día de hoy.

Básicamente las conclusiones y recomendaciones generales las hemos agrupado tomando en cuenta algunos elementos de los resultados de la investigación. Yo he tratado de seleccionar los resultados que a mi me han parecido más importantes desde el punto de vista de responsable de un programa del sector público. Estos resultados giran en torno a cinco temas fundamentales:

(*) Virginia Camacho, es médica gineco-obstetra y Jefa del Departamento de Salud de la Mujer de la Dirección de la Mujer y el Niño, Secretaría Nacional de Salud y Coordinadora Nacional de Proyectos de Salud Reproductiva.

- a) *El nivel de las necesidades, perspectivas y estrategias de las mujeres en relación a la salud.*
- b) *La implementación del programa de atención integral a la mujer y la Ley de Participación Popular.*
- c) *La utilización de los servicios, acceso y calidad de atención.*
- d) *La capacidad técnica de los servicios.*
- e) *La capacidad administrativa de los servicios.*

Con base en estos temas, quiero hacer algunas referencias sobre algunas conclusiones y recomendaciones que me parecen fundamentales en el contexto global:

1. Se identificó que existe en nuestro país un programa de Salud Reproductiva. Cuando hablo de un programa de salud reproductiva me refiero a todos los actores que forman parte de este programa: el sector público, la seguridad social, las ONGs, el sector privado y la sociedad civil.

2. El país cuenta con declaraciones de principios sobre temas vinculados con la población y el desarrollo. En la investigación nos interesaba ver cómo estaba la implementación de un programa con este nuevo enfoque de desarrollo humano, dónde se insertan elementos tan importantes como los aspectos socioculturales, aspectos que están vinculados a la temática de género, la salud en sí misma y otros elementos que han hecho que podamos construir un programa de salud reproductiva que realmente responda a las demandas y necesidades de la población.

Todo ello está ligado a una propuesta, a una declaración formal que hace el Gobierno de Bolivia en dos grandes Conferencias mundiales que hemos vivido en estos dos últimos años: las de El Cairo y Beijing. Entonces nos preguntamos ¿cuál es el posicionamiento que toma el Gobierno de Bolivia en estas conferencias internacionales?

En este sentido, para mí un resultado importante de esta investigación cualitativa es el haber podido identificar que **todavía existen elementos que no son coherentes a una declaración de principios como las de el Cairo y Beijing con la implementación concreta en los servicios de salud de los programas de Salud Reproductiva.**

3. La mortalidad materna. El documento expresa que la mortalidad materna en nuestro país es un problema de salud pública. Tenemos indicadores dramáticos de muerte materna; todos sabemos que son cerca a 1000 mujeres que mueren al año, pero también existe conciencia por parte de las autoridades de gobierno, las ONGs, la seguridad social, estamos preocupados con este indicador.

Un elemento importante y que a mi me parece clave en el resultado de la investigación, es que la sociedad no está conciente, o no se ha apropiado de lo que significa la mortalidad materna. La sociedad no lo reconoce como un problema de salud, no lo reconoce como un elemento importante en su vida cotidiana. En la investigación hay un entrecorillado que dice, «Qué piensa usted de la muerte materna e infantil» y la respuesta de algunos grupos comunitarios fue: «bueno les ha debido llegar la hora».

Yo creo que un desafío, entre otros, que nos plantea la investigación, es ¿cómo logramos que la sociedad boliviana, que la comunidad, que las mujeres, los hombres, los jóvenes, se apropien de la importancia de la mortalidad materna y entiendan que este problema está ligado directamente a los procesos de desarrollo del país.

4. Por la profunda discriminación que viven las mujeres en nuestro país, la salud de las mujeres no está valorizada desde la perspectiva social y comunitaria. Es decir, no solamente es la mujer la que no valoriza su salud sino es la sociedad en su conjunto que no valoriza la salud de la mujer. El rol reproductivo maternal asignado socialmente a las mujeres, es uno de los factores que

determina el comportamiento que ellas tienen en relación con la valoración de la salud de los otros y del bienestar familiar donde la salud de la mujer no es una prioridad.

Teniendo en cuenta este resultado, otro desafío que se nos presenta es: ¿cómo incorporamos los temas de género en la implementación de las políticas y en los programas, que a la final constituyen la respuesta operativa en el nivel de los servicios de salud pública?

5. Necesidad del diálogo intercultural. La investigación realmente nos demuestra y nos dice: «señores, ustedes no han logrado internalizar al interior de los programas un diálogo intercultural». Y ese diálogo intercultural no se refleja en que el doctor aprenda a atender un parto en la posición que la mujer desee, no es ese el problema, el doctor lo puede aprender, pero si eso no está acompañado de un proceso de reflexión que incorpore este diálogo intercultural, el proveedor o la proveedora de servicios no entenderá el motivo o la razón por el cual lo está haciendo.

6. Necesidad de la vinculación del tema de la igualdad y de la equidad de las mujeres en la salud reproductiva. Si no se incorporan estos temas, no se va a avanzar. Si ustedes no incorporan el diálogo intercultural en las poblaciones que corresponden a nuestros servicios de salud, ustedes no van a avanzar. Si no somos coherentes con lo que decimos y con lo que hacemos, no se va a avanzar, por ejemplo es el caso de la Declaración de El Cairo donde Bolivia jugó un papel fundamental al punto que la comunidad internacional dijo: «Bolivia tiene una propuesta frente a temas vinculados a la salud reproductiva de primera calidad, realmente es un país de avanzada», pero si los proveedores de salud no han incorporado estos temas y no están convencidos de ello, no podemos hacer mucho.

En este sentido, el Diagnóstico Cualitativo nos relata que el país ha avanzado en la salud reproductiva, pero que si no toma en cuenta una serie de factores que tienen que ver con la interculturalidad y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, los programas de salud reproductiva se van a estancar en un proceso mediocre de formulación, de diseños y de implementación de políticas públicas.

2. Principales Recomendaciones

He escogido algunas recomendaciones del Diagnóstico Cualitativo que me parecen importantes para discutir ya que son temas que recogen las percepciones de las usuarias, de los proveedores y la percepción en general de quienes participaron en este proceso de diagnóstico:

1. Concientizar a los proveedores de que la estrategia de salud reproductiva es sólo una y que todas las acciones son necesarias y tienen el mismo valor e importancia. Hay que fortalecer la difusión del concepto de los derechos sexuales y reproductivos. Esta es una recomendación fundamental; es decir, hay proveedores que se enamoran de la planificación familiar y no les importa la atención obstétrica o tomar a una mujer un papanicolaou o controlarle alguna enfermedad de transmisión sexual. Es decir, el elemento clave de este resultado es que la salud reproductiva es una y que tiene muchos componentes y que todos de una manera u otra tienen la misma importancia.

Creo que esta situación nos debe inducir a la formulación de currículas de capacitación, en lo que significa la formulación de currículas de formación de médicos, enfermeras, auxiliares, etc. Ello también nos plantea ¿cómo vamos a enfrentar el tema a nivel de información, educación y comunicación comunitaria? y ¿cómo vamos a organizar la oferta de los servicios?. Es necesario que la oferta de servicios esté enmarcada en una propuesta de atención integral a la salud de la mujer que realmente sea una respuesta a las mujeres frente a su demanda en términos de su salud.

2. Articular el proceso de capacitación popular y de líderes municipales en una estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC), planificada y ejecutada de acuerdo con las particularidades locales. Esta es otra recomendación que me parece clave, porque como ustedes saben ya hemos vivido una experiencia con la campaña de salud reproductiva, que generó un debate nacional donde de una u otra manera todos tenían algo de razón. La Iglesia tenía su parte de razón, la Secretaría tenía su razón, las ONGs tenían razón, los usuarios tenían razón, en lo positivo y negativo que tuvo la campaña. Pero uno de los mensajes que nos dejó el debate y el diálogo nacional, es que no hemos tenido la capacidad de diseñar programas que correspondan a la realidad de la gente que los necesita.

3. Es necesario mejorar las relaciones interpersonales y en general la calidad de la atención, fortaleciendo el respeto y el diálogo intercultural y de género. Por lo tanto es importante formular normas y procedimientos en relación con la calidad de atención y la orientación, que incluya la libre elección de métodos, de posición durante el parto y de otras prácticas ejercitadas por la comunidad. Es decir, no es solamente a través de un Decreto Supremo que se les puede decir a los proveedores, desde la Secretaría de Salud, la Caja o las ONGs: «señores a partir de hoy ustedes atienden el parto como la mujer quiera». Nosotros lo podemos decir, de hecho está en las Normas de Calidad, está en el concepto de Atención Humanizada del Parto, pero, ¿cómo logramos mejorar esta relación interpersonal, y fortalecer el respeto y el diálogo intercultural?.

Yo espero que en estos dos días de trabajo, Ustedes nos puedan dar algunas sugerencias para que todos en conjunto podamos mejorar las relaciones interpersonales y en general la calidad de atención.

4. La orientación en relación a la oferta de métodos existentes, debe tener su correlato en la oferta real y en las posibilidades de referencia a los centros de salud y hospitales. El proceso de la orientación en salud reproductiva no está conscientemente incorporada en la red de servicios. La gente va y hace una orientación mecánica: «mira estos son todos los métodos que hay», y de repente esto se dice en un puesto de salud donde no hay acceso sino a condones, a píldoras, a espumas o a tabletas vaginales. También muchas veces no hay una orientadora o un orientador que pueda hacer una referencia desde un puesto de salud a los centros de salud y hospitales. Es decir, «¿qué hago yo con una mujer que asiste a un servicio por un método X que no puedo ofertar en el servicio y no hago la referencia necesaria?». Para mí esta es una reflexión fundamental de la investigación, que nos parece muy pequeña, muy chiquita pero que realmente tiene un contenido profundo dentro del proceso de la atención.

5. La necesidad de ampliar la oferta de métodos anticonceptivos, en la oferta actual. En la investigación hemos detectado la necesidad de incorporar e introducir los anticonceptivos inyectables. En las regiones visitadas donde se detectó la necesidad de inyectables, se recomienda establecer una estrategia de introducción de inyectables con investigaciones sistemáticas dentro del sector público. Y cuando hablo del sector público no hablo solamente de la Secretaría de Salud sino también del sistema de seguridad social y de las ONGs, porque todos formamos el sistema público y descentralizado en salud.

Este esfuerzo introductorio no debe fortalecer solo los inyectables sino en general la calidad de atención en todos los métodos. Como dijo Juan Díaz no sólo nos interesa introducir algún método sino también reintroducir los métodos de planificación familiar en el marco de lo que se llama un proceso de la calidad de atención.

En los resultados de la investigación, la mayoría de los proveedores expresó que por lo menos dos anticonceptivos inyectables deberían ser incorporados a los programas. Pero también cuando

se hablaba de planificación familiar, se recalcó la importancia de fortalecer los métodos naturales de planificación familiar y de incorporar, pero seriamente, la esterilización quirúrgica voluntaria en mujeres de alto riesgo reproductivo.

En la investigación del área rural hemos visto que evidentemente la gente usa métodos de planificación familiar natural. Sin embargo, también encontramos que por lo general, la orientación respecto a estos métodos está mal hecha, la información no está bien dada y el personal de salud no está bien entrenado en estos métodos.

6. Los médicos deben ser entrenados en la atención del parto en posiciones alternativas, pero pasando por una reflexión que conduzca a un cambio de la práctica institucional en favor de la interculturalidad. Si no introducimos esto en los servicios de salud, no estamos reflexionando en la importancia de las perspectivas que tienen las mujeres frente al tema de salud y en el enfoque de género que queremos incorporar a los programas de salud reproductiva.

7. Hay una necesidad de nuevos documentos normativos, que asignen roles más claros a los diferentes trabajadores de la salud, pero estas normas deben ser respetadas tanto por las autoridades como por el propio personal de modo que se incremente el grado de responsabilidad que tienen los proveedores sobre la salud de las mujeres. Sin embargo, estas funciones deben ser reconocidas por el conjunto de los proveedores de servicios en forma coherente. Sobre este punto es importante aclarar que la Secretaría Nacional de Salud está trabajando sobre nuevas Normas que más adelante se conocerán y que esperamos ayude a resolver esta necesidad.

Un tema importante que se destaca en esta recomendación es la necesidad de desmedicalizar la atención de la salud reproductiva, con esto que me refiero, para hacerlo más claro tal vez, a que los médicos, y en esos me incluyo yo, no tenemos la capacidad de reconocer el rol de una enfermera licenciada, no le asignamos otros roles porque nosotros nos atribuimos la atención. Lo que decía el Doctor Javier Tórez Goitia esta mañana: «la medicalización de la atención ha sido tan profunda que el médico ha jugado el rol importante, no hemos sido capaces de compartir la tarea de la salud con otro personal que lo pueda hacer tan bien o mejor que nosotros».

Otro elemento importante es el de la verticalidad en el trato, tiene que ver con las relaciones de poder, por ejemplo, hay una discriminación en el conjunto de los proveedores de servicios. El médico discrimina a la enfermera, la enfermera a la auxiliar, la auxiliar a la usuaria, y hay otros elementos que se cruzan en esta incoherencia que tenemos al plantear el tema de los recursos humanos. Y creo que esta situación amerita una discusión importante entre todos los que estamos presentes para hacer recomendaciones que se ajusten a las necesidades que tiene el sistema de salud.

8. Se debe intensificar nuestro trabajo de apropiación en el nivel local de lo que ha significado el posicionamiento de Bolivia en El Cairo y Beijing en relación con los temas de salud reproductiva. Y este no es un problema solo desde la óptica del sector público, nosotros hemos identificado por ejemplo, como un primer resultado, que las autoridades civiles de nuestro país, –con ello me refiero a los municipios, alcaldes, concejales, representantes comunitarios, proveedores de servicios, instituciones públicas y privadas– manejan una lógica de la implementación que no es coherente con la declaración de principios; es decir, es muy incipiente la implementación de un programa de salud reproductiva en este gran espectro que ha significado este gran cambio y en el posicionamiento que tiene nuestro país en este momento frente al Cairo y Beijing. Creo que este es uno de los elementos más importantes que se tiene que discutir y de este Taller tiene que salir resultados concretos.

En general estas son las conclusiones y recomendaciones que yo he recogido del conjunto de la investigación y que me parecen importantes para abordar, transmitir y compartirlas con ustedes.

Hay una serie de conclusiones que también son importantes pero que seguramente las conocerán cuando lean el texto. Por ejemplo, a una conclusión que no le di énfasis, porque creo que el Estado está dando respuesta de alguna manera, es el tema de los costos.

El costo de la atención en los servicios de salud es una conclusión importante de la investigación. Es decir la comunidad siente que los servicios no son accesibles desde el punto de vista económico, esto vale tanto para la atención obstétrica como la salud reproductiva en general. El tema de los costos es un elemento que aparece en la investigación en forma permanente y creo que cuando terminamos la investigación todavía no se había lanzado el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, a pesar que ya se hablaba de un plan de focalización de acciones del Plan Vida para el año 1996, o sea ya teníamos la idea de un fondo solidario. Sin embargo, El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez debe ir acompañado de una serie de elementos que no sólo eliminen la barrera económica, sino también fortalezca las relaciones interpersonales y la calidad de atención.

Además, creemos que en el proceso de atención en la salud reproductiva tenemos que ir incorporando otros elementos que nos parecen fundamentales como es el diálogo intercultural, y a las mujeres como sujetos de las políticas y de los programas.

Reitero que les he dado una visión muy rápida de algunas conclusiones, pero he querido puntualizar los elementos que a mi juicio son fundamentales para luego traducirlos en lo que va a significar la discusión y el diálogo con este auditorio tan rico en experiencia, con este auditorio tan comprometido en el tema de la salud de las mujeres. Yo nuevamente les agradezco por su presencia y creo que vamos a poder dejar iniciativas interesantes de nuestro trabajo en este periodo.

Muchas gracias.

RONDA DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Facilitadora: Rosario Andre^(*)

En esta primera parte hubo una serie de preguntas e intervenciones sobre los distintos temas expuestos. A continuación se hace un resumen de las principales preguntas e intervenciones que giraron alrededor de temas como *metodología, temas de discusión para el Taller y otros de interés como el aborto*. En general los expositores aclararon que gran parte de las dudas se despejarían cuando se profundizara en las lecturas de los documentos presentados en el Taller. También se planteó que el Diagnóstico Cualitativo forma parte de un proceso de investigación e implementación que todavía no termina, por ello, el presente evento es de gran importancia ya que la participación de todos los asistentes coadyuvará a resolver dudas, a readecuar metodologías y a plantear líneas de investigación e implementación. En este sentido muchas de las ideas de los asistentes deben ser incorporadas en las conclusiones finales de este Taller.

(*) Rosario André, es médica salubrista y coordinadora nacional del proyecto PREV-SIDA-GTZ/Unión Europea.

1. Metodología

Preguntas

¿Porqué se ha hecho un Diagnóstico Cualitativo y no Cuantitativo?, acaso ¿hay un divorcio entre lo cuantitativo y lo cualitativo?. Muchos de los asistentes consideraron que un diagnóstico cualitativo debe estar, de alguna manera, respaldado también con algunas cifras de tipo cuantitativo.

Considerando que el sujeto de la Atención Integral a la Mujer son precisamente las usuarias de los servicios y las mujeres en general, ¿qué porcentaje de los entrevistados correspondió a usuarias?, ¿qué porcentaje de mujeres en relación a hombres, dentro del estudio, fueron entrevistadas?.

Respuestas

En respuesta a estas inquietudes Juan Díaz dijo que «de alguna manera esto fue aclarado en la exposición de la Nueva Estrategia de la OMS. En la Nueva Estrategia hay una etapa de evaluación, una de investigación y después un etapa de aplicación con el objetivo final de mejorar la calidad de la atención en salud reproductiva con énfasis en planificación familiar.

Si bien la OMS planteó la Estrategia, este proceso es nacional y en este sentido la estrategia es suficientemente flexible para apropiarse o colaborar con las necesidades reales del país. Bolivia dijo muy claramente: «muy bien, podemos participar de esa estrategia, tenemos interés, pero no sólo en planificación familiar, sino en planificación familiar dentro de un contexto amplio de salud reproductiva y teniendo cuidado de analizar también aspectos de atención obstétrica. Ese es el objetivo de esta etapa de diagnóstico, servir de subsidio para poder plantear intervenciones e investigaciones que nos permitan mejorar la calidad de la atención.

Sobre el Diagnóstico Cualitativo reconocemos que fue muy difícil ponerle un título, porque no fue sólo un diagnóstico cualitativo sino un diagnóstico global. Sin embargo, preferimos ponerle el apellido de «cualitativo», porque básicamente el proceso de investigación se basó en una metodología cualitativa de entrevistas a profundidad destacando las actitudes, conocimientos y prácticas tanto de los proveedores de salud como de los usuarios y de población no usuaria de los servicios. Pero, también usamos todos los antecedentes cuantitativos que han sido investigados en otros trabajos y en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDSA/94. Pedimos disculpas ya que hubo un atraso logístico; este documento lo hubieran tenido todos ustedes ojalá 10 días antes, y lo hubieran podido leer y analizar. Quizá cuando lean con más calma los documentos van a poder entender la filosofía y el objetivo y para eso estamos estos dos días. No estamos presentando un paquete de resultados envasado y completo, sino que tenemos que discutir y tenemos que llegar a una conclusión más clara sobre ¿para qué sirve todo esto? y qué provecho real le vamos a sacar».

Por su parte Alberto de la Gálvez Murillo acotó que «las investigaciones cualitativas tiene una desventaja que no emerge de su propia metodología sino de cómo algunos auditorios reciben los resultados de esta investigación cualitativa.

Es un asunto de actitud, frente a la costumbre que todos tenemos de ver traducidos los resultados en porcentajes, en datos, en tasas, en indicadores y no en conceptos, en juicios, en problemas identificados, en problemáticas o en lecciones aprendidas. Esa es la forma en que se

presentan los resultados de la investigación cualitativa y no es que hayamos querido hacer un divorcio de lo cualitativo con lo cuantitativo sino que lo que pasó es que consideramos que existía suficiente información cuantitativa. Sólo basta recordar las dos encuestas nacionales de demografía y salud que nos dan bastante información cuantitativa respecto a lo que son los componentes de planificación familiar y de servicios obstétricos. Es necesario aclarar que mucha información ha quedado también en los borradores preliminares y no ha sido suficientemente procesada, entonces todavía tenemos muchos datos por recuperar.

Por otro lado, cuando hablamos de salud reproductiva entendemos que son hombres y mujeres los que están involucrados, esa fue la razón por la que entrevistamos a hombres y mujeres, en rangos de edades que les permiten a acceder a servicios de salud reproductiva o, si ustedes quieren, de anticoncepción específicamente. Los porcentajes de entrevistados y entrevistadas fue muy variado, pero asumimos que un buen porcentaje fueron mujeres en edad fértil».

Pregunta

¿Porqué el universo de la investigación y los proveedores entrevistados son sólo del sector público?, ¿porqué no se consideró al sector privado?. Algunos asistentes manifestaron que que es necesario resaltar las diferencias en cuanto a la oferta de métodos y la calidad de atención entre el sector público y el privado ya que un buen estudio puede servir también cuando se hacen comparaciones.

Respuesta

Rosario André aclaró que “es importante aclarar que la investigación no sólo fue realizada en el sector público. Distintos establecimientos del sector privado fueron visitados y se aplicaron las mismas entrevistas que para el sector público. Los establecimientos y proveedores así como usuarias/os del sector privado fueron la iglesia, ONGs, y de consulta privada. El análisis comparativo está presente en todo el Diagnóstico no sólo en lo que concierne a lo público y lo privado, si no a las diferencias regionales en la oferta y uso de métodos y en la calidad de atención.

2. Temas de Discusión para el Taller

Preguntas

¿Sobre qué vamos a hablar en estos días?. Vamos a hablar de un programa de salud reproductiva o de una estrategia de salud reproductiva?

En estos días de Taller, ¿por qué no se discuten tres temas fundamentales que fueron expuestos en los resultados del Diagnóstico Cualitativo: 1. La mortalidad materna no es considerado un problema de salud pública. 2. No hay una valoración de la salud de la mujer. 3. La necesidad de implementar el diálogo intercultural?

Respuestas

En relación con estas preguntas, en primer lugar se aclaró que la salud reproductiva en Bolivia es una estrategia y no un programa. Una estrategia para mejorar la salud de las mujeres y los hombres del país mediante diversos componentes que ya han sido estipulados en el Plan Vida.

Los temas de mortalidad materna, valoración de salud de la mujer y el diálogo intercultural se deben tomar en cuenta para los trabajos en grupo y/o la plenaria.

3. Otros Temas

Pregunta

¿Se recogió alguna percepción desde el punto de vista de los gerentes del sistema, y qué relación tiene el manejo gerencial, si es directa o indirecta, con la eficiencia y eficacia del programa de salud reproductiva?

Respuesta

Alberto de la Gálvez Murillo refiriéndose a la pregunta, planteó que «como se mostró en la metodología, se han hecho entrevistas a diferentes personalidades, los jefes regionales de salud y jefes de programas. Aquí se encontró un problema que se lo viene arrastrando de un tiempo a esta parte y es el hecho de que con frecuencia en ciertos niveles intermedios de la gestión y del manejo de los servicios hay cambios frecuentes en el personal, entonces esta es una de las áreas críticas fundamentales que se ha encontrado y que por supuesto repercute en el manejo y en la gestión de los servicios.

En algunas partes del documento se menciona que los mandos medios o los gerentes de programas todavía no han internalizado apropiadamente el concepto de salud reproductiva, que con frecuencia lo homologan simplemente al término de planificación familiar, una confusión conceptual que la hemos encontrado también en los proveedores y que al estar presente en los que gestionan los programas plantea un problema de desarrollo de la salud reproductiva en sus diferentes componentes.

En el documento se plantea que se tiene que enfrentar de la manera más apropiada procesos de capacitación y es por eso que se menciona también que no solamente existe la necesidad de introducir algún método sino que hay que reintroducir por una parte el concepto de salud reproductiva y por otra parte el concepto de planificación familiar para que se llegue a una percepción apropiada en los gerentes y en esa medida ellos puedan hacer lo que corresponde para que la salud reproductiva se desarrolle adecuadamente en sus diferentes componentes».

Pregunta

Porqué Plantea el Dr. Juan Díaz que el DIU como método habría entrado en desprestigio en la India?

Respuesta

Juan Díaz explicó que cuando hizo la referencia al uso del DIU en la India lo dijo como un ejemplo de cómo no se debe hacer introducción de un método.

«El DIU se introdujo en la India con una perspectiva de que iba a resolver todos los problemas, y se puso gran énfasis en una introducción típica de un método con gran énfasis cuantitativo y de cobertura y con muy poca preocupación por aspectos cualitativos.

¿Qué fue lo principal que aconteció?. Los médicos no estaban muy bien entrenados, básicamente en aspectos de consejería, pero se hizo mucho hincapié en colocar grandes cantidades de DIUs y se consiguieron coberturas grandes; a través de procesos de promoción y de publicidad se atrajo un gran número de mujeres para solicitar este método. Este éxito inicial se vio rápidamente perjudicado porque, por la falta de consejería apropiada, las mujeres comenzaron a quejarse de muchas cosas «no técnicas» con el uso del DIU. Esas mujeres no fueron informadas sobre las características del método. Esta situación creó una onda de temor ante el método y una gran cantidad de mujeres comenzaron a retirarse el método; entonces, el método rápidamente cayó en desprestigio ante la población y a pesar de que los esfuerzos continuaron durante un tiempo para tratar de introducir el DIU, el método dejó de ser aceptado por la población y comenzó a tener un lugar muy poco importante dentro de la planificación familiar en la India.

Esto aconteció 20 años atrás o más, actualmente la India ha retomado un proceso más racional de introducción y el DIU está adquiriendo el lugar esperado. Yo en ningún caso quise dejar la impresión de que el DIU es el culpable del proceso, pero puse este ejemplo justamente para enfatizar que lo más importante no era el método sino el proceso de cómo una introducción que no tome en cuenta la orientación y las necesidades y perspectivas de las usuarias puede fracasar».

Pregunta

Revisando el tema de la atención en salud reproductiva, se observa que gran parte de los componentes tales como el control prenatal, ETS, cáncer, el toxoide tetánico, otras enfermedades de la mujer, y la anticoncepción están presentes en el Diagnóstico Cualitativo y la Secretaría Nacional de Salud ha mostrado un esfuerzo en este campo; sin embargo, aquí no figura justamente la atención posaborto, el tratamiento de aborto incompleto, incluyendo la anticoncepción posaborto. Entonces, la pregunta es ¿porqué en el Diagnóstico no se enfatiza en el tema del aborto, si se menciona al aborto como factor importante en la mortalidad materna, y en otros problemas de salud que tienen las mujeres? Asimismo, si el Diagnóstico hace énfasis en la anticoncepción, ¿porqué no se habla de la anticoncepción posaborto?, Qué está haciendo la Secretaría Nacional de Salud al respecto?

Respuesta

Virginia Camacho planteó que «en el Diagnóstico Cualitativo se asevera que un programa de salud reproductiva debe tener en cuenta el tema del aborto, y también se plantea que el Estado boliviano reconoce al aborto como un problema de salud pública. Sin embargo, el Estado tiene que dar algunas respuestas en términos de cuáles y qué tipos de servicios se van a ofrecer para la atención del posaborto. En el Diagnóstico hemos encontrado que la mujeres no abortan una vez sino que algunas abortan muchas veces porque no han tenido acceso a servicios de planificación familiar, de orientación y educación sexual.

Evidentemente el aborto y la atención de la complicación del aborto no está en el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, porque el Seguro cubre algunas contingencias de él, contingencias como son la atención del embarazo, del parto, posparto y la atención al menor de 5 años en las enfermedades más importantes que son diarreas e infecciones respiratorias agudas.

Sin embargo, la Secretaría Nacional de Salud ha diseñado un programa de anticoncepción posaborto, de mujeres que llegan a los servicios con complicaciones del aborto y con resto de aborto a los servicios públicos de salud y tenemos justamente un programa de investigación operativa de anticoncepción posaborto en este momento en tres maternidades públicas con apoyo del Population Council. Justamente Juan Díaz está trabajando con nosotros en este programa en el

Hospital de la Mujer en La Paz, en la maternidad Percy Boland en Santa Cruz, y en el Hospital Gineco-Obstétrico en Chuquisaca. Sin embargo, estamos ampliando esto con un nuevo proyecto que tenemos con Potosí, Tarija, Beni y Cochabamba. La importancia de estos proyectos surge ante la necesidad importante de romper la cadena del aborto repetido.

Entonces, en forma más concreta ¿qué es lo que hace nuestro proyecto?. Nosotros atendemos a las mujeres que llegan al sistema público con complicaciones del aborto, resolvemos dicha complicación, le proveemos una orientación especial en educación sexual y planificación familiar y posteriormente se le ofertan métodos anticonceptivos, todos los métodos que en estos momentos tenemos a disponibilidad: el dispositivo intrauterino, el condón, píldoras anticonceptivas y los métodos naturales. La mujer toma una decisión y les quiero decir que en nuestro proyecto a la fecha tiene como un 87% de aceptantes de planificación familiar antes de que dejen el servicio, es decir antes del alta, ellas ya han aceptado y se van con algunos de los métodos que he mencionado.

En el caso de la maternidad Percy Boland la aceptación es altísima y realmente no hemos tenido ningún tipo de complicaciones y las mujeres vuelven a su control al mes, y realmente vuelven contentas y satisfechas de haber tenido la oportunidad de escoger un método de planificación. Entonces, creemos que esta es una forma de prevención del aborto inducido. La única forma que conocemos de prevenir el aborto es la planificación familiar. Pero no la planificación familiar cuando la mujer se va a su casa, lo importante de este trabajo que estamos haciendo es de ofertarle la planificación familiar después del aborto, después que ella llega al servicio, se le resuelve sus complicaciones y antes de que se le de de alta, ella debe salir con una preferencia anticonceptiva.

También hay cantidad de mujeres que llegan a los servicios con abortos espontáneos y quieren embarazarse nuevamente. Bueno, a esas mujeres también se las deriva a consultorios de infertilidad para que sean estudiadas y evitar que nuevamente regresen con un aborto por un mal manejo de alguna patología que pueda tener.

En este sentido creo que estamos en este intento de dar respuesta frente al problema del aborto».

*Segunda
Parte*

Comentarios al Diagnóstico Cualitativo en la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia

I. EL DIAGNOSTICO CUALITATIVO DE LA ATENCION EN SALUD REPRODUCTIVA EN BOLIVIA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GENERO

Cecilia Olivares ()*

Quiero primero agradecer la invitación a comentar este documento, porque el Diagnóstico me parece muy rico en descripciones, muy completo en cuanto a las recomendaciones y un trabajo de titanes, tomando en cuenta que se hizo en 4 semanas.

Las conclusiones generales son un punto de partida básico y completo para empezar a corregir fragilidades y cada una merecería comentarios y análisis aparte. Sin embargo, a mí me toca hablar acerca de la perspectiva de género utilizada en la elaboración de este documento.

Tengo que decir, de entrada, que se trata de una perspectiva que va y viene, que a veces está presente y a veces parece olvidarse. Por eso quiero empezar por mencionar algunos puntos que creo debe incluir una perspectiva de género.

Una breve definición sobre lo que es perspectiva de género, sería la siguiente: se trata de un enfoque que toma en cuenta las construcciones culturales que están en la base de la inequidad entre hombres y mujeres (Rodríguez *et al.*, 1996).

Es decir, se parte del supuesto de que existe una desigualdad entre la posición de las mujeres y la de los hombres. Se parte asimismo de la idea de que esta desigualdad funciona (y de ahí la fuerza de su prevalencia) no sólo a nivel material, sino sobre todo en un nivel simbólico, conformado por creencias religiosas y otras, tradiciones, actitudes, normas.

La categoría de género incluye también la constatación de que tanto hombres como mujeres reproducen las ideas sobre las normas adscritas al comportamiento de cada género. Las formas de desigualdad varían a lo largo del tiempo y entre culturas, pero se puede decir que la posición subordinada de las mujeres es universal: consideremos por ejemplo, el hecho de que los métodos anticonceptivos desarrollados están dirigidos sobre todo al uso de las mujeres, cuando como todos sabemos, los hombres pueden producir embarazos todos los días del año, mientras que las mujeres sólo pueden embarazarse una vez al año (si no interrumpen los embarazos). Sin embargo, la lógica que guía tanto las investigaciones como las aplicaciones de la anticoncepción es que es responsabilidad de la mujer "cuidarse para no quedar embarazada". "Está bien yo me cuido porque yo sería la que tendría un embarazo no deseado". El problema es que esta lógica se ha llegado a considerar "natural": a la mujer porque es mujer, le toca prevenir el embarazo, porque ella se embaraza le toca cuidar a los hijos, porque ya los está cuidando, le toca encargarse de las labores de la casa, y como todo lo anterior, pues también le toca ser responsable de la salud y bienestar de toda la familia, dejando por lo tanto, su propio bienestar a un lado.

(*) Cecilia Olivares, es especialista en temas de género y consultora independiente.

Una perspectiva de género implica que esta situación no debe tomarse como dada, sino como construida y por lo tanto modificable. Ahora, la utilización del concepto género no implica que las mujeres sean consideradas víctimas de los hombres o que se esté tratando de buscar al culpable de la situación de inequidad. Todos, mujeres y hombres, llegamos al mundo e inmediatamente nos encontramos inmersos en una estructura social económica y cultural que define para nosotros los roles que como hombres y como mujeres se espera que desempeñemos.

El concepto de género propone un lugar desde el cual analizar esos roles construidos. Si menciono esta posición, o más bien no posición, de la mujer como víctima, es porque me parece que está muy generalizada la creencia de que esto es de lo que se trata el género y la teoría feminista en general.

En realidad, cuando se habla de género se debería estar hablando de relaciones de género, porque ni el tema que nos ocupa hoy, la salud reproductiva de las mujeres, ni la condición de las mujeres en la sociedad, son asuntos aislados, o un problema de la mujer, como se decía hacía 10 años.

Las relaciones de género no se dan ni se modifican sólo a nivel personal. Tan importante como el acceso a la educación, la información y la comunicación es la existencia de recursos que permita a las personas caminar hacia una transformación de las relaciones. Sin recursos y, sobretodo, *sin poder* para acceder a esos recursos, el derecho a la salud, entre otros, no puede ejercerse (Correa y Petchesky, 1994).

Por otra parte, hoy en día, hablar de una perspectiva de género en salud, tiene que, o tendría que, necesariamente tomar en cuenta los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Estos derechos se refieren al ejercicio libre y placentero de la sexualidad y a la capacidad para tomar decisiones informadas relativas a la salud reproductiva. Aparentemente, se refieren sólo a cierta etapa de la vida, pero habría que tomar en cuenta que varias condiciones que aparecen tardíamente en la vida de la mujer están relacionadas con la fisiología, historia sexual y reproductiva y la calidad y tipo de atención recibida durante embarazos y partos (Restrepo, 1993) y abortos, agregaría yo.

Por otro lado, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se ve influido también por el medio en que se desarrollan las niñas: la desnutrición, la falta de educación sexual, la imposición de roles de género rígidos, van a condicionar negativamente el ejercicio de estos derechos.

La introducción de estos derechos como parte integrante de una perspectiva de género está implícita en el *Diagnóstico*, sobre todo en el capítulo dedicado a la calidad de atención. Sin embargo, en la introducción del documento se expresa como primer tema abordado por esta evaluación el de las "Necesidades, Perspectivas y Estrategias de las Mujeres y la Comunidad en Relación con la Salud". Desarrollar este tema, entiendo, tomaría mucho más tiempo del que se dispuso e implicaría una metodología específica. Pero todos los demás temas están analizados y desarrollados con mayor profundidad que este primero. Me parece que este peso menor que se le ha dado a la visión de las usuarias se debe a la dificultad que significa recoger información que consiste en su mayor parte en percepciones subjetivas, fundamentales pero difíciles de evaluar. Sin embargo, para que la capacitación y el cambio de actitudes de los proveedores –cuestiones que se mencionan varias veces– tengan resultados efectivos en la práctica, es fundamental conocer las expectativas de las mujeres y de las comunidades.

Porque, por ejemplo, se supone que las mujeres no asisten a las clínicas a sus partos porque, entre otras cosas, prefieren una posición diferente a la obstétrica para parir. Pero sería muy interesante

preguntarles directamente por qué no asisten y cómo tendría que ser la atención del parto para que se decidieran a ir a la clínica. Se me ocurre que si la mayoría de las mujeres de una comunidad propusiera, por ejemplo, que necesitan un espacio cómodo y agradable para parir en cuclillas, que necesitan la compañía de una o dos personas cercanas, que les gustaría una sala cálida y que los médicos y enfermeras también fueran cálidos, y si estas propuestas se recogieran formalmente, se podrían devolver a la misma comunidad para que se trabajara con los proveedores de salud por hacer realidad estas expectativas, que realmente no tendrían un costo alto. Es más, los costos de implementación serían mínimos, en este caso, pero los beneficios para las mujeres individuales, para la comunidad, podrían ser considerables.

Otra gran ausencia en cuanto a las expectativas de la comunidad, es la escasa mención que se hace de las necesidades de las/os adolescentes por un lado y de las mujeres no casadas o no embarazadas, por otro. Se menciona que los hombres y los adolescentes no tienen facilidad para acceder a los servicios, pero sólo se menciona.

Si partimos de que las relaciones de género influyen en la salud reproductiva de las mujeres, en el tipo de decisiones que toman y la capacidad para llevarlas a la práctica, parece fundamental considerar la participación de los hombres. Y fundamental también plantearse llegar a la población joven de maneras abiertas y con el menor número de prejuicios posible. Si se niega a las/os jóvenes el derecho a una vida sexual responsable se está enviando el mensaje de que las relaciones sexuales son algo vergonzoso, actos sobre los que no se debe hablar, y menos planear.

La falta de preocupación por las mujeres solteras o no embarazadas sí me parece una falta central. Porque aunque se dice que el Programa de Atención Integral incluye la atención a la salud de todas las mujeres, el Diagnóstico considera solamente, en su capítulo sobre Planificación Familiar, a las mujeres casadas o unidas. Este sesgo se advierte, incluso en la cifra presentada sobre uso de anticonceptivos a nivel nacional. Se da la cifra de 45.3 como el porcentaje de mujeres que usa métodos anticonceptivos (p. 17), cuando la cifra para todas las mujeres en edad fértil es del 30%, es decir, considerablemente menor. O se advierte también en la descripción sin comentarios que se hace de la propuesta de los servicios manejados por la iglesia: La propuesta de la iglesia es contribuir a la formación de la mujer para que asuma su papel tanto en el hogar como en la sociedad" (p. 24). ¿Cuál es ese papel, y por qué el hogar?. No se sabe.

La concepción de la mujer definida como un ser que es ante todo madre, que tiene una familia y una pareja oficial, excluye a muchas mujeres. Es una de las lagunas que encuentro en el trabajo: la evaluación de lo que sucede con las mujeres no casadas o no embarazadas o adolescentes en cuanto a la posibilidad de acceder a los servicios y al trato que reciben.

En cuanto a la oferta de métodos anticonceptivos, también en la introducción se plantea que uno de los objetivos del Diagnóstico es descubrir si "existe la necesidad de introducir nuevos métodos en el sector público". Ahora, en el documento se dice que se ofrecen sólo DIUS, pastillas y condones en los centros de atención, y que, en general, sólo se encuentran disponibles dos de estos métodos. Se menciona, también, que el DIU es el más popular, que las pastillas se ofrecen poco porque los proveedores consideran que las mujeres no son capaces de entender la manera correcta de tomarlas, y que, sobre el condón, se manejan estas ideas que todos conocemos sobre el displacer que le causan a los hombres. Entonces, parece que sólo queda el DIU y aquí el problema es que muchos proveedores no tienen los instrumentos o no están capacitados para colocarlos.

Los métodos nuevos que se recomienda introducir son sólo uno: los inyectables. Me parece que se pierde vista el hecho de que las necesidades de anticoncepción varían a lo largo de la vida de una persona, así como varían las posibilidades de utilizar uno u otro método. Se pierde de vista también que, además de la falta de información, las dudas sobre los efectos de los métodos

anticonceptivos se deben a un rechazo natural de muchas personas a introducirse un aparato de metal u hormonas en el organismo.

Me parece que habría que partir de esta constatación: no existen métodos cien por ciento seguros ni cien por ciento inocuos a la vez. Existe sí una necesidad insatisfecha de anticoncepción. Me parece fundamental que se mencionen en el Diagnóstico los prejuicios de los proveedores acerca de los métodos y su falta de capacitación para responder a las dudas de las y los usuarios, pero desde una perspectiva que tome en cuenta los derechos sexuales y reproductivos, habría que partir de la necesidad de las mujeres, y de los hombres, de recibir información completa tanto sobre las ventajas como sobre las desventajas de los métodos. De recibir, asimismo, asesoramiento, en el caso de las mujeres unidas, para negociar con sus parejas la utilización del método elegido (ver Marques, 1996). De recibir, finalmente, apoyo con el ofrecimiento de otros métodos si el elegido no es satisfactorio.

Me parece que en el Diagnóstico se hace mucho énfasis en la ignorancia de las personas, sin llamarla así, y muy poco se habla de que los temores sobre los anticonceptivos no deberían ser menospreciados, si se quiere lograr una atención exitosa.

Por último, una sugerencia que haría a las recomendaciones para el mejoramiento de los servicios es la de romper esquemas, no sólo cuestionando los roles tradicionales de mujeres y hombres, sino también en las propuestas de acercamiento a la comunidad y de motivación de los proveedores. Los resultados del Proyecto Madre, en Cochabamba proporcionan algunos ejemplos: el proyecto encaminado a reducir la mortalidad materna, comenzó con charlas con las mujeres de la comunidad. Estas charlas, sin embargo, no se realizaban en las clínicas sino en las casas de personas de la comunidad. Esto hacía que las mujeres se sintieran más seguras y dispuestas a participar. Se invitó, no sin recelo, a las parejas de las mujeres a las charlas, y muchos terminaron asistiendo también a las consultas prenatales y de planificación familiar. En cuanto al trabajo de los proveedores, se logró que todas las actividades, desde el cuidado de los registros hasta las decisiones sobre los tratamientos más adecuados, se compartieran en un trabajo en equipo. Estos ejemplos, entre otros, tal vez ustedes ya están familiarizados con el proyecto, en todo caso, me parece que debe buscarse repetir este tipo de acercamientos que a juzgar por los resultados han sido tan exitosos (ver Bender *et al.*, 1995).

Gran parte del Diagnóstico se centra en señalar las deficiencias y carencias de la implementación del Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer. Lo positivo es que se parte de un programa que ya se ha puesto en marcha.

Hay que considerar que esa puesta en marcha sólo lleva unos cuantos años. Pensemos que países como México que llevan por lo menos 20 años con una política oficial de planificación familiar todavía tienen una serie de problemas sobre todo de calidad de atención y en otro nivel, por ejemplo, en cuanto al subregistro de muertes maternas. Pensemos en Estados Unidos, donde según el Colectivo de Mujeres de Boston, los médicos ginecólogos rara vez prestan la atención que se merecen las complicaciones de las ETS, y estamos hablando de un país desarrollado (The Boston Women's Health Collective, 1992). Recordemos que en Colombia el plan "Salud para las Mujeres, Mujeres para la Salud" elaborado en 1992, todavía encuentra muchas dificultades para su implementación (Plata *et al.*, 1995).

No quiero decir que entonces en Bolivia se deban aceptar con resignación las deficiencias, sólo menciono estos casos, porque me parece importante recordar que apenas se está empezando, que las transformaciones que se planean toman muchos años de esfuerzos sostenidos. Pero si sólo se subrayan las fallas y sólo se habla de lo que falta por hacer, se pierde de vista lo que se ha hecho ya, lo que se está haciendo y los logros conseguidos, los grandes logros y los pequeños.

Gracias.

RONDA DE COMENTARIOS

Facilitadora: *Ximena Machicao*^(*)

Los comentarios a la ponencia de Cecilia Olivares giraron en torno a las siguientes temáticas: 1. Sobre la perspectiva de género en el Diagnóstico. 2. Los proveedores y el enfoque de género. 3. la interculturalidad 4. la perspectiva generacional. 5. necesidades de investigación.

1. En primer lugar hubo una aclaración de porqué la perspectiva de género no estaba tan presente en todo el Diagnóstico, y porqué se enfatizó a la mujer en unión en la investigación.

Se aclaró que en la investigación hubo una gran preocupación por tomar en cuenta la posición de la mujer, por eso en el equipo participaron personas que han trabajado con mujeres y comunidades. Se reconoce que uno de los problemas en el informe final fue dejar de lado una serie de datos relacionados con la perspectiva de las mujeres. Este recorte vino después de una gran discusión, ya que se debía presentar un informe no tan largo y había otros temas que también eran importantes incluirlos en el informe. Si este Diagnóstico se hubiera hecho 10 años atrás, la perspectiva de género no hubiera estado ni en la introducción, ni en el epílogo ni en ninguna parte, entonces es importante considerar que lo que se presenta es un avance.

Por otro lado, la investigación enfatizó la prevalencia anticonceptiva de las mujeres en unión por dos razones: primero porque es un dato que se conoce, y segundo porque si usamos todas las mujeres en edad reproductiva, en los diferentes países hay tasas muy diferentes y frecuencia de vida sexual en las mujeres no unidas. Entonces el número deja de tener valor. Las mujeres unidas suponemos que tienen sexo, entonces el porcentaje de mujeres unidas que usan anticoncepción es una prevalencia que tiene un numerador y un denominador, si lo pasamos al total de mujeres en edad reproductiva, vamos a tener las niñas no unidas que muchas no tienen relación sexual porque aún no comenzaron y tenemos también a las mujeres al final de la edad reproductiva, muchas de las cuales tampoco tienen vida sexual porque perdieron su pareja o nunca lo tuvieron, y todos saben que hay muchas más viudas que viudos, muchas más mujeres abandonadas que hombres abandonados, etc.; entonces eso hace que ese número sea más confiable y es internacionalmente más comparable.

En ningún momento se considera que el Diagnóstico concluye que Bolivia no ha realizado ningún avance en materia de salud reproductiva, por el contrario el Diagnóstico reconoce que es mucho lo que se ha hecho, sin embargo hay muchas cosas que son necesarias reforzarlas o reintroducirlas.

El documento refleja también un poco cual ha sido la percepción que han tenido los formuladores de políticas, los directores de programas, los proveedores de servicios, sobre lo que se debe hacer en la salud reproductiva en este país. Además, el Diagnóstico reproduce justamente los errores de la implementación de programas de salud reproductiva en el mundo, que de una u otra manera están vigentes y están presente en nuestro país.

2. Hay una preocupación de los proveedores por saber ¿cómo operacionalizar el tema de la perspectiva de género a la práctica diaria y a los programas de salud?, se preguntan si ¿hay que generar cambio de actitudes en los hombres y en las mujeres, en los proveedores de salud, en los

(*) Ximena Machicao, es socióloga y Directora Ejecutiva del Centro de Información y Desarrollo de la Mujer- CIDEM.

usuarios?, si es así ¿cómo hacerlo?. La formación de los proveedores de salud en el enfoque de género se percibe como una prioridad.

3. La interculturalidad es una variable muy importante para tener en cuenta no sólo en la aplicación del enfoque de género sino en los programas de salud sexual y reproductiva. Las mujeres tienen diferentes formas de expresarse de acuerdo a los contextos en los cuales se desenvuelven. Se encuentran diferencias de actitudes hacia la planificación familiar, el parto y la sexualidad entre el Oriente, Valle y Altiplano; asimismo, se observan diferencias entre lo rural, lo urbano y las áreas migrantes. Es necesario buscar estrategias que se adecuen a las condiciones sociales y culturales de la población en general. Se trata de un cambio progresivo, tiene que haber un cambio evolutivo.

En la maternidad Percy Boland se ha visto que las mujeres prefieren que el médico les defina la posición del parto, asimismo un 60% de las mujeres prefieren estar solas durante el parto y no acompañadas. En el área rural del Chapare, los proveedores plantean que muy difícilmente escuchan de las mujeres sobre sus necesidades o estas apreciaciones que se tienen acerca de la igualdad o acerca de los derechos sexuales y reproductivos que ellas tienen.

En las poblaciones migrantes, las personas adoptan hábitos intermedios, se urbanizan, pero mantiene lo tradicional en gran parte en aquello que le interesa, entonces no hay que cerrarse a programas estrictamente rurales o urbanos. Tampoco se puede considerar que la mujer en el área rural no sabe o no acepta ofertas de planificación familiar, generalmente la mujer no manifiesta su demanda de manera abierta, pero cuando se le da la oportunidad manifiesta de manera indirecta una serie de demandas que tienen que ver con su vida sexual y reproductiva. La experiencia de un estudio cuantitativo en la región del Valle Alto y en barrios periféricos en Cochabamba, con entrevistas a 2500 mujeres, mostró que la demanda hacia servicios de planificación familiar, servicios de calidad o de resolución, fue alta. El 80% de ellas demandaban este tipo de servicios, además de insumos.

La variable cultural también toca a los proveedores ya que ellos provienen de distintos contextos y los juicios de valor en la atención de salud reproductiva afectan la calidad de la atención.

4. El factor generacional incide también en las actitudes de las mujeres y los hombres en su salud reproductiva. Una mujer adolescente en el campo seguramente es diferente a una mujer adolescente del área urbana. Y también las actitudes de una adolescente embarazada en cuanto al parto, la planificación familiar y su sexualidad son diferentes aún dentro de un mismo contexto cultural o regional.

5. La ponencia deja claro que es necesario seguir profundizando en las investigaciones de salud sexual y reproductiva, en primer lugar las expectativas que tienen las mujeres en relación con su salud en general y en particular a la opción de métodos anticonceptivos. En segundo lugar, es necesario considerar las expectativas de la vida sexual y reproductiva de las mujeres que no son casadas, o solteras.

También es necesario la implementación del enfoque de género en las políticas públicas en salud, esta implementación implica la formación de recursos humanos sobre los derechos sexuales y reproductivos.

II. EL DIAGNOSTICO CUALITATIVO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DISTRITOS RURALES DE SALUD

Daniel Illanes ()*

Buenas tardes a toda la concurrencia y un agradecimiento al comité organizador por haberme dado el privilegio de estar acá compartiendo con todo el personal de la Secretaría Nacional de Salud y los representantes institucionales que están acá.

Antes de empezar la presentación de los comentarios, deseo también expresar mi preocupación, me hubiera gustado estar con todas las autoridades nacionales en salud, porque gran parte de las observaciones que voy a presentar ahora están dirigidas al sistema nacional de salud y para lo cual a las personas que están representando este momento les pediría tomar la nota respectiva y ver la posibilidad de que estos temas que vamos a conversar o voy a conversar con ustedes ahora se discutan en el futuro.

Nosotros hemos dividido el trabajo de acuerdo a los puntos del documento preliminar entregado a nuestro Distrito y hemos tratado de respetar el desarrollo de este documento, haciendo notar en cada punto algunas observaciones, quizá dando mayor énfasis en algunas de las conclusiones que ha arribado el grupo investigador y en otros casos mencionando cosas que en el momento de trabajo se han expresado allá, pero que por razones de redacción y de tiempo, y lo que esta mañana hemos escuchado de el Dr. de la Gálvez, no han podido ser incluidos en el documento.

1. Antecedentes

Primero que nada, en el Capítulo de antecedentes del documento preliminar nos permitimos sugerir la necesidad de plantear la estructuración de una línea de bases de datos por lo menos de los 5 años anteriores, para garantizar una correcta evaluación, monitoreo y seguimiento de los resultados esperados en las acciones futuras.

En el documento no se menciona en ningún momento la necesidad de estructurar la línea de base, y creemos que para cualquier trabajo de investigación y de ejecución que hagamos en el futuro necesitamos contar con una línea de base de datos reales que nos permitan evaluarnos en el futuro.

Nos parece también importante mencionar con especificidad el apoyo del Centro Latinoamericano de Peritanología y Desarrollo Humano, CLAP/OPS/OMS, como una institución que aporta actualmente al país con unas experiencias piloto en dos Distritos de salud, de los cuales la mayoría debería tener conocimiento, uno en Chapare Tropical-Cochabamba y otro en San Gabriel-La Paz.

Más que todo expresamos esta solicitud debido a que el contenido de todo el apoyo de ese proyecto es centrado en la atención integral a la mujer embarazada y en edad fértil, además del recién nacido y al menor de 5 años. En esto me refiero a que esta experiencia no es sólo una experiencia aislada en el Distrito Chapare o en el Distrito San Gabriel, sino es una coordinación que se está dando a nivel de la Secretaría Nacional de Salud y la Dirección Nacional de Salud de la Mujer y el Niño y por tanto, creemos importante rescatar esta actividad, estas experiencias que ya están

(*) Daniel Illanes, es médico general y Director Subregional de Salud del Trópico de Cochabamba.

entrando en un periodo de diseminación y que están totalmente relacionadas con el tema de salud reproductiva.

También, al respecto de antecedentes, si bien es cierto el relacionamiento con las instituciones dependientes de la iglesia católica ha sido favorable, es necesario recalcar que algunos casos han representado problemas en el desenvolvimiento de las actividades específicas, más que todo de planificación familiar; por lo que es necesario una coordinación estrecha a nivel de los obispos y prelaturas.

Esto no sólo ha sucedido en el Distrito de Chapare, sino también en otros Distritos de Cochabamba y estoy seguro en muchos Distritos del país en los que se ha tenido problemas con la iglesia católica en la implementación de las actividades.

2. Necesidades, Perspectivas y Estrategias de las Mujeres hacia la Salud.

En el acápite de las necesidades y perspectivas y estrategias de las mujeres hacia la salud queremos expresar que sin duda el documento refleja la realidad que se vive en el día a día de los niveles operativos, puesto que se mencionan y exponen criterios que sólo son experimentados por los prestadores de servicios.

Pero el problema principal en las actividades están en los componentes de consejería y planificación familiar, pues en ese campo las dificultades socioculturales mencionadas en el documento se profundizan y en algunos casos se agudizan.

Es necesario también apoyar y enriquecer el documento, indicando que en el Distrito III Chapare con el apoyo del proyecto del DESAPER/CLAP se desarrolló en el año de 1993 un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas de la mujer del Chapare en relación al embarazo, parto y puerperio. Este mismo dio resultados similares a los presentados en el documento actual pero demostró como un problema de fondo la deficiente calidad de atención en los servicios en primer y segundo nivel de atención. Lo cual nos motivó a realizar ya la introducción y capacitación en relación al concepto general de calidad de atención.

Vale decir que puede ser también que en muchos de los Distritos rurales o urbanos se hayan realizado estas investigaciones con resultados similares, pero lo que en realidad lo productivo de la actividad tiene que ser las acciones que se van a tomar de inmediato en el plan operativo. A nosotros nos ha servido bastante para mejorar la calidad de atención de los servicios, y ha sido también un factor importante para entender el aspecto sociocultural de las mujeres en el Chapare, por lo que ustedes saben las mujeres allá en general son migrantes, no se puede hablar de una población propia de la región.

3. Implementación del Programa de Atención Integral a la Mujer y la Ley de Participación Popular.

Cuando hablamos de la implementación del programa de la atención integral a la mujer y la ley de participación popular es necesario hacer notar que desde un principio el concepto de salud reproductiva no fue difundido y socializado. Sino más bien se llegaron a difundir y desarrollar actividades específicas de planificación familiar y control del cáncer cérvicouterino.

Esta es una observación que hacemos porque si ustedes revisan el documento, se menciona en reiteradas ocasiones que debería manejarse el concepto de salud reproductiva en forma integral,

y no separar actividades específicas. Pero nosotros, hemos visto que es a partir del sistema nacional de salud que la información no ha sido ampliamente difundida en ese sentido ni tampoco se ha socializado el criterio integral de la salud reproductiva.

En las mismas capacitaciones realizadas al personal de salud se nota un enfoque no integral que debe ser corregido y las evaluaciones sobre atención integral también deben respetar todos estos componentes.

El personal operativo, médicos y auxiliares de enfermería y licenciados en enfermería, como ustedes saben, reciben capacitaciones en salud reproductiva desde hace varios años, pero en estos mismos talleres no se les da ese concepto integral sino más hacen énfasis o en planificación familiar o en enfermedades de transmisión sexual; nosotros mismos al capacitar al personal no estamos entrando en el concepto integral.

También es importante mencionar que como efecto de la Ley de Participación Popular, y una vez que los municipios o gobiernos municipales estén conscientes de las necesidades de capacitación, educación y comunicación, también exigirán la participación del gobierno en la dotación de nuevos items para el nuevo personal capacitado. Esto es algo que tenemos que contemplarlo, estamos ya en el proceso de participación popular y algunos de los alcaldes entrevistados ya han manifestado sus inquietudes respecto a obtener mayor personal de salud, obtener items de médicos y enfermeras para las comunidades alejadas.

Inclusive sobre este punto, nosotros actualmente con el apoyo de OPS/UNFPA ya se ha inaugurado en el Chapare el Centro de Capacitación Integral en Salud, y este centro está empezando a formar 20 estudiantes en auxiliares de enfermería y técnicos en saneamiento ambiental, con la novedad de que estos estudiantes están siendo becados por los municipios. La OPS está poniendo un financiamiento para becar a los pueblos indígenas que también están presentes en el trópico.

¿Cuál es el problema de fondo?. Que en cuanto termine este curso de capacitación el municipio ya tiene el ofrecimiento de la Dirección Departamental de Salud de proveer los items correspondientes, cosa que nosotros sabemos que es muy difícil de cumplirlo, pero que en el marco de la Ley de Participación Popular el municipio ya va a tener todo el derecho de solicitar ese apoyo gubernamental.

4. La Utilización de Servicios, Acceso y Calidad de Atención

En relación a la utilización de servicios, acceso y calidad de atención, estamos muy de acuerdo con las observaciones que se hacen en el documento, nos permitimos exponer en este acápite la situación de la red de servicios del Distrito III Chapare Tropical. Yo me voy a permitir hacer un breve resumen de lo que el Distrito III ha implementado en el campo de atención integral a la mujer.

Como ya les he adelantado es un Distrito piloto del proyecto SAPER/CLAP, ahí se desarrollan tecnologías perinatales, ya está en desarrollo y en ejecución el sistema informático perinatal y está en implementación el sistema informático del niño. Ya se ha llevado a cabo la primera fase desde 1991, en donde se ha hecho la capacitación y el equipamiento básico de la red.

Para que ustedes vean se ha empezado también con un enfoque médico, como decían esta mañana, y se ha empezado con un enfoque técnico; se ha empezado a capacitar al personal y a proveer a los servicios de equipamiento básico, ya sea para atender un parto de bajo riesgo o para ejecutar acciones, ya sea como la toma de Papanicolaou o en lo que a métodos de planificación familiar se refieren.

Pero quizá la segunda fase de este proyecto ha sido lo que más resultados nos ha dado. Actualmente la red de servicios del trópico, en ambos Distritos, estoy hablando de Chapare Tropical y Carrasco Tropical, son los Distritos rurales que tienen coberturas de atención en cuestión de atención a la mujer de las más altas en Cochabamba.

Y esto se ha logrado debido a que en la segunda fase hemos implementado un concepto no tan técnico, sino más bien hemos empezado a coordinar lo que es actividad comunitaria y lo que es actividad de servicios. Quizá ese es el producto que mejor podemos venderlo nosotros, porque con la implementación del componente comunitario en 1994, en el proyecto y en el Chapare, se ha empezado a trabajar en forma seria y ordenada en lo que respecta a educación y comunicación.

O sea que nosotros hemos llegado a establecer como equipo de gerencia que mientras un equipo distrital no cuente con personal dedicado a actividades comunitarias, educación y comunicación en este caso, y no cuente con un sistema de una red de servicios adecuada que resuelva los problemas de la población, no vamos a poder lograr resultados favorables.

Nosotros hemos comprobado y hemos demostrado a la Dirección Departamental de Salud que sólo a partir de la combinación, quizás con un 50% para ambas actividades se han logrado resultados prometedores.

Y en relación al aspecto de género, yo me permito comunicarles que gracias a la actividad con mujeres organizadas es que se han logrado los mejores resultados allá. En lo que respecta esta extensión de coberturas y en lo que respecta a educación en salud.

El nexo principal para el trabajo, como les mencioné, fueron las mujeres organizadas en la comunidad y para mantener la expectativa de las mujeres, el proyecto empezó a implementar micro proyectos de autodesarrollo. Entonces empezamos a «agarrar» a las señoras desde esa perspectiva.

Y esto porqué lo menciono, porque el documento que nos presenta la comisión menciona en las conclusiones y recomendaciones apenas un acápite diciendo que deberíamos contemplar el aspecto de proyección a la comunidad. Pero lo que nosotros queremos resaltar en este caso es que en el área rural no estoy generalizando con los Distritos urbanos, en el área rural es bastante importante el trabajo comunitario. Si no logramos establecer esa interrelación, servicios de salud y comunidad, muy difícilmente vamos a lograr resultados.

La recomendación que nosotros nos permitimos hacer al grupo de trabajo es que consideramos primordial el incluir el concepto de componente comunitario a nivel de todos los equipos de gestión distritales o subregionales en áreas rurales, como la mejor alternativa de extensión de coberturas, ya que en lugares de difícil accesibilidad a los servicios el personal si debe acercarse a la comunidad.

5. Capacidad Técnica de los Servicios

Cuando el documento nos menciona capacidad técnica de los servicios consideramos un acierto el mencionar la falta de capacitación y concientización del personal de salud, más que todo de los médicos sobre la posición de parto, en posiciones tradicionales. Esto entendemos que no debe ser tocado específicamente como una técnica de atención de parto sino más bien como ya se expresó esta mañana como una verdadera concientización y una comunicación intercultural. Cuando sienta el médico realmente y se identifique con la gente que trabaja, entonces el médico nunca va a poner obstáculos para atender a la señora en la forma que mejor resultados le de y la forma en que mejor las mujeres de la comunidad se sientan más cómodas y adquieran confiabilidad en el servicio.

En forma particular, en el Chapare se tiene capacidad resolutive instalada en la red, tenemos dos hospitales de referencia, Villa Tunari e Ivirgarzama, con resolución de emergencia obstétrica, eso es algo que quería comentar con el grupo de investigación, porque cuando ellos estuvieron en Chapare teníamos el gran problema de la falta de resolución en emergencia obstétrica por la falta de capacitación de nuestros ginecólogos y más que todo el problema de fondo era la falta de anesthesiólogo, yo creo que es algo que todos los Distritos y colegas de otros Distritos del país también tienen, no existen items de anesthesiólogos disponibles para llevar al área rural, pero actualmente me es grato informar al equipo de investigación que ese aspecto ya ha sido solucionado y tenemos ahora la capacidad resolutive en los dos hospitales.

No obstante creemos que se debe ver la forma de fortalecer los servicios de emergencia obstétrica, con la implementación de equipos de reanimación cardiorespiratoria. Además de fortalecer el actual material quirúrgico en los mencionados hospitales, con la finalidad de responder en forma adecuada los casos de embarazo de alto riesgo identificados o referidos por el personal de salud o comunitario.

Me refiero a este punto porque el documento señala, en esta parte de la extensión, que los servicios tienen en general un adecuado equipamiento, pero a nivel operativo yo creo que tenemos que tener mayor conocimiento de esto porque a veces en el área rural nosotros tenemos gran dificultad. Una de ellas es por ejemplo, que nuestros quirófanos cuentan con un solo equipo de pedidural, y si se presenta una cesárea tras otra o una emergencia no se va ha poder responder a esto. Entonces son cosas que hay que ir coordinando con las Direcciones Departamentales de Salud pero mientras estas se aproximen al nivel operativo.

Consideramos necesario e importante recalcar que como parte de la visión integral del programa de salud reproductiva se debe poner mucho cuidado en lo que se refiere a dotación adecuada y oportuna de insumos. Este fue y sigue siendo el talón de Aquiles en el momento de la ejecución de las actividades.

Este problema es más notorio cuando se habla de la dotación de insumos para las actividades de control prenatal y prevención del cáncer cérvicouterino.

Esa es una observación que la hacemos, y yo creo que todos los Distritos en este caso van a estar de acuerdo conmigo porque lo que más está fallado en nuestro sistema de salud son la parte de suministros, y nosotros somos los que en el área operativa tenemos que ver la forma de solucionarlo, o a veces tenemos que fallar nuestros compromisos con la comunidad por la falta de llegada de estos insumos necesarios.

En cuanto al componente de enfermedades de transmisión sexual está en implementación en los servicios el manejo sindrómico y protocolizado de las mismas en base a algoritmos distribuidos recientemente.

Vale decir que el documento tiene que enriquecerse con las iniciativas y estrategias que se están implementando, porque no podemos cometer el error de hacer, como decía el Dr. de la Gálvez Murillo, actividades y no documentarlas, o empezar a ejecutar algunas acciones en beneficio de la salud pero no mencionarlas en ningún lado. Entonces nosotros estamos muy plenamente de acuerdo en mencionar toda esta serie de iniciativas que ya se están implementando.

6. Capacidad Administrativa

Creemos resaltar en este apartado que hay que preveer en el futuro que los gobiernos municipales empezarán, les reitero, a hacer los requerimientos de personal, como otra forma de

solucionar la insuficiencia de nuestra red de servicios por lo que el nivel central debe empezar a pensar en las respuestas futuras.

Es necesario que la Secretaría Nacional de Salud en general se plantee una autoevaluación sobre el tipo de capacitaciones impartidas en los últimos años y ver la relación costo/beneficio de las mismas, que en nuestro criterio es mínima. Según los datos estadísticos, en el trópico todo el personal que ha recibido capacitación no ha rendido en la forma que se espera y no nos ha dado el producto en el que se ha invertido. Las capacitaciones son costosas, se saca al personal de salud del área rural al área urbana, se los tiene una semana, pero después no hay ningún resultado al respecto.

Otra de las observaciones que hacemos, es que creemos más productivo el pensar en capacitaciones en Distrito aprovechando el personal de médicos especialistas de los hospitales de referencia, con lo que evitaríamos inclusive la diferencia de criterios médicos.

Actualmente, si ustedes se dan cuenta y van por un hospital de Distrito en el nivel rural donde cuentan con un obstetra, ustedes van a ver que el médico provincial trata de ceñirse a las normas de atención de la Secretaría Nacional de Salud, pero cuando llega un especialista, él tiene otra escuela, tiene otra forma de actuar con las pacientes y eso siempre provoca desinformación y descoordinación. Pero si hacemos que estos obstetras en nuestros Distritos capaciten al personal, vamos a lograr unificar ese criterio.

Otra de las observaciones que mencionamos como importante es la que tanto el personal de auxiliares de enfermería y licenciadas en enfermería que fueron capacitadas anteriormente, en la práctica sólo realizan actividades de consejería y con ello se pierde elemento capacitado en intervenciones prácticas dentro del programa. Se debe tratar de aumentar y consolidar su capacidad resolutive específica.

El documento nos menciona que el personal de enfermería trabaje en consejería, pero nosotros complementamos a esto que este personal ha sido capacitado para prestar atención, y lo que no estamos haciendo es utilizar ese personal, y nuevamente estamos perdiendo recursos en capacitaciones.

En la recomendación de planificar cursos de postgrado en obstetricia como una estrategia para licenciadas de enfermería, que se menciona también en el documento, creemos que deberían ser priorizados los Distritos rurales. En el primer curso realizado en Cochabamba han sido convocados los Distritos urbanos y periurbanos, y mucho de ese personal capacitado actualmente no está trabajando en los Distritos, ha cambiado de fuente de trabajo, y no se ha dado continuidad. Nosotros creemos que también es desperdiciar recursos, porque hay Distritos rurales que tienen gran necesidad de esa capacitación y a los que se los ha marginado en forma sistemática.

Para el aspecto de supervisión y seguimiento se debe poner en práctica el manual de supervisión elaborado en 1994. Nuevamente traigo a colación una actividad que ya se hizo por la Secretaría Nacional de Salud a nivel de los departamentos y se tiene un instrumento de supervisión y monitoreo por cada programa, pero que tampoco está mencionado en este documento, porque tampoco se lo ha puesto en práctica en los Distritos que han sido visitados.

No es necesario mencionar la gran utilidad de un sistema logístico en cuanto a comunicación y transporte como un componente además para un logro de resultados. En ese aspecto, el Distrito III (Chapare) fue uno de los menos apoyados en Cochabamba y no creemos equivocarnos en manifestar que fue un factor determinante en el mejoramiento de las coberturas.

Reiteramos nuestro apoyo al documento en cuanto a suministros se refiere, pero creemos imperativo que sí como propugnamos una visión integral en salud reproductiva, debemos observar el funcionamiento de nuestra red de servicios también de forma integral.

Es decir, al momento de evaluar cualquier actividad no debemos olvidarnos de evaluar todos los componentes del proceso: recursos humanos, apoyo logístico, radio comunicación, suministros adecuados, sistema de información, etc., que muchas veces son obviados por los niveles superiores cuando se trata de evaluación. Y eso es algo que a nosotros nos lleva muchas veces a manifestar nuestro reclamo por la injusticia.

Manifestamos también nuestro acuerdo en cuanto a la pobre disponibilidad de material educativo audiovisual, poca disponibilidad de los rotafolios y otros instrumentos, pero creemos necesario poner mayor énfasis en el componente de comunicación y educación, que en la práctica resultan ser otros de los pilares importantes para el éxito de los programas. Especialmente en Distritos rurales extensos y de inaccesibilidad geográfica, además de la poca disponibilidad de servicios de salud primarios.

7. Otros Aportes

Como otros aportes hemos visto por conveniente mencionar en el documento la implementación del sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna perinatal, y tomar como modelo de atención, a nivel nacional, la experiencia en salud materno perinatal desarrollada por el CLAP/OPS, porque creemos que en varios de los servicios mejorarían en su capacidad de resolución y en su capacidad técnica si fueran provistos de todas estas tecnologías y creemos que la información que se maneja a nivel del sistema informático perinatal nos daría mejores resultados para el análisis global en nuestras evaluaciones periódicas.

El componente comunitario estructurado en base al trabajo con grupos de mujeres organizadas y, en este caso, otro tipo de organizaciones en otros Distritos, como clubes de madres o en la actualidad, las federaciones sindicales de mujeres en el trópico, también es algo que deberíamos tomar en cuenta. Porque es gracias, como les digo, es gracias a esa coordinación con esas mujeres que en el trópico se han logrado bastantes avances en cuanto a coberturas de atención y en cuanto a extensión en la parte de educación y comunicación se refiere.

Para terminar nosotros queremos sugerir que la Secretaría Nacional de Salud debe ser un ente coordinador y normatizador interinstitucional de todos los organismos financieros internacionales, ONG's que trabajan aisladamente en salud reproductiva para lograr una optimización de los recursos y evitar la duplicación de esfuerzos.

Nosotros mencionamos este aspecto porque en reiteradas oportunidades hemos sido visitados por proyectos, ONG's o micro proyectos o mini proyectos de diferentes instituciones que están trabajando en lo mismo, pero que a nivel de la Secretaría Nacional de Salud o las Direcciones Departamentales no se tiene conocimiento y es necesario que unifiquemos nosotros nuestros criterios de acción.

Lo que ahora pretendemos nosotros es definir estrategias de acción pero conjuntas, nosotros somos el nivel operativo y vamos a ejecutar lo que el día de mañana o lo que en este curso que estamos presentes ahora, se defina. Pero si vamos a ejecutar o a definir estrategias elaboradas a nivel central o regional sin tomar contacto con los niveles operativos, como comúnmente se está haciendo costumbre en la práctica en salud pública, entonces nosotros creemos que no vamos a lograr los resultados esperados.

Pero, si creemos que la Secretaría Nacional de Salud debe fortalecer a los Distritos rurales y debe orientar en la conformación de equipos de gestión que vean tanto el componente técnico como el componente comunitario, y en este caso hablamos de educación y comunicación.

Para finalizar creemos que el presente documento nos motiva no sólo a exigir por parte de los niveles regional y central, la visión y cumplimiento integral del programa de salud reproductiva, sino también a observar, evaluar y acompañar en forma integral las actividades del personal de salud y comunitario del nivel primario, que es la base fundamental de nuestro sistema de salud. No exijamos que nuestro personal comunitario hable de integralidad, cuando nosotros los que llevamos adelante los programas no tenemos una visión integral de lo que representa realizar una actividad en el campo.

Entonces con eso nosotros queremos finalizar nuestra participación y esperamos que los aportes que se han hecho acá también haya sido eco para otros colegas y otros Distritos en el país.

Muchas gracias.

RONDA DE COMENTARIOS

Facilitador: *Marcos Paz*^(*)

La ponencia de Daniel Illanes generó varios temas de discusión. Principalmente los dos temas importantes fueron: 1. Recursos humanos: capacitación e items, y 2. La Proyección de los proveedores a la comunidad. A continuación se hace un resumen de las distintas intervenciones.

1. Recursos Humanos

1. Actualmente se prioriza la capacitación para los proveedores que tienen un ítem permanente; estos proveedores son de áreas urbanas y periurbanas. Los proveedores de áreas rurales no tienen un ítem permanente y cada año deben ser cambiados, entonces la capacitación a estos proveedores tampoco es permanente, se hace una capacitación solamente el primer cuatrimestre del año para que puedan prestar servicios. Las enfermeras auxiliares sobre todo están en el área rural y hay una necesidad grande de capacitación dado que es el personal de salud que es más estable en el área rural.

2. Es necesario que la Secretaría Nacional de Salud plantee la posibilidad de crear items permanentes para los médicos y otro personal en el área rural, dado que en la actualidad los constantes cambios no permiten que los médicos se capaciten o den continuidad a sus actividades.

3. La capacitación a los proveedores de salud debe implementarse desde la formación universitaria, dado que el médico o el personal de enfermería egresa con la idea de resolver patologías y no con una concepción integral y social de la salud. En este sentido, muchos proveedores cuando asisten a cursos de capacitación, asisten porque tienen un beneficio económico, y como una excusa para salir una semana de su servicio.

4. A manera de aclaración, se planteó que el programa en sí mismo, de Atención Integral a la Salud de la Mujer, no tiene componentes de carácter ejecutivo a nivel de personal, a nivel de

(*) Marcos Paz, es sociólogo-planificador de la Dirección Nacional de la Mujer y el Niño.

estructuras administrativas, sistemas logísticos y otro tipo de instancias de información que dependían directamente de la Dirección de la Mujer y el Niño. Todas estas instancias a las que se están haciendo referencia, algunas veces críticamente, detectando necesidades, son instancias de todo el sistema público de salud y no de un programa, en el sentido estricto. No hay que atribuirle al programa cuestiones que le corresponde a todo el sistema público.

En el sistema público se han estado tomando algunas definiciones que son un poco lentas en su implementación pero que tienen bastante significación y que hay que saberlas también dimensionar. El nivel central ha redefinido sus características, sus funciones y se está abocando a tener una función normativa de orientación, de seguimiento, de control, y está dejando de tener funciones de coordinación financiera, de administración, de planificación, sobretodo en el tema de recursos humanos.

La administración de los recursos humanos es una competencia estrictamente de carácter departamental y ese es uno de los factores que va permitir hacer que los recursos humanos sean mejor distribuidos, y por supuesto se identifiquen mejor las condiciones de calidad que se requieren para generar planes de capacitación más adecuados a las reales necesidades de los departamentos.

El tema de las universidades es realmente complejo y difícil, muchos años se ha estado tratando de hacer los curriculums de las universidades, de apoyarlos técnicamente para que las cosas las hagan mejor y se tenga una mayor sensibilidad, pero las universidades son autónomas y ellos determinan sus propios contenidos. Entonces, lo único que se puede hacer es sensibilizar a las autoridades universitarias competentes para que cambien sus curriculums, y ofrecerles todo el apoyo a las decisiones que vayan a tomar.

2. Proyección de los Proveedores hacia la Comunidad

1. Es imprescindible que los proveedores de salud tengan en cuenta el aspecto sociocultural de las comunidades donde ofertan los servicios, cuando se realiza una evaluación, y una supervisión.

Cuando se coordinan las labores con el componente comunitario se abre la puerta para hacer educación.

2. En el Chapare el trabajo comunitario se inició con las señoras que en un principio habían sido aglutinadas en un micro proyecto de autodesarrollo, ellas tenían interés en el micro proyecto, porque recibían beneficios económicos. Poco a poco se fue introduciendo el tema de salud. Posteriormente se realizó un proceso de multiplicación: las mujeres que fueron capacitadas, en la segunda fase capacitaron a otras mujeres.

Se creó el término «Consultorio Comunal» donde se oferta la planificación familiar, se toma examen de papanicolaou y control prenatal. Este trabajo es realizado por proveedores de salud con apoyo de las mismas mujeres de la comunidad.

Actualmente se trabaja con dos federaciones de mujeres campesinas, y ellas sí están más interesadas en conocer los derechos de la mujer. Este es un nexo que también ha fortalecido el trabajo con la comunidad.

La comunicación es otro factor fundamental. La comunicación es personal y mediante campañas masivas. También se va a inaugurar el «Hogar Materno» para brindar atención a las mujeres cuando lo necesiten, para brindarles refugios u hospedaje en casos de embarazos de alto riesgo.

Existe un consultorio móvil que consiste en un «trailer de salud» bien equipado con dos consultorios, uno ginecológico y otro pediátrico, que sirve para desplazar el personal hacia las comunidades.

En definitiva, cuando en el Chapare se inició el trabajo con el componente comunitario las coberturas se han duplicado, pero ello significó desplazarse hacia las comunidades y no se esperó que los pacientes vinieran a los servicios.

La proyección a la comunidad implica una capacitación a todas las personas que participan en el proceso de salud, desde la usuaria pasando por los parteros empíricos hasta los médicos y el personal administrativo.

3. En el programa de salud reproductiva hay una falta de una buena estrategia de difusión e información y comunicación hacia las comunidades, hacia el beneficiario final. Este falta es más aguda en el área rural, dado que no basta con la buena voluntad de los proveedores, se necesitan recursos humanos y técnicos teniendo en cuenta que las distancias para desplazarse a las comunidades son grandes, hay que dedicarle tiempo. Los equipos en el área rural deben estar compuestos por profesionales de distintas disciplinas y no solamente del sector salud.

III. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS AL DOCUMENTO DIAGNOSTICO CUALITATIVO DE LA ATENCION EN SALUD REPRODUCTIVA EN BOLIVIA

César Peredo ()*

Se me ha pedido que haga un comentario y sugerencias al Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia, y ambas cosas, comentario y sugerencias las voy a hacer al mismo tiempo.

No tengo ningún material gráfico por eso estoy consciente de que esto es pesado, pero al mismo tiempo quiero atenerme estrictamente al texto para que exista un documento sobre lo que voy a comentar.

El Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud reproductiva en Bolivia plantea la Nueva Estrategia de la OMS para la introducción de metodología anticonceptiva, que responda a necesidades reales y, al mismo tiempo plantea el enfoque de salud integral a la mujer que propugna la Secretaría Nacional de Salud a través de la Dirección Nacional de la Mujer y el Niño con un amplio enfoque en salud reproductiva.

Se menciona y enfatiza que la situación de salud de la mujer se da en un contexto social, económico y cultural que tiene que ver con las condiciones de vida, contexto que, en nuestro país, es de evidente desventaja social para la mujer.

Aunque el documento quiere remarcar el carácter integral de la atención de salud de la mujer, que abarca desde la atención de la salud materna, planificación familiar, detección de cáncer de cuello uterino, enfermedades de transmisión sexual, lactancia materna y vacunación con el toxoide tetánico, se transparenta que existe una manifiesta inquietud por la situación de la planificación familiar. Sin embargo es, a nuestro juicio, el enfoque globalizador de la salud de la mujer el que nos permitirá avanzar no sólo en el cuidado de su salud y la extensión de la planificación familiar, sino, lo más importante, en la reducción de la mortalidad materna y el mejoramiento de sus condiciones de vida.

El documento expresa su preocupación por la mortalidad materna que en el país como sabemos es muy elevada y que va desde una tasa nacional de 390 x 100.000 nacidos vivos a una tasa diferenciada de 929 x 100.000 para las poblaciones rurales del altiplano nacional, tasa semejante a los países africanos más pobres.

¿Por qué esta diferencia tan ostensible entre la mortalidad materna del llano que es de 166 x 100.000 a la extrema del altiplano?. Porque a ella concurren condiciones de vida, de pobreza, de educación y de cultura que condicionan estas tremendas diferencias.

Y, yo creo que en el tema y el enfoque de la mortalidad materna tiene que ser –como en muchas partes el documento lo expresa– el punto nodal a partir del cual se inician las acciones para la atención de la salud materna.

Partir de una realidad dolorosa como es la mortalidad materna para implementar medidas que en su conjunto buscan salvar las vidas de las madres bolivianas, debe ser el contexto en el cual se inscriban todas las acciones de salud y de educación incluida la planificación familiar, no sólo como derecho sino también como un medio de salud contra la muerte.

(*) César Peredo, es médico gineco-obstetra y Director Departamental de Gestión Social de la Prefectura de La Paz.

¿Quién, racionalmente, podría oponerse a un saludable espaciamiento gestacional que permite una buena recuperación materna y una debida atención al hijo nacido?. ¿Quién podría oponerse a que sea la propia familia la que decida sobre el número de su descendencia –la que puede y quiere atender– y el momento de tenerla?. ¿Quién podría oponerse a que se limite el nacimiento trágico de hijos no deseados, con su secuela de frustración y de dolor?. Si negáramos esto, es que no somos libres y el derecho al uso de una metodología y un conocimiento no sería más que un discurso vacío.

Los derechos tienen que ser rodeados de condiciones que hagan realidad el enunciado conceptual. El derecho a la vida y a desarrollarnos como individuos, sin acceso a las fuentes de trabajo y a la educación y a la salud, poco nos sirve.

Tan importantes como las causas médicas que señala el documento para explicar la mortalidad materna como son la falta del control prenatal, el parto domiciliario complicado, la deficiencia institucional para reponer sangre, la dificultad y, a veces, la imposibilidad de la resolución quirúrgica en la emergencia obstétrica, un recurso humano impreparado, etc., etc., tan importante como éstas lo son las causas sociales de la mortalidad materna como el bajo nivel general de salud, la extrema pobreza, la falta de acceso a la salud y al aborto que es responsable, nos dicen, del 27 al 35% de esa mortalidad materna.

El aborto, particularmente el inducido, debiera ser inscrito entre las causas sociales y no médicas de la mortalidad materna, porque la mujer que recurre al aborto lo hace por la imposibilidad de tener ese hijo, aún a riesgo de su salud y de su vida.

Yo no creo que la solución al aborto sea su liberalización o su permisividad, que ocasionaría una sobre demanda en una estructura sanitaria precaria y pobre que agotaría sus recursos en la atención del aborto y no resolvería el problema de la mortalidad rural, por ejemplo, y esto sin entrar en otros tipos de consideraciones morales, religiosas y políticas. Pero creo que es necesario también plantear y difundir alternativas frente al aborto y, entre las primeras, la planificación familiar.

Prosiguiendo en el análisis de la situación actual, se menciona que, aunque la utilización de métodos anticonceptivos casi se ha duplicado en los últimos diez años, del 23.6 al 46.3%, es el método de abstinencia periódica el más utilizado por la población y, si esta es la realidad, habrá que enseñarlo bien para que ya no ocurran numerosos abortos.

La planificación familiar es algo que todos usamos pero no todos lo decimos. ¿Quién que tenga 6 o más años de convivencia marital y 3 hijos o menos podría decir que no ha hecho uso de la planificación familiar?.

La planificación familiar es tema de sensibilidad nacional porque tiene que ver con la vida y la conducta de los individuos, en un terreno particularmente sensible como es el de la sexualidad y su consecuencia reproductiva.

El hombre y la mujer creados libres y a semejanza de su Dios no pueden ser esclavizados por prejuicios y preconceptos acerca de la sexualidad y la reproducción. ¿Quién podría decir, sin caer en la más abusiva arbitrariedad que la reproducción y la sexualidad deberían ser de esta forma y no de aquella?. Lo que sí es necesario decir que la libertad es una moneda de dos caras, que en un lado está la libertad y en el otro la responsabilidad.

Es necesario señalar que esta libertad humana que ha convertido en derechos muchas de sus aspiraciones, para ser tal necesita ser libre y responsable, y para ser libre y responsable necesita ser libre con información y educación. Nadie puede decidir con libertad lo que no conoce.

En planificación familiar es necesario combatir los prejuicios de las personas, despejar los temores sobre el cáncer, desterrar los mitos de los procedimientos abortivos.

En el concepto de esta salud integral que abarca la planificación familia, es necesario capacitar un recurso humano y valioso y el más numeroso que tenemos como es la enfermera auxiliar, y capacitarla para cumplir acciones integrales en el área materno infantil.

Es cierto que la planificación familiar nos puede ayudar a reducir la mortalidad materna, pero ésta no la podremos abatir sólo con anticoncepción o incrementando el control prenatal o el parto institucional, sino no educamos hacia adentro al equipo de salud y hacia afuera a la población en el concepto de riesgo, difundiendo que existen gestaciones peligrosas y que todo embarazo de riesgo debe ser atendido hospitalariamente. Y no la podremos abatir sino contamos tampoco con hospitales distritales de referencia con capacidad resolutive y un equipo distrital de médicos y enfermeras capacitados para la atención materno infantil.

El enfoque de riesgo sigue siendo necesario y útil, a pesar de la limitación que se señala en la utilización de la historia clínica perinatal. Y si no se toman decisiones en base a ella, es porque no se comprende su utilidad y habrá que perseverar pensando quizá en una simplificación de la misma.

Como no se detecta el miedo reproductivo ni el riesgo obstétrico tampoco se hace planificación familiar en estos casos, y esto podría considerarse una omisión negligente que puede significar poner en riesgo la salud de una persona, tan culposa como no diagnosticar y no atender cualquier identidad patológica.

Yo quiero recordarles, que hace un tiempo tuve la oportunidad de visitar poblaciones del norte potosino y en Ocurí me tocó encontrar a una mujer que había tenido su hijo en la mañana de ese día, me acerqué a conversar con ella, le pregunte: «¿cuántos hijos tenía?», y su respuesta fue una pregunta: «¿vivos o muertos?». No quise preguntarle de los muertos y le pregunte de los vivos, «con éste seis», respondió. La mujer era una mujer desdentada, vieja, cabellos lacios, ásperos, muy manchada, aparentaba uno 45 años, y le pregunté: «¿cuántos años tiene usted?» y me dijo «35». Y la provoqué con una pregunta y le dije: «¿tiene tiempo para tener seis hijos más?» Y es cierto, una mujer de 35 años a ese ritmo de fertilidad puede tener seis más. Y me dijo: «ya no señor, ya no quiero tener». Y entonces le pregunte ¿y sabe usted qué tiene que hacer para no tener más?. Su respuesta fue: «no señor yo no sé, pero ustedes sí».

Ese ustedes «sí», es un clamor, es un clamor de una población que no tiene información, que no tiene educación y que no tiene acceso en los medios rurales.

La crítica a algunas ONGs es severa e importante, el documento considera que una gran parte de ellas no guarda relación alguna con el proceso estatal, dando lugar a instalaciones repetidas o mal ubicadas con oferta de servicios no prioritarios, y al uso generalizado de procedimientos e instrumentos médicos no garantizados. Esto tiene que servir para una revaloración del papel de las ONGs cuya existencia y presencia en el país es su medio de subsistencia y no de servicio como debiera serlo.

La labor educativa nunca podrá ser suficiente, y aunque el trabajo sea arduo debe insistirse en la producción local de materiales educativos con sentido de género para la integralidad de la salud reproductiva.

La supervisión, evaluación y monitoreo continúan siendo el talón de Aquiles del sistema por falta de recursos humanos y físicos; sin embargo, es necesario cambiar el sentido de la supervisión,

de una supervisión crítica y de identificación de fallos y deficiencias a una positiva de reconocer áreas de apoyo y capacitación.

Y este es el modelo que ha impuesto el Japón en toda la productividad. Cuando el grupo empresarial americano empezó a cuestionarse porqué los japoneses los superaban, decidieron formar una comisión que investigase los sistemas de producción, y encontraron que los sistemas de producción eran idénticos, al lado de la cadena de montaje existía un supervisor que en el sistema americano veía cuáles manzanas estaban podridas para retirarlas del trabajo. En el sistema japonés también está el supervisor, pero el va viendo cuáles manzanas podridas necesitan recibir apoyo y preparación. Eso hace la diferencia.

En el análisis político el documento expresa una gran esperanza en la participación popular que redistribuye el poder político y económico y le otorga a la comunidad la facultad de tomar decisiones también en materia de salud, acordes a las necesidades y conveniencias de su propia comunidad, con la facultad de supervisión y de efectuar cambios. De aquí surge la necesidad de trabajar más íntimamente con los municipios para sensibilizarlos en su responsabilidad de atender a la salud reproductiva. Para los municipios sin duda existen dos temas prioritarios en salud: la salud infantil y la salud reproductiva, y tienen que entender que ambos tienen que ver con la presencia de salud de la mujer en la familia.

Referente a la ayuda de las agencias de cooperación se manifiesta que en esta ayuda no hay muchas posibilidades de que se incluyan otros aspectos que la planificación familiar y que no se tiene el concepto de cooperación integral a una atención que tiene que ser integral para la solución de aspectos clínicos esenciales, para la integración de la red de servicios y la resolución de la emergencia obstétrica.

Es necesario decir que cuando la cooperación se circunscribe al área de planificación familiar y no a una ayuda integral con amplio concepto de la salud reproductiva que es lo que el país necesita, entonces se hace sospechosa, y nace o el temor o la suspicacia a los condicionamientos de la ayuda externa.

Una actitud que considero positiva de la Dirección de Salud de la Mujer y el Niño ha sido la de hacer la oferta de servicios sin fijar metas de planificación familiar, que podría obligar a actuar irracional o abusivamente, porque entonces lo que importaría es la meta y no la persona.

Hace algunos años una agencia de cooperación mandó inscribir una pregunta en sus oficinas para que sus allegados no perdiesen la perspectiva de su ayuda, y ésta decía: «Nuestra única pregunta debe ser: ¿Cómo podemos ayudar a la salud del pueblo boliviano?». Si esta es la única pregunta que realmente importa, la respuesta también es una sola: Ayudándonos a hacer lo que nosotros queremos hacer.

Es necesario trabajar mucho más aún en el tema de género, no sólo para erradicar el analfabetismo de la mujer, especialmente rural y combatir la violencia y afirmar sus derechos, sino que se hace imperativo trabajar a nivel del hombre, para el reconocimiento de que nuestra vida familiar y comunitaria se organiza alrededor de la madre y mujer, y ella se merece toda protección y cuidados.

Pero es también necesario trabajar en la misma línea a nivel institucional cuando nos dicen que sólo algún personal de salud reconoció e identificó la muerte materna como problema. Hay que trabajar también hacia adentro para que todo daño a la mujer, para que toda muerte materna sea un evento que conmueva y sacuda a todos, enseñando que el embarazo y el parto son procesos naturales que pueden complicarse y concluir con la vida de una madre.

Y entramos al tema siempre controvertido y paradójico de tener grandes problemas de salud con elevada morbi-mortalidad y centros de salud vacíos. **¿Porqué no acude la población a nuestras instalaciones sanitarias?. ¿Qué los aleja?.** El documento habla de la falta de confianza y de una pobre calidad de los servicios.

¿Dónde nace la confianza a un servicio?. ¿De qué depende?. A una población tan humilde y sencilla como la nuestra, debiera ser fácil satisfacerla, no exigen comodidades ni sabe de sofisticaciones que por otra parte nunca las ha tenido y carece totalmente de ellas.

Para la mayor parte de nuestra población la confianza nace de nuestra actitud en el servicio. Nos olvidamos que ser del sector de servicios es precisamente servir. No aprendemos que siempre estamos interactuando y que la nuestra es una población sensible y humilde, y por esto mismo más sensible al que le importa la manera como se da el servicio, que a veces puede ser técnicamente impecable, pero carente de toda calidez humana.

Yo recuerdo que hace algún tiempo con talleres populares de salud materno infantil, una madre que asistía –mujer obrera– nos decía que ella había hecho su control prenatal en un consultorio de área, y qué siempre que iba la pesaban, le median el fondo uterino, le tomaban la presión arterial, etc., etc., y llegó el día en que la remitieron a la maternidad para su atención del parto, y ella decía, con una expresión de queja: «pero Dr. ese Dr. nunca me miró a los ojos». La importancia de ver a los ojos, la importancia de ver a la persona a la que estamos atendiendo.

Nuestra población nos puede perdonar casi todo, hasta que nos equivoquemos, pero no que la humillemos, no de que la maltratemos, a veces sólo con una actitud fría, profesional pero carente de calor humano, el diálogo con las pacientes es muy insuficiente, nos dicen, y es mucho lo que hay que trabajar en esta área.

Hay una preocupación mayor para aumentar las coberturas que por la forma como se atiende a las personas –nos dice el documento– paradójicamente cuando mejoremos la manera como se atiende incrementaremos también la cobertura.

Calidad de la atención es atender afectivamente y eficientemente a una población pobre, humilde, ignorante y tan igual como persona que el que la atiende.

La calidad en salud tiene que ser la amistad en acción a una mujer que todo lo puede dar, aún su propia vida como holocausto de amor a los suyos, y por ello la actitud nos hace trascendentes porque intenta ir más allá que el desempeño de un simple oficio.

El concepto de respeto debería ser inculcado desde la facultad nos dicen, creo que es poco. Se necesita capacidad de identificarse con quien está en la mesa de examen, sensibilidad social, vocación de entrega, una manera de ser, se vive con lo que se tiene dentro, se enseña lo que uno es y esto es selección y enseñanza.

Necesitamos el centro de salud y el hospital abiertos a la comunidad, que no esperan dentro sus instalaciones la llegada del enfermo sino que salen a la comunidad, como nos decía el Dr. Illanes, a dialogar, a enseñar, a servir.

En el área de capacitación del recurso humano son notables los logros, se advierte un impulso de mejorar la técnica, de resolver las necesidades de una formación deficiente, aunque una proporción importante de médicos no estén preparados para atender el parto en posiciones tradicionalmente usadas por las mujeres, nos dice el documento.

Debe continuarse con la capacitación de enfermeras con la realización de procedimientos médicos con competencia para suplir la insuficiencia de personal. El poder médico –nos dicen– es el que impide a las enfermeras atender un parto o insertar un DIU. Este poder médico en realidad es el temor médico a una competencia que no es tal, pues él debiera ser el que entrene, supervise y se beneficie del trabajo de una enfermera bien capacitada.

Ojalá que llegue el día en que tengamos enfermeras como las del sistema nacional de salud chileno. Una enfermera que hace control prenatal, que prescribe, que toma Papanicolaou, que inserta dispositivos, que coloca Norplant, que atiende al sector infantil en sus infecciones respiratorias; pero, esto costó, este fue un proceso que indudablemente llevó tiempo, porque los que primero nos oponemos siempre somos los médicos, en Chile también, pero es el camino. Ante la falta de recursos humanos, yo no encuentro otro que el de tener una enfermera auxiliar –que son las que más tenemos– bien capacitada, bien entrenada, bien supervisada.

Es agradable saber que el Plan Vida –que en algún momento parecía que las propias autoridades de salud no creían en él– ha tenido un impacto positivo, consolidando el concepto de atención integral a la mujer con la estrategia de salud reproductiva, que en el tiempo presente y el futuro inmediato no debiera cambiarse, y que las condiciones de la atención de la salud de la mujer han mejorado. El camino está identificado y hay que persistir en andar por él.

A veces se dan contradicciones entre el criterio técnico y el criterio político, que puede llevar a una dualidad incoherente entre salud y política como cuando se dice que es en el sector público donde falta el acceso a los servicios de salud reproductiva. Hay que tener presente que en salud las decisiones no son técnicas sino políticas y que es también necesario trabajar al nivel político, con demostraciones sobre la eficiencia de las acciones técnicas, buscando coherencia entre lo que el país suscribe y lo que hace.

Hay que seguir trabajando en la difusión en internalización del concepto de salud reproductiva y también a nivel político y comunitario, especialmente en los municipios y hay que eliminar el peligro que existe dentro del propio sector de identificar la salud reproductiva con la planificación familiar. La salud reproductiva y la planificación familiar no son sinónimos.

Hay que trabajar con la comunidad en los municipios por la salud integral de la mujer y el desarrollo de la red de solidaridad.

Hay que mejorar la calidad de la atención en tres campos, equipo necesario, entrenamiento adecuado y sobretodo, trato adecuado y de entrega en el servicio.

La cooperación internacional sigue y seguirá siendo necesaria y útil. Su ayuda debe permitir el desarrollo local con criterio de integralidad, ayudándonos especialmente a tener hospitales con capacidad resolutive y con personal capacitado; desarrollando las redes de comunicación y transporte. Este es el ideal de la cooperación, de que las agencias respondan a las necesidades y posiciones oficiales.

Hay que incrementar los recursos para la elaboración de materiales educativos con participación local, explorando los medios de educación masiva.

Es necesario trabajar con sectores afines, incluyendo la iglesia, bajo la premisa de atención integral a la salud de la mujer, para reducir la morbi-mortalidad materna.

Hay que incrementar la capacitación del recurso humano, particularmente el de enfermería para asumir desafíos de atención y extensión de cobertura.

La mujer sigue siendo un sujeto pasivo en un tema como el de salud reproductiva que le atañe directamente. Y es necesario incrementar el trabajo de género para conseguir su autovaloración. Seguimos tomando decisiones en su nombre y hay que alentar su presencia y participación en los municipios.

Debe insistirse en la necesidad de la estabilidad funcionaria, particularmente provincial, por lo menos durante dos años, con supervisión adecuada. Y esto está en manos de la Secretaría de Salud.

En cuanto hace específicamente a la planificación familiar, las recomendaciones son claras. Es necesario proseguir incansablemente con un instrumento que hace al derecho de las personas y a la salud. Es en este campo donde es más urgente la información y educación.

Es recomendable la ampliación de la oferta de métodos y es necesario insistir en la educación y extensión de servicios en el área rural con personal de la propia comunidad.

Al final, es necesario decir que es mucho lo que se ha andado desde cuando no sabíamos cuál era la magnitud real de la mortalidad materna, desde cuando las acciones temerosas y conservadoras eran puramente urbanas, de cuando se hablaba de planificación familiar con voz callada y no pocas veces con miedo, de cuando no había una política clara, global y coherente.

Indudablemente aún es mucho lo que hay que andar, pero el documento que comentamos nos muestra que estamos sobre el camino debido y que hay que andar a pesar de oposiciones, a pesar de incomprendiones, a pesar de celos y de intolerancia.

Saber lo que uno debe hacer ya es bueno, aunque a veces no existan recursos para hacerlo y el apoyo que uno espera para no desmayar. El sentido de la vida es la trascendencia y uno sólo se hace trascendente cuando se da a los demás. Y esto es lo que encuentro en el documento que comentamos, y por ello a quienes trabajan por la salud materna en nuestro país, les debemos mucho y es justo y es necesario decirles ¡muchas gracias!

RONDA DE COMENTARIOS

Facilitador: *Marcos Paz*

La ponencia de César Peredo generó varios temas de discusión. Principalmente los dos temas importantes fueron: 1. Recursos humanos, y 2. Los planes y estrategias en salud reproductiva. A continuación se hace un resumen de las distintas intervenciones.

Recursos humanos

1. Hemos dicho ya que es necesario considerar la permanencia por 2 años del médico de año de provincia, pero ¿cuál es la posibilidad real de hacerlo?

El Plan Vida contemplaba la permanencia del médico del año de provincia durante dos años, y una estabilidad casi permanente de la auxiliar de enfermería, porque generalmente es personal de la comunidad.

El hacer algo al respecto, está en manos de la Secretaría Nacional de Salud. Si la Secretaría de Salud comprende la necesidad de la permanencia, simplemente puede establecer que el año de provincia o el tiempo de servicio social debiera ser de dos años.

Ahora, es necesario crear un sistema de supervisión para ese médico, pero además darle la opción dentro de la provincia de ir avanzando, por ejemplo al hospital distrital de su zona, que sea un director de Distrito, que se vaya perfilando su orientación para la especialización y tener la facilidad de que las personas que salen de provincia en dos años puedan entrar al sistema de residencia médica como un derecho.

Es decir, hay mecanismos que se pueden utilizar, lo que falta probablemente es la decisión política, la voluntad política de hacerlo así.

2. La Secretaría Nacional de Salud invierte grandes recursos para la capacitación del personal de salud, principalmente en viajes. Sin embargo, vemos que esos recursos se pierden, dado que no hay un compromiso del proveedor con su trabajo. Cuando puede se va, a veces sin avisar a otras regiones o Distritos y deja el trabajo a medias. Se debe normar que el personal capacitado debe permanecer un determinado tiempo en su lugar de trabajo para que no se pierdan esos recursos y se tenga tiempo de replicar su capacitación a otro personal de salud.

Una alternativa también podría ser que se invierta el sistema de capacitación, que se creen equipos itinerantes de capacitación en Distritos, ya que lo que se necesita fortalecer no es tanto el área, sino el hospital de Distrito.

¿Qué debiera haber en un hospital de Distrito? Un médico general, un médico orientado hacia la ginecología, un médico orientado hacia la pediatría, una enfermera capaz de dar anestesia, una enfermera capaz de instrumentar y hacer el seguimiento. Este es el equipo que hay que fortalecer, y también la red de comunicación; no sirve un Distrito montado si no se tienen redes de comunicación y de transporte instalados. Y esto está planteado en el Plan Vida, pero los niveles de decisión todavía no lo han asumido.

4. Es importante romper con el esquema de la medicalización. Sin embargo, no sólo hay que capacitar a los paramédicos, sino darles la oportunidad de brindar los servicios a la población. Ya se ha visto con el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez que realmente un médico ginecólogo por área es sumamente insuficiente, entonces ¿porqué no se capacitan a las enfermeras, a las auxiliares?, y ¿porqué no se les permite la oportunidad de que ellas vengán a los centros especializados a capacitarse?.

Hace muchos años, quienes daban anestesia eran las enfermeras y mujeres técnicas, y ahora porqué no pueden hacerlo? si casi no hay anestesiólogos para los hospitales distritales. Acaso, se tiene desconfianza de la capacidad de la enfermera auxiliar?. Probablemente si. Es necesario que se tomen en cuenta esta necesidad como un desafío y se responda a él.

Planes y estrategias en salud reproductiva

1. Es preocupante la inestabilidad de los programas y planes. El Plan Vida, es un plan que aparece y desaparece de acuerdo con las circunstancias. Pero, ahora hay una oportunidad muy grande, con la descentralización, el nuevo modelo sanitario y la gestión compartida, es posible que cada departamento, cada municipio institucionalice muchas de las cosas que están en el Plan Vida. Este plan tiene riquísimos aspectos que en este momento están siendo ocultados, primero por el PAE y después por el Seguro Nacional de Maternidad, y dentro de dos o tres meses por cualquier otro plan.

La descentralización y el nuevo modelo sanitario es una oportunidad para que a niveles departamentales, municipales y locales, se desarrollen estrategias que están en muchos de los planes elaborados por los bolivianos, aplicados por bolivianos y que pueden ser muy bien operacionalizados con la realidad, con cada realidad local.

2. En algunos planes y programas, por lo menos en lo que respecta a la OPS, esta organización desarrolló mucho los programas materno infantil y dentro de ello, la planificación familiar como algo secundario. Entonces, los programas se quedaron en esos temas y no avanzaron mucho en la salud de la mujer y mucho menos aún en la salud reproductiva, que es de hombres, mujeres, adolescentes, y que es de todas las etapas de la vida, y no es solamente de la mujer en edad fértil.

Entonces, no es que ahora sólo interese planificación familiar en el tema de salud reproductiva, sino que más bien la planificación familiar fue y es un componente poco desarrollado y puesto en marcha. La planificación familiar, sin embargo, debe ofertarse desde un enfoque integral de la salud que incluya el tema de la sexualidad y de los derechos reproductivos.

3. La descentralización administrativa y la Ley de Participación Popular son dos acontecimientos muy importantes que brindan el marco para generar planes y programas más coherentes y estables, sobre todo en lo que respecta al trabajo con los municipios y con la comunidad. El Municipio tiene la obligación ahora de asumir la responsabilidad por su población.

4. El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, es una estrategia muy importante y puede también garantizar una consolidación del trabajo que se hace con respecto a la salud de la mujer, sin embargo es necesario que contemple aspectos como la planificación familiar.

Actualmente se dice que la mujer tiene derecho a la atención hasta los 7 días, y evidentemente los 7 primeros días no es posible hacer planificación familiar, pero si se encuentra el mecanismo de extensión, en el tiempo en que se pueda determinar la reanudación de su fertilidad, entonces la utilización de la anticoncepción sería factible.

5. Dentro de los nuevos planes y estrategias se fortalece mucho el nivel local, sin embargo, no hay un marco jurídico de las competencias y funciones de las instancias intermedias que han quedado sueltas, entonces se deberían buscar estrategias para el fortalecimiento de esas instancias intermedias, es decir de los equipos de conducción, y de los equipos de gerencia distrital.

6. Qué tanto se está articulando el Ministerio de Desarrollo Humano y se está aprovechando las sinérgias y los impactos, por ejemplo, de su inserción de la Secretaría Nacional de Salud en el marco del Ministerio de Desarrollo Humano? ¿Qué tanto, por ejemplo, se están aprovechando los conocimientos en investigaciones del grupo que trabaja en etnias, en el tema de género y generaciones? ¿Qué tanto se está vinculando la Reforma Educativa con la salud sexual, con la salud reproductiva?

Es importante superar la visión sectorialista de salud y mirar a la salud reproductiva en tanto la entiende El Cairo y la entienden los últimos documentos internacionales, como un estado no solamente físico sino psicológico y social, y no solamente de mujeres sino de la población en su conjunto.

Por lo tanto, entonces el abordaje de la salud reproductiva debería ser muy integral, pero evidentemente, hay que focalizar acciones, la perspectiva de sostenibilidad de la salud reproductiva hace bien pensarla en marcos crecientemente globalizadores e integradores.

*Tercera
Parte*

I. PLENARIA

Moderador: *Juan Díaz*

La plenaria giró en torno a los temas que fueron presentados en las partes I y II, además mediante una lluvia de ideas se recogieron propuestas de investigación e intervención a corto y mediano plazo en programas y servicios así como a nivel de comunidades urbanas y rurales, de usuarias y usuarios. A continuación se presenta un resumen de las principales propuestas:

1. Propuestas de Investigación

1. Realizar investigaciones cualitativas y cuantitativas sobre la calidad de atención integral del posaborto con énfasis en la anticoncepción posaborto; barreras, viabilizadores y su impacto en abortos repetidos.
2. Investigar diferentes estrategias para enseñar el uso correcto de métodos de abstinencia periódica.
3. Llevar a cabo estudios de Conocimientos Actitudes y Prácticas de los varones en relación con la planificación familiar y la salud reproductiva.
4. Investigar estrategias para incorporar el enfoque de género y la salud reproductiva en los servicios públicos y en las políticas de la Secretaría Nacional de Salud.
5. Realizar investigaciones de condiciones socioculturales para guiar la orientación en salud sexual y reproductiva a niveles de comunidad.
6. Estudiar estrategias para la transferencia de actividades exclusivas de los médicos a las enfermeras.
7. Investigar posibles articulaciones del sistema comunitario de salud con el sector formal de salud, que incluye tanto a las personas de la comunidad que han sido capacitadas como a las instancias de participación y decisión creadas por la Participación Popular: juntas de vigilancia, de vecinos, etcétera.
8. Estudiar y evaluar la experiencia de trabajo de la partera tradicional previendo su incorporación en el programa de salud reproductiva.
9. Investigar cuáles serán las formas o estrategias más apropiadas para la toma de datos sobre salud sexual para incorporarlos en las historias clínicas.
10. Estudiar la forma de adecuar contenidos y formas culturales en los materiales de IEC de manera que respondan a la realidad de las comunidades. Evaluar su impacto, qué tipo de materiales gusta más a la gente.
11. Investigar concepciones de sexualidad y fertilidad desde la perspectiva de género y cultural.
12. Investigar estrategias de capacitación local. Realizar evaluaciones de esta capacitación a corto y mediano plazo. Investigar el tipo de capacitación que reciben e indagar cuáles

existen y si son apropiadas; evaluar la necesidad de introducir formas nuevas de capacitación.

13. Estudiar diferentes estrategias educacionales basadas en la comunidad para tener una mayor utilización de los servicios de salud y para mejorar la salud.
14. Investigar estrategias para fortalecer y capacitar los niveles intermedios/gerenciales de salud.
15. Investigar mecanismos de difusión de fácil manejo, adecuados y de fácil acceso para las regiones, sobre la situación de la salud sexual y reproductiva.

2. Propuestas de Intervención

1. Definir una estrategia para que los médicos de provincia permanezcan por lo menos dos años en el lugar que les ha sido destinado.
2. Generar programas que fortalezcan los recursos humanos sobre todo a enfermeras en cuanto a rotación, consulta y atención prenatal.
3. Normatizar la capacitación de personal paramédico en todos los servicios concernientes a la salud reproductiva.
4. Incorporar los comités y organizaciones de base a la salud reproductiva mediante un proceso educativo que retome los lineamientos de la Conferencia del Cairo y Beijing sobre los temas de género, derechos sexuales y reproductivos y calidad de atención.
5. Hacer llegar y analizar los estudios de Conocimientos Actitudes y Prácticas a los proveedores de salud.
6. Incluir el estudio de la interculturalidad y las relaciones interétnicas en la capacitación de proveedores de salud.
7. Mejorar la difusión del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez dependiendo del área urbano/rural.
8. Incorporar la atención en salud reproductiva, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual al Seguro Nacional de Maternidad y Niñez y socializar estos temas hacia la comunidad.
9. Fortalecer los hospitales rurales.
10. Fortalecer el sistema de referencias y contrarreferencias. Por ejemplo hacer un inventario de ambulancias, horarios y rutas para asegurar la Referencia.
11. Crear equipos itinerantes de capacitación.
12. Reforzar la planificación familiar natural tanto desde las ONGs como de los servicios públicos.
13. Que las ONGs ajusten sus actividades a prioridades y necesidades locales.

14. Que se discuta en el CAI y los DILOS: temas como Conferencias de Cairo-Beijing, salud sexual reproductiva, la ENDSA-94, investigaciones cualitativas y cuantitativas.
15. Incorporar enfoques psicológicos y antropológicos de la salud en la carrera de enfermería para contribuir a una mejor calidad de atención.
16. Capacitar parteras, responsables populares de salud, maestros y adolescentes en temas de salud sexual y reproductiva.
17. Establecer sistemas permanentes de comunicación en hospitales y centros de salud (videos).
18. Realizar seguimiento a los programas de planificación familiar en Departamentos que muy poco se estudian, por ejemplo Cobija.
19. Incorporar organizaciones femeninas en los PAO municipales, coordinando con las Subsecretarías de Género y Asuntos Etnicos.
20. Fortalecer y capacitar a las auxiliares de enfermería en emergencias obstétricas.
21. Fortalecer la capacidad resolutive de los hospitales básicos de apoyo en emergencia obstétrica así como la permanencia de su personal e infraestructura.
22. Incorporar el tema de aborto incompleto en el paquete de Seguro Nacional de Maternidad y Niñez.
23. Descentralizar la capacitación del personal de auxiliares de enfermería, fortaleciendo además la capacidad pedagógica de personas que en distintos lugares podrían asumir la responsabilidad de una enfermera.
24. Establecer políticas definidas en cuanto a prevención y promoción en la salud de los adolescentes con énfasis en el área de educación sexual.

II. TRABAJO EN GRUPOS

En total se conformaron 7 grupos de trabajo. Los grupos se dividieron alrededor de los temas de investigación e intervención recogidos en la plenaria.

Cada grupo discutió de acuerdo con las siguientes guías:

1. Tema: Investigación

Líneas de discusión

1. Centrar las discusiones en líneas de investigación que tengan el potencial de transformarse en acciones o políticas concretas a corto plazo. Tratar de focalizar los temas sobre los cuales no hay información confiable o no existe ninguna información.
2. Identificar cuáles son las preguntas más relevantes en relación con la atención obstétrica y la planificación familiar que pueden ser respondidas a través de proyectos de investigación.
3. Enunciar proyectos que podrían realizarse pensando en los lugares, quiénes trabajarán en ellos y sugiera la metodología apropiada para su realización.
4. Identificar cuáles serán las instituciones que podrán involucrarse en estos proyectos.

Grupos de trabajo en investigación

• GRUPO 4

PARTICIPANTES:

Moderadora	:	Lilian Calderón: Proyecto Salud Reproductiva-Sucre
Nilda Arozqueta	:	Carrera de enfermería-UMSA
Susana Asport	:	DMN
Victor Conde	:	Proyecto Salud Reproductiva-La Paz
Carmen Cornejo	:	DIDES-La Paz
Antonio Gumiel	:	DIDES-Potosí
Mary Marca	:	CIDEM
Seferino Morales	:	Alcaldía Sapahaque
María E. Rossells	:	Secretaría de Asuntos de Género
Oscar Soruco	:	Proyecto Salud Reproductiva-Tarija

	TEMAS	LUGARES	RESPONSABLE
1	Encuestas e investigaciones diferenciadas teniendo en cuenta el género, la edad, el área geográfica y el tipo de población. Asimismo incorporar el tema de educación sexual en todas las investigaciones.	Potosí, Chuquisaca y Pando.	A nivel nacional: Dirección de la Mujer y el Niño. A nivel departamental: Secretarías de Desarrollo Humano, DIDES y DILOS.
2	Investigaciones cualitativas socioculturales para adecuarlas a la orientación en salud reproductiva. Estrategias educativas basadas en la comunidad.	Potosí, Chuquisaca, Pando, altiplano de Oruro, valles de Tarija y Beni.	A nivel nacional: Dirección Nacional de la Mujer y el Niño. A nivel departamental: Secretarías de Desarrollo Humano, DIDES y DILOS.
3	Evaluación de la experiencia y práctica de las parteras tradicionales, responsables populares de salud y los centinelas de la salud, proyectando su articulación al sector formal de salud.	Ocurí en Potosí, Azurduy en Chuquisaca, Ríberalta en el Beni, y en la ciudad de El Alto.	A nivel nacional: Dirección de la Mujer y el Niño, Subsecretaría de Asuntos de Género, SOBOMETRA. A nivel departamental: DIDES y DILOS.
4	Estudiar mecanismos de difusión sobre salud sexual y reproductiva. Estos mecanismos debe ser de fácil manejo, accesibles y apropiados para las regiones y comunidades.	A nivel nacional en áreas urbanas y rurales.	Comisión Nacional de IEC y ONGs.

Otras recomendaciones

1. Ya existen investigaciones cuantitativas y cualitativas en la calidad de atención del aborto, entonces el grupo recomienda que estas investigaciones se fortalezcan.
2. La iglesia ha planteado estrategias para enseñar el uso de los métodos de abstinencia periódica; también ha desarrollado material educativo, por ende se recomienda que se rescate ese material, se coordine con la iglesia y se trate de difundir a través del personal de la Secretaría e incorporarlo en lo que es el curriculum de los centros de capacitación.

• GRUPO 5

PARTICIPANTES:

Moderador	:	Franklin García: Dirección de Políticas de Población
Veizaga Angel	:	Proyecto SERVIR
Lupe Campos	:	UMSA-La Paz
Luis Chavez	:	DIDES-Beni
Juan Díaz	:	Population Council-Brasil
Aleida Encinas	:	DIDES-Potosí
Margaret Chirgwin	:	ODA
Wilfredo Gómez	:	Partero de la ciudad de El Alto
Susana Rance	:	FCI
Lola Salinas	:	Proyecto Salud Reproductiva-Cochabamba
Roxana Sarmiento	:	DIDES-Sucre

Recomendaciones de investigación

1. Priorizar la investigación sobre la calidad de la atención posaborto; barreras y viabilizadores, y el impacto de la anticoncepción posaborto en aborto repetidos. Profundizar en las actitudes hacia el aborto en las comunidades rurales.
2. Desarrollar estrategias adecuadas para promover el uso eficaz de la abstinencia periódica y otros métodos tradicionales, tomando en cuenta la aceptabilidad por hombres y mujeres en contextos rurales específicos.
3. Estudiar los mecanismos que permitan la articulación del sistema de salud tradicional con el sistema formal de salud. Esto incluye principalmente la atención que se da en el embarazo, el parto y el puerperio, porque esta es una de las actividades donde el sistema tradicional de salud también ha desarrollado metodologías y también tiene una respuesta en cuanto a la salud de las madres.
4. Investigar el impacto de la violencia intrafamiliar sobre la salud sexual y reproductiva.
5. Investigar acerca de la calidad y cantidad de información y suministro de anticonceptivos en las farmacias. Además indagar cuál es su relación con los usuarios.

• GRUPO 6

PARTICIPANTES:

Moderadora	:	Gloria Gonzales : Distrito San Juan de Machaca
Evelyn Barrón	:	CIMCA-Oruro
Ernesto Castro	:	CIES-Potosí
Fanny Cornejo	:	PROISS
Rolando Iriarte	:	Hospital Quillacollo-Cochabamba
Ma. Yolanda Makuch	:	OMS/CEMICAMP-Brasil
Juan Carlos Molina	:	DIDES-Cochabamba
Marcos Paz	:	DMN
Ruth Simmons	:	OMS/Universidad de Michigan
René Terán	:	Sociedad Gineco-obstetricia-Cochabamba
Elizabeth Vallejos	:	GTZ-Oruro

	TEMAS	LUGARES	RESPONSABLE
1	Encuestas cuantitativas y cualitativas sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes en relación a la planificación familiar y el aborto. Con los resultados, establecer estrategias teniendo en cuenta las áreas urbanas y rurales.	Grupos juveniles en colegios y escuelas, universidades, organizaciones de barrio y grupos de base en poblaciones rurales y urbanas.	A nivel nacional: Dirección de la Mujer y el Niño, Subsecretaría de Asuntos de Género y Generacionales. A nivel departamental: DIDES Y DILOS. ONGs que trabajan con adolescentes.
2	Buscar estrategias que motiven al personal de salud para mejorar la calidad de atención de los usuarios.	Nivel nacional	El Colegio de Enfermeras, la Asociación de Auxiliares de Enfermería, Colegio Médico, Sindicato de Trabajadores en Salud.
3	Buscar mecanismos para una mayor participación del hombre en la salud reproductiva. Así como mecanismos para garantizar los derechos morales y reproductivos de la mujer.	Nivel nacional	A nivel nacional: Dirección de la Mujer y el Niño, Subsecretaría de Asuntos de Género y Generacionales. A nivel departamental: DIDES Y DILOS.

Otras recomendaciones

1. Hasta el momento el comportamiento frente al aborto, así como la anticoncepción posaborto se está trabajando en el área urbana con proyectos del Population Council, IPAS y UNFPA. Sería muy importante iniciar y confrontar esta misma experiencia en el área rural tanto con personas de la comunidad como con proveedores de salud de los Distritos rurales.
2. Hay una necesidad de investigar cada una de las muertes maternas que se detecten, pese a que existe ya un modelo de vigilancia epidemiológica que está normado y que nos ayuda a conocer no sólo las causas médicas sino también las causas sociales de la mortalidad materna, no se lo está asumiendo con responsabilidad y entusiasmo.
3. Investigación/acción en cuanto a oportunidades perdidas en planificación familiar de mujeres que ya llegan al servicio de salud por cualquier otro motivo.
4. Estudiar mecanismos para la reintroducción de métodos anticonceptivos de acuerdo a la mezcla de métodos en el nivel local, y estudiar el comportamiento de la mezcla de los métodos en los diferentes sectores: público, privado y el de la seguridad social.
5. Se tiene que discutir el enfoque de género de las investigaciones. Hay muchas investigaciones que aplican un enfoque neutro y finalmente no dan los resultados esperados para que sirvan como insumos de aplicación de políticas públicas.

6. A nivel de metodologías de investigación en salud reproductiva, es necesario implementar una metodología participativa, en donde se incluyan no solamente los equipos técnicos de investigación sino también a las personas de la comunidad, a las autoridades comunales donde se investiga y a otros sectores como la iglesia. Esto es muy importante sobre todo para los temas de aborto y la mortalidad materno-infantil en las áreas rurales, ya que por una parte mediante la participación de las comunidades se puede sensibilizar sobre dichas problemáticas y a su vez se pueden conocer una de serie de estrategias culturales sobre salud reproductiva y establecer sistemas de vigilancia comunitarios.
7. Hay una gran calidad y cantidad de investigaciones que ya han sido realizadas y tal vez es a partir de este momento que surge la pregunta: ¿cómo podrían ser utilizadas todas estas informaciones que ya han sido investigadas?. ¿cómo se puede establecer este puente entre las informaciones que han surgido de todas estas investigaciones y los servicios?. ¿Cómo pueden utilizarse en la práctica y realmente en la vida diaria estas informaciones?
8. Generar procesos que ayuden a desarrollar la capacidad investigativa de los equipos locales. Porque son en esos niveles donde se detectan los problemas, se pueden plantear las metodologías tal vez más apropiadas y se puede utilizar la información que es uno de los temas realmente críticos, porque la mayor parte de las investigaciones además quedan en informes y no se pasa a la última etapa que es la difusión de la investigación.
9. Una investigación tiene que estar sustentada mínimamente en un diagnóstico de una situación, de una cuestión local. Si en verdad se quiere buscar mayores impactos en las investigaciones y mayores posibilidades que sus resoluciones, sus conclusiones y recomendaciones puedan ser aplicadas a una política que pueda mejorar, no solamente la calidad de atención sino una estrategia en el marco de la salud sexual y reproductiva.

2. Tema: Intervención

Líneas de discusión

1. Centrar las discusiones de políticas intervenciones concretas y que sean factibles de acuerdo con las condiciones actuales. Listar las principales intervenciones que el grupo consideró.
2. Focalizar la discusión de las políticas e intervenciones en temas concretos y factibles en relación con los servicios, la comunidad, recursos humanos, capacitación, género y calidad de los servicios.
3. Discutir cuáles serán los mecanismos para que las informaciones obtenidas en las investigaciones se concreticen en políticas. Uso correcto de las informaciones de las investigaciones para pasar a la acción concreta.

• GRUPO 1

PARTICIPANTES:

Moderadora	:	Beatriz Durán: Maternidad Percy Boland-Santa Cruz
Solange Angel	:	Vecinos Mundiales-Cochabamba
Martha Blanco	:	Fundación La Paz
Angel Cardona	:	DIDES-Chuquisaca
Yolanda Céspedes	:	Proyecto Salud Reproductiva-Santa Cruz
María E. Dávalos	:	CIES-La Paz
Walter Humacayo	:	DIDES-Oruro
Gladys Pozo	:	Hospital San Gabriel
Dyrce Ocampo	:	PROISS
Olivia Rodriguez	:	Alcaldía de la Paz
Silvia Sánchez	:	Alcaldía de La Paz
Miriam Vargas	:	DMN
Renato Yucra	:	DMN

El grupo señala que hay cuatro áreas claves de intervención:

- 1) fortalecimiento institucional
- 2) formación de recursos humanos
- 3) políticas
- 4) participación comunitaria

FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	FORMACION DE RECURSOS HUMANOS	POLITICAS	PARTICIPACION COMUNITARIA
<ul style="list-style-type: none"> - Hospital área rural. Sistema de referencia y contrareferencia. - Sistema de inventarios activos fijos. - Hospital de apoyo y estabilidad laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor capacitación técnica sobre Normas de Atención a personal de enfermería. - Capacitación en temas de interculturalidad a todos los proveedores de salud. - Conformación de equipos intinerantes de capacitación. - Incorporar visión antropológico-psicológica en el currículum de Ciencias de la Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reformular el año de provincia. - Incorporar al Seguro Nacional de Maternidad y Niñez los temas de salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y SIDA. - Incorporar a las Organizaciones No Gubernamentales en el Sistema Público, Descentralizado y Participativo de Salud. - Tomar en cuenta al Departamento de Cobija en los programas de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de recursos humanos comunitarios. - Difusión del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez en el área rural. - Difusión de todos los métodos de planificación familiar. - Capacitación en salud reproductiva a parteras, Responsables Populares de Salud y a distintos establecimientos educativos.

Desarrollar administración gerencial

Formación de centros de capacitación en DILOS

Decisión y compromiso político

Información, Educación, Comunicación

• GRUPO 2

PARTICIPANTES:

Moderador	:	Alberto de la Gálvez Murillo: DMN
Aurora Acosta	:	Pastoral Familiar-Oruro
Ruth Calderón	:	Alcaldía Municipal de La Paz
Nancy Castellón	:	Universidad Jhon Hopkins-Bolivia
Hugo Castro	:	SRS-Chulumani
Benedicto	:	DIDES-Santa Cruz
Jackeline Reyes	:	CCH
María L. Salinas Choque	:	DIDES-Chuquisaca
Jaime Quinteros	:	Proyecto APJ-Holanda
Silvia Vega P.	:	Formación Femenina Integral-Cochabamba

El grupo priorizó tres áreas de intervención:

- 1) Recursos humanos
- 2) Políticas de salud
- 3) Comunidad

	TEMAS	LUGARES	RESPONSABLE
1	<p>Promocionar e institucionalizar, en forma gradual, la estabilidad funcionaria de los items en años de provincia, para asegurar la continuidad de los programas y la confianza de la población en estos servicios.</p> <p>Fortalecer los acuerdos establecidos con las universidades, sobre la integración de docencia asistencial.</p> <p>Orientar y reorientar la capacitación de la auxiliar de enfermería en los siguientes contenidos: emergencia obstétrica, planificación familiar, género, derechos de los usuarios, PAP, y otorgar formalmente funciones asistenciales.</p>	A nivel nacional	<p>Secretaría Nacional de Salud.</p> <p>Universidades locales.</p> <p>Instancias de Capacitación y Formación de Recursos Humanos.</p>
2	<p>Establecer políticas que aseguren que las ONGs ajusten sus actividades a las necesidades locales y se vigilen los convenios que estas hacen con los DILOS.</p> <p>Elaborar un instrumento clínico y manejable para la supervisión basado en las Normas de Atención.</p> <p>Consolidar y sistematizar la información disponible en las instancias de gestión sectorial local, para establecer una línea de base que permita precisar necesidades en infraestructura, equipamiento, recursos humanos, suministros y otros.</p> <p>Priorizar las siguientes medidas para garantizar la resolución de la emergencia obstétrica y/o su referencia: radiocomunicación, recuperación de movilidades del sistema de transporte y su utilización adecuada, ubicación estratégica de maternidades con un mínimo de complejidad para emergencia obstétrica.</p>	<p>A nivel nacional</p> <p>Hospitales de apoyo</p>	<p>Otras instancias técnicas gubernamentales</p> <p>Secretaría Nacional de Salud</p> <p>DIDES</p> <p>DIDES, DILOS y Municipalidades</p>
3	<p>En los recursos comunitarios rurales, incorporar el trabajo con parejas responsables de salud.</p>	Áreas rurales	DIDES y DILOS

• GRUPO 3

PARTICIPANTES:

Moderador	:	Gonzalo Aramayo: COF-La PAZ
Ileana Baca	:	USAID-Bolivia
Hugo Castrillo	:	COMBASE-Cochabamba
René Castro	:	GTZ-Cochabamba
Ma. Dolores Castro	:	Carrera de Antropología-UMSA
Jorge Flores	:	DIDES-Cochabamba
Daniel Illanes	:	DIDES-Cochabamba
Daniel Morales	:	Pastoral Familiar-Oruro
Fernando Ortega	:	DIDES-Santa Cruz
Rita Revollo	:	Programa ETS/SIDA
José Velasquez	:	COMBASE-Cochabamba

El grupo ha enfatizado tres áreas de intervención:

1. Capacitación de recursos humanos
2. Desarrollo de materiales de IEC
3. Calidad de atención

CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS	IEC	CALIDAD DE ATENCIÓN
Implementar una metodología participativa para una revisión del curriculum del pregrado orientado a una técnica de atención humanizada.	Producción de material educativo, audiovisual adecuado a la región.	Promover el cambio de actitud y compromiso en el personal de salud.
Implementar y crear centros de capacitación locales o regionales, con la finalidad de que la gente pueda capacitarse en sus localidades y no tenga que salir a las zonas centrales.	Educación continua a la comunidad en coordinación con las autoridades locales, iglesia, etc.	Apoyo logístico.
Educación continua al personal comunitario en orientación y en salud sexual y reproductiva. Revisar el manual de funciones para operativizar mejor la actividad del personal auxiliar y capacitado.		Fortalecimiento de infraestructura. Fortalecimiento de recursos humanos. Incremento de salarios de los proveedores, estabilidad en el pago y mejores condiciones de vida y de trabajo.

• GRUPO 7

PARTICIPANTES:

Moderadora	:	Ximena Machicao: CIDEM
Guadalupe Gutierrez	:	DIDES-Pando
René Gutierrez	:	COSMIL
Norma Quispe	:	GTZ
Jenny Román	:	Centro de Formación en Género/Desarrollo-Santa Cruz
Rosmary Sanjines	:	Distrito 1-La Paz
María L. Terrazas	:	Distrito 1-La Paz
Silvia Vargas	:	CNS-La Paz
Patricia Velasco	:	Alcaldía de La Paz

PROPUESTA	ACCIONES
<p>1. Que la Secretaría Nacional de Salud desarrolle una estrategia política de capacitación sostenida a corto, mediano y largo plazo en salud sexual y reproductiva, que como ejes transversales y voluntad política contenga la perspectiva de género y la interculturalidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar diagnósticos locales de necesidades tanto de proveedores como de servicios en salud y de la comunidad con énfasis en las mujeres. • Realizar una revisión presupuestaria, negociación de recursos y asignación de recursos programáticos a esta estrategia política de capacitación. • Diseñar e implementar la capacitación diferenciada, tomando en cuenta lo urbano, lo rural, lo local, la intervención de las alcaldías y principalmente, las jerarquías que hay dentro del sistema de salud. Es decir, no se puede implementar una capacitación sino se toman en cuenta los roles y las funciones que cumplen los distintos proveedores de salud, pero la capacitación debe estar dirigida tanto a niveles ejecutivos, intermedios como operativos. • Crear y diseñar mecanismos de seguimiento y evaluación de impactos de la capacitación con la posibilidad de ver formas de multiplicación de capacitadores al interior del sistema de salud.
<p>2. Las decisiones y los acuerdos que el gobierno boliviano toma en la conferencia del Cairo y Beijing, deben ser socializados, deben ser apropiados y deben ser implementados desde los niveles ejecutivos hasta los niveles operativos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Campañas de información periódicas y permanentes por los medios de comunicación social, de tareas de advocacy con la cooperación internacional, con las organizaciones no gubernamentales y con otros actores de la sociedad civil. • Que los acuerdos logrados en términos de salud en el Cairo y Beijing puedan ser tratados intersectorialmente, esto deberá requerir una mayor participación de instancias estatales, fundamentalmente de la Subsecretaría de Asuntos de Género, la Secretaría de Educación y la Secretaría de Participación Popular. • Que la Secretaría Nacional de Salud se convierta en un vínculo y un facilitador de convenios con organismos no gubernamentales y la cooperación internacional, respetando la autonomía política, programática y administrativa de estas distintas instancias.
<p>3. Crear mecanismos que motiven la participación masculina en la responsabilidad de los hombres en la planificación familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar claramente sobre el uso del condón y desmistificar el uso de la planificación familiar como responsabilidad exclusiva de las mujeres.
<p>4. Iniciar un proceso de concertación y negociación social para incorporar explícitamente la atención gratuita de los abortos incompletos, sin discriminación ni interrogación a las mujeres tomando en cuenta las necesidades de las mismas.</p>	
<p>5. Difusión de campañas masivas sobre los beneficios del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, donde además ésta no sea una responsabilidad solamente de la Secretaría Nacional de Salud, sino una responsabilidad compartida con sectores de la sociedad civil, como las ONGs, las universidades, y otros.</p>	

Otras recomendaciones

1. Implementación por parte del gobierno a través de las diferentes Secretarías de una política definida y específica en cuanto a la salud del adolescente y la promoción y prevención de la salud reproductiva del adolescente.
2. Que a manera de aclaración se plantee que las ONGs que trabajan con salud, tienen convenios y coordinan con la Secretaría de Salud. Por otro lado, se acuerde que las ONGs tienen que aceptar las prioridades que establece el gobierno en términos generales, pero también hay que entender que las ONGs tienen especificidades, misiones, visiones y objetivos específicos y por lo tanto, si es una necesidad de la comunidad el saneamiento básico es imposible que la ONG se transforme para hacer una ONG que pueda proveer ese servicio.
3. La coordinación interinstitucional entre lo que se llama la instancia estatal y la instancia no gubernamental o cooperación internacional tiene que existir de manera muy normada.

*Cuarta
Parte*

I. PRESENTACION DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACION SOBRE: "MEJORAMIENTO DE LA UTILIZACION, ENTREGA Y CALIDAD DE ATENCION DE LOS SERVICIOS DE ANTICONCEPCION DENTRO DEL CONTEXTO DE SALUD REPRODUCTIVA" DNMN-OMS.

Alberto de la Gálvez Murillo

La idea para presentar esta propuesta de investigación/intervención, es dar inicio de manera formal a la Segunda Etapa de la Nueva Estrategia de la Organización Mundial de la Salud.

Por otra parte, el objetivo de esta presentación es que ustedes reciban una información acerca de la investigación referida a la introducción de anticonceptivos inyectables.

La información que van a recibir es relativamente general, pero, sustancial para que ustedes puedan realmente ver cómo está concebido este proyecto de investigación y qué es lo que se pretende conseguir con él.

Como ustedes han visto, el título del proyecto no menciona específicamente la introducción de anticonceptivos inyectables. Eso quiere decir que la introducción de los anticonceptivos inyectables ha sido un resultado de lo que hemos obtenido en el Diagnóstico; es decir, la necesidad de que estén disponibles estos anticonceptivos en los servicios públicos es porque se detectó que en varios servicios se los está ofreciendo, pero con el problema de que las mujeres que están recibiendo una receta de inyectables, tienen que ir a la farmacia y por ejemplo, en La Paz, los están adquiriendo a un costo de 70 bolivianos.

Entonces la introducción del anticonceptivo inyectable es apenas el pivote sobre el cual van a girar una serie de procesos que se quieren desencadenar en la línea de mejorar la calidad de atención en planificación familiar, de manera particular, pero en salud reproductiva de manera general.

Esta forma de enfocar la intervención viene como resultado también de algunas necesidades que han sido detectadas en la etapa de Diagnóstico en la evaluación.

1. Areas de Necesidad

Son cinco áreas de necesidad que este proyecto, a través de la actividad específica de introducir anticonceptivos inyectables, pretende ir resolviendo:

1. Concretizar y vincular el concepto de planificación familiar dentro de una estrategia más amplia de salud reproductiva.

El problema central que habíamos encontrado en diferentes niveles, tanto de los proveedores, los mandos medios e inclusive autoridades de cierta jerarquía en el ámbito de la salud, era que homologaban el término de planificación familiar con el de salud reproductiva.

Y esto le trae un problema a la estrategia de salud reproductiva y al programa de atención integral a la mujer, en la medida que la gente va creyendo que planificación familiar es sinónimo de salud reproductiva, y que cuando hablamos de salud reproductiva con sus diferentes componentes en realidad lo que solamente estamos queriendo decir es que queremos hacer actividades de planificación familiar, lo cual evidentemente no es cierto porque basta acogerse al concepto de salud reproductiva que ha sido aprobado en las Conferencias de El Cairo y de Beijing para comprender su visión panorámica

y su enfoque integral, y entender también que la planificación familiar es uno de los varios componentes que tiene la salud reproductiva.

Entonces necesitamos, a través de este proyecto, empezar a modificar esta homologación de términos de planificación familiar con salud reproductiva.

2. Reforzar el concepto de calidad de atención en planificación familiar.

Hemos encontrado, en los diferentes establecimientos visitados, dificultades en cuanto a la concreción del entendimiento de lo que es la calidad de atención y por supuesto, en la construcción de este proceso asistencial.

El problema en la concepción de calidad no es necesariamente resultado de la mala voluntad de los proveedores, sino que, entre otras cosas, puede estar explicado en parte por el hecho de que el concepto de calidad, específicamente en planificación familiar, es relativamente nuevo.

Ustedes saben que alrededor del año 1990 fue cuando se precisaron los elementos que componen la calidad de atención. Y fue Bruce precisamente el que estableció cuáles son esos componentes de la calidad de atención: elección del método, competencia del proveedor, intercambio de información entre el proveedor y el cliente, mecanismos para promover la continuidad del uso, relaciones proveedor-cliente y constelación de servicios, eso es lo que comprende el concepto de calidad de atención en planificación familiar.

Y debido a que es relativamente nuevo, es posible que esta sea una de las explicaciones por las cuales hemos encontrado dificultades en el ámbito de la calidad de atención en planificación familiar y en salud reproductiva en los diferentes servicios.

3. Ampliar la disponibilidad de métodos en el sector público.

Este punto responde exclusivamente a lo detectado en cuanto a la demanda de métodos inyectables, a la prescripción de los mismos en los diferentes servicios donde se los oferta.

4. Asegurar sistemas de apoyo para la administración de los servicios de planificación familiar y de salud reproductiva.

El Dr. Juan Díaz nos contaba ayer que varias de las experiencias de introducción de los anticonceptivos han tenido problemas, no por la concepción del proyecto o porque los anticonceptivos por sí mismos tengan problemas, sino porque no se organizó apropiadamente los servicios para dar respuesta a una serie de dificultades que surgían como resultado de la introducción de los métodos.

Una de las cosas que deja clara esta propuesta de investigación, es que no se va a introducir el anticonceptivo inyectable en los lugares de investigación, mientras no se resuelvan por ejemplo, los aspectos logísticos y de calidad de atención.

Necesitamos estar seguros de que se va a ofrecer una atención de calidad y de que el suministro va a estar disponible de manera suficiente y oportuna para que la gente pueda realmente tener la seguridad de que va a contar con ese servicio.

Entonces un requisito fundamental del proyecto es que en tanto no se resuelvan los problemas que detectemos en servicio y en administración, en los lugares que se seleccione, no se va a empezar con la oferta de anticonceptivos inyectables.

5. Mejorar el relacionamiento de los servicios de salud con la comunidad.

Estamos seguros que la estructura de la mezcla de métodos que aparece en la ENDSA/94, es resultado más de las preferencias de los proveedores que de las usuarias, como consecuencia de esa falta de diálogos y de no darle a los usuarios la oportunidad de seleccionar el método que consideren el más apropiado para su particular vida sexual y reproductiva.

Entonces este es un aspecto que el proyecto quiere atacar para que la mezcla de métodos en un determinado momento represente lo que realmente los usuarios consideran, lo que es importante para ellos y no lo que los proveedores creemos que es bueno o malo para los hombres y mujeres en cuanto al uso de métodos anticonceptivos.

2. Objetivos

1. Introducir/reintroducir el concepto de planificación familiar dentro del concepto de salud reproductiva y calidad de atención, en las áreas de investigación.

Es importante tener en cuenta que al hablar de introducción o reintroducción estamos hablando tanto de un concepto informativo como educativo.

Informativo en el sentido de que existe esta disponibilidad de métodos, y educativo en el sentido de que la atención en salud reproductiva es un concepto integral y que la planificación familiar sólo es una parte.

Estamos pensando tanto en la población como en los proveedores. Esa es la otra dimensión del concepto de introducción o de reintroducción de métodos anticonceptivos.

Y la reintroducción implica, también, cambiar la percepción que tienen los proveedores de la homologación del término de planificación familiar a salud reproductiva.

2. Identificar las actitudes de las usuarias hacia los inyectables y los otros métodos, incluidos los de planificación natural de la familia.

Veán ustedes que no nos interesa exclusivamente los anticonceptivos inyectables, que son el objeto de la introducción, sino que además se tiene que fortalecer la oferta del resto de métodos anticonceptivos que ya están disponibles y que es necesario introducirlos o reintroducirlos mediante, lo que mencionaba, ese proceso informativo o educativo tanto a los proveedores como a los usuarios.

Ustedes pueden ver que los objetivos están ordenados de manera más o menos secuencial; es decir, varios de los objetivos tienen que conseguirse al comienzo, para garantizar una apropiada oferta de métodos anticonceptivos. No todos los objetivos se alcanzan al final del proyecto. Varios de ellos ya tienen que estar logrados al comienzo para garantizar calidad de atención, para garantizar acceso informado, libre elección, etc.

3. Establecer las modificaciones administrativas y de servicios necesarias para añadir los inyectables a la oferta de métodos.

Este es un aspecto fundamental. Porque no se trata de decir: «mañana empieza la oferta de métodos anticonceptivos inyectables», si no podemos ofrecerles a las usuarias una inyección segura, libre de infección, con buena técnica, si el suministro no está disponible de manera oportuna, en cantidades suficientes, y si los proveedores no están convencidos de la importancia y de la necesidad de introducir este anticonceptivo.

Se va a hacer una etapa de Diagnóstico de las condiciones de gerencia de los servicios donde entre el proyecto y qué problema hay para la oferta de los métodos anticonceptivos y de los componentes de la salud reproductiva para resolverlos antes de iniciar la oferta de anticonceptivos inyectables.

4. *Evaluar la factibilidad de conducir diálogos entre proveedores, promotores y líderes de la comunidad con la intención de generar un proceso participativo de aprendizaje en relación con la planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva.*

Para entender cuáles son las percepciones que tiene la comunidad frente a sus propias necesidades, frente a los servicios, frente a sus problemas de salud sexual y reproductiva, para que en esa manera también los proveedores y el servicio en su conjunto puedan desarrollar procesos organizacionales creativos que permitan el desarrollo del servicio.

Este proyecto está basado en la concepción del desarrollo organizacional, de la metodología de desarrollo organizacional. Eso quiere decir que a través de procesos de aprendizaje entre la gente que trabaja en los servicios y un grupo de expertos que viene de afuera a apoyar, se detecten problemas, se identifiquen conjuntamente soluciones que se las lleve adelante y se evalúe los resultados de esas soluciones que se han encontrado conjuntamente.

5. *Evaluar los cambios en la utilización de los anticonceptivos que se provean dentro de un mejor concepto de salud reproductiva y calidad de atención.*

Veán que es un objetivo que ya va un poco más allá. Luego de que entremos con la oferta de los inyectables, de que hagamos la introducción y la reintroducción de los métodos, de que mejoremos los aspectos administrativos y de oferta de servicios; es decir, una vez que el servicio este funcionando apropiadamente y empecemos la oferta de los diferentes métodos, hay un momento en el cual debemos comenzar a evaluar cómo está cambiando la utilización de los métodos como resultado, por ejemplo, de la elección informada.

Ya van a ser cada vez menos los proveedores que elijan por los usuarios, y cada vez más los usuarios van a elegir ellos mismos sus propias necesidades. Entonces, va a haber un momento en que esa mezcla posiblemente va ir cambiándose como resultado de que son los usuarios los que eligen el método que consideran más apropiados para ellos.

6. *Medir el nivel de utilización de los anticonceptivos inyectables y las características de los clientes, y las razones de su discontinuación cuando han sido introducidos en un contexto de libre elección y de calidad de atención.*

Cuando se introduce o se ofrece métodos anticonceptivos en un contexto que no es de calidad, muchas razones, atribuibles al servicio, pueden ser motivo de discontinuidad. Y no necesariamente aspectos relacionados al método o a la perspectiva de los usuarios.

Una vez que se corrige el problema de la calidad y se da paso a la libre elección, las razones de abandono ya sea de discontinuidad o de interrupción pueden cambiar fundamentalmente.

7. *Evaluar las perspectivas de las usuarias de los servicios de planificación familiar, en los sitios del proyecto.*

8. *Evaluar las determinantes de la variación regional de la mezcla de métodos, considerando su disponibilidad, preferencias de los proveedores y perspectivas de las usuarias*

Este objetivo en su posibilidad de realización, va a depender de si se seleccionan dos lugares diferentes para intervenir con el proyecto. De lo contrario si es un solo lugar, este objetivo no procede.

9. Informar a las autoridades y jefes de programas, sobre las lecciones y hallazgos del proyecto.

Veán ustedes que en esta segunda etapa está ya incorporada la tercera etapa que corresponde a los diálogos políticos, los diálogos con las autoridades, jefes de programas. Ello con el fin de informar sobre los avances y los logros, y buscar mecanismos para su replicación.

3. Fases del Proyecto

El proyecto tiene tres fases paralelas de investigación e intervención:

a) Diagnóstico

Pretende resolver, lo que comentaba, varios problemas de tipo gerencial y de oferta de servicios para recién entrar con la intervención y poder obtener resultados de investigaciones que sean confiables y suficientes.

En esa primera etapa de Diagnóstico –que duraría aproximadamente cuatro meses de los dos años que se pretende dure el proyecto– se detectarían qué problemas administrativos y de oferta de servicios existen para corregirlos.

b) Intervención

En tanto no se resuelvan los problemas detectados en la fase diagnóstica, no se iniciaría la etapa de intervención. Especialmente con la introducción de los inyectables. Sin embargo, el proyecto pretende resolver los problemas en los primeros cuatro o cinco meses del proyecto, de suerte que a partir del quinto mes aproximadamente empieza la segunda etapa de intervención con todos estos componentes:

- Capacitación
- Desarrollo de estrategias administrativas y de entrega de servicios
- Implementación de diálogos comunitarios
- Introducción de inyectables

c) Investigación

La etapa de investigación empieza al iniciarse el proyecto, porque el diagnóstico ya plantea investigaciones y por tanto es una etapa que va de inicio a final del proyecto. Y son varias cosas las que vamos a investigar, entre ellas:

- Perspectivas de los usuarios sobre calidad de atención
- Modificaciones en los servicios para mejorar la calidad de atención
- Los cambios en el uso de anticonceptivos

4. Criterio de Elegibilidad

Hay algunos requisitos para elegir los sitios donde ingresaría el proyecto, que en todo caso no son más de dos lugares, porque la disponibilidad financiera es reducida y además en la medida en que tengamos varios lugares el control es dificultoso. Los criterios de selección son:

1. Número adecuado de proveedores apropiados.

Es posible que la mayor parte de los lugares cumplan con el requisito, porque ustedes saben que hace unos tres o cuatro años, la Dirección de la Mujer y el Niño ha adoptado una metodología de capacitación que ya no es por concentración y en seminarios, sino a través de los centros de capacitación.

En el país hay nueve centros de capacitación en salud reproductiva por los cuales pasan los médicos que trabajan en los Distritos, y prácticamente a mitad de año quedan capacitados todos incluso aquellos médicos que ingresan a las áreas en cada inicio de gestión.

2. Disponibilidad suficiente y permanente de métodos anticonceptivos: DIU, píldoras, condón, planificación familiar natural.

El proyecto va a ofertar de inicio los anticonceptivos inyectables, pero el programa de salud de la mujer ofrece o da la contraparte con el resto de los métodos anticonceptivos, como ha sido la norma hasta el presente.

3. Servicio de referencia indentificado para mujeres que requieran Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.

Es decir, la red donde intervendríamos tiene que estar, digamos cercana, a un hospital de mayor complejidad donde se pueda ofrecer Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria en aquellos casos que sea necesario.

4. Servir de enlace de los establecimientos ambulatorios del área.

Esto nos da a entender que lo que estamos identificando como punto de trabajo es el hospital de Distrito y además sus consultorios satélites: los consultorios de área, los centros de salud.

5. Pre-requisitos para la Introducción de Inyectables

1. Proporcionar a las mujeres orientación bastante intensa para que comprenda el mecanismo de acción del método y sus efectos colaterales que son relativamente frecuentes.

Entre un 50% ó más de las mujeres que utilizan anticonceptivos inyectables tienen irregularidades menstruales, que pueden causar tensión y ser motivo de discontinuación del método. Si los proveedores no están capacitados para resolver con orientación estas alteraciones, entonces la posibilidad de abandono del método y de todos los métodos es muy alta.

Además en la medida que las mujeres usan más los métodos, las irregularidades menstruales en porcentaje van disminuyendo y lo que va subiendo, como resultado del uso del método, son los porcentajes mayores de mujeres en amenorrea, y es otro problema que para algunas mujeres puede ser un «alivio», pero para otras puede significar una aparente pérdida de su fertilidad a pesar de la utilización del anticonceptivo.

Entonces los proveedores tienen que estar capacitados para resolver estos problemas que, reitero, son básicamente mediante orientación. Sólo las irregularidades menstruales o las hemorragias muy duraderas o copiosas, pueden necesitar una intervención medicamentosa, pero la mayoría de las irregularidades se resuelven a través de una orientación apropiada que de tranquilidad a la mujer que está utilizando el método.

2. *Adecuada capacitación de los proveedores, tanto en la administración del método y control de los efectos colaterales.*

Se necesita capacitarlos en una apropiada técnica de inyección y en conocimientos para que puedan aliviar las tensiones de las mujeres.

3. *Condiciones estrictas de asepsia y de técnica para ofrecer inyecciones seguras.*

Ustedes saben que hace dos o tres años hubo una Declaración mundial para reducir la infecciones por inyección; el proyecto se adhiere a esa Declaración mundial de reducir la infecciones por la aplicación de inyectables y para eso se requiere cumplir esos requisitos.

4. *Sistema logístico capaz de proveer de manera oportuna y adecuada el método, las jeringas, las agujas y los otros suministros necesarios.*

6. Aspectos Éticos

Si bien los anticonceptivos inyectables se los conoce y se los utiliza hace más de 20 años, se han hecho varias investigaciones y prácticamente la seguridad está garantizada, de todas maneras como se trata de una sustancia extraña al organismo que se la introduce a través de una inyección, necesitamos asegurar que el proyecto respete todos los aspectos éticos en lo que toca a la investigación en seres humanos.

Son seis elementos que se consideran:

- Una mujer podrá beneficiarse del método sin estar obligada a participar en el estudio.
- La mujer que opte por el método, recibirá orientación específica sobre el uso del método elegido.
- La participación será voluntaria, respaldada por un consentimiento escrito.
- Las participantes podrán interrumpir o discontinuar el uso del método el momento que deseen y por cualquier motivo.
- La información proporcionada por las participantes será de carácter confidencial.
- Las usuarias que decidan retirarse del estudio podrán solicitar otro método.

Yo quiero leerles la Declaración de Helsinki que es básicamente la que protege a los individuos en relación con los proyectos de investigación. Y los puntos 1, 2 y 3, y 9 y 10 se refieren estrictamente al cumplimiento de los seis aspectos éticos anteriores que el proyecto tiene toda la intención de velar.

Dice: «Principios Básicos

1. La investigación biomédica en seres humanos debe concordar con los principios científicos generalmente aceptados y debe basarse en experimentos de laboratorio y en animales, bien realizados así como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.

2. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo. El protocolo experimental se remitirá para consideración, comentarios y asesoramiento a un comité independiente del investigador y la entidad patrocinadora con la condición de que dicho comité se ajuste a las leyes y reglamentos del país en el que se lleva a cabo el experimento.

3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de un profesional médico clínicamente competente».

En este aspecto el respaldo de la OMS y el respaldo del Population Council es suficiente garantía para darnos la seguridad de que existe un respaldo científico suficiente.

La responsabilidad respecto al sujeto humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación aunque haya otorgado su consentimiento.

Son dos los anticonceptivos inyectables que se van a introducir, la Depoprovera y el Cyclofem, para cada uno de ellos existe una forma que las mujeres van a llenar cuando acepten ser parte del proyecto, ya sea que reciban Depoprovera o Cyclofem. Van a dar su consentimiento informado de que aceptan entrar en el proyecto y, repito, se retirarán cuando lo quieran.

El punto 9 de la Declaración de Helsinki dice: «Cualquier investigación en seres humanos debe ser precedida por información adecuada a cada participante potencial de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento pueda implicar.

Cada una de estas personas debe ser informada de que tiene libertad para no participar en el experimento y para anular en cualquier momento su consentimiento. Sólo entonces deberá ser solicitado por el médico el consentimiento voluntario y consciente del individuo, preferiblemente por escrito».

Y el punto 10 dice: «Al obtener el consentimiento informado por el individuo para el proyecto de investigación el médico debe ser especialmente cauto respecto a que esa persona se halle en una situación de dependencia de él o de el consentimiento bajo coacción. Es decir, no debe existir ninguna de estas situaciones.

En tal caso deberá obtener el consentimiento otro médico que no este implicado en la investigación y que sea completamente ajeno a la relación oficial».

Es decir, si en un momento dado la relación de una determinada paciente con un determinado profesional tiene elementos de dependencia que pueden hacer que la elección, la decisión de ingresar al proyecto puede estar condicionada a esa relación, el médico debe ser lo suficientemente ético para pedir a otro profesional, a otro colega, o a otro participante del equipo de investigación que ausculte la posibilidad de ingreso o no de esa mujer al proyecto de investigación.

Eso es básicamente lo que quiero comentar con ustedes para que conozcan de manera general cómo está planteado este proyecto y qué es lo que pretende, y en todo caso si es que han quedado algunas dudas, y si es posible que yo las pueda reponder podríamos entrar a una ronda de preguntas.

RONDA DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Facilitador: *Marcos Paz*

Pregunta

*¿Cuáles son las razones por las cuáles se piensa introducir los anticonceptivos inyectables? y
¿Cuáles son los efectos colaterales?*

Respuesta

La necesidad de introducción de estos métodos aparece como resultado del Diagnóstico Cualitativo. Durante la investigación se vió que en algunos servicios las enfermeras y médicos, de manera personal inclusive fuera del servicio, está prescribiendo este método. Se observó que hay farmacias que lo están ofreciendo a precios, para muchas mujeres, realmente inaccesibles, y que además existe demanda de las mujeres de otro tipo de métodos que les de un mayor tiempo en cuanto a la necesidad de utilizar el método con más frecuencia.

Es decir, por ejemplo, en el caso de las píldoras las mujeres tienen que ingerir una píldora todos los días, eso para muchas significa un problema porque se olvidan, otras preferirían no tener que preocuparse por un tiempo y para ella los inyectables resultan apropiados. En tanto que otras mujeres quisieran despreocuparse por mucho tiempo y para ellas, por ejemplo, el dispositivo intrauterino es el más apropiado.

La ENDSA/94 ha mostrado que hay utilización de inyectables. Evidentemente con un mayor porcentaje, alrededor de un 3.2% en el Oriente, pero también la ENDSA data prácticamente de hace 3 años y no sabemos en este lapso que ha estado pasando con la mezcla de métodos. Pero si tenemos la certeza de que los inyectables se están utilizando cada vez más.

Ahora, los efectos colaterales son básicamente irregularidades menstruales, más con la Depoprovera que con el Cyclofem. Con el Cyclofem las irregularidades son menores porque tiene un contenido de estrógenos, que evita justamente estos problemas.

Sin embargo, estos efectos no son tan importantes como para intervenir con algún otro tipo de medicamento, sino que simplemente se resuelve a través de consejería y orientación y otorgándole tranquilidad a la usuaria. Y para esto el personal de salud debe estar apropiadamente capacitado y la mujer tener la suficiente confianza para que puede llegar al servicio a consultar sobre sus dudas y sus problemas.

Sólo en algunos casos, por ejemplo, cuando las pérdidas intermenstruales son muy copiosas o duran mucho tiempo, es necesario intervenir con un medicamento o hacer la prescripción, de anticonceptivos orales durante dos semanas o de una dosis mayor de estrógenos.

Pregunta

¿Para qué grupo etáreo están indicados los anticonceptivos inyectables?

Respuesta

Se ha visto que las usuarias que más solicitan el servicio, son mayores de 35 años y las que tienen más de 4 ó 5 hijos. La investigación, de todas maneras tiene que establecer cuáles en realidad

son estos grupos etéreos. Así como el DIU no lo damos normalmente ya veremos para quién está más indicado, en este caso la Depoprovera o el Cyclofem.

Pregunta

¿El ingreso de las mujeres al proyecto por quién está determinado?

Respuesta

Cuando una mujer llega a un servicio pidiendo anticoncepción, lo que se otorga en primer lugar es un proceso de orientación sobre todo el espectro de métodos anticonceptivos y se le comenta sobre el proyecto que existe con los inyectables.

Si la mujer escoge los inyectables como resultado de la consejería de todos los métodos, se hace lo que estaba mencionado en uno de los acetatos una orientación más intensa todavía, reforzada específicamente sobre los inyectables.

Pero en principio llega una mujer y puede escoger cualquier método. La otra situación, es que pueda escoger el método y diga no quiero entrar al proyecto. Es decir, el proyecto significa entrevistas e información confidencial.

Entonces, el proceso de ingreso al proyecto es completamente libre, no tenemos un número de mujeres que queremos investigar. Es absolutamente libre, podemos tener cinco o podemos tener cincuenta, no tenemos una meta.

Pregunta

¿Qué incidencia habría sobre el problema de cáncer?, ya que se sabe que una vez que se inició el uso de los demás métodos, la tasa de cáncer ha subido muchísimo, sobre todo del cáncer uterino.

Respuesta

En relación con el cáncer, yo quiero leerles uno de los últimos informes que es un memorándum de la OMS justamente en relación con la Depoprovera específicamente y la posibilidad de cáncer en cuatro lugares: el ovario, endometrio, útero y el cáncer de mama.

Sólo voy a leer las conclusiones generales, el memorándum dice: «el grupo concluyó que no hay pruebas de que las usuarias de Depoprovera, tengan un mayor riesgo de sufrir cáncer en ninguno de los cuatro tejidos examinados: glándula mamaria, cuello uterino, endometrio y ovario. A la luz de estos resultados, no se recomienda restringir el uso del Acetato de Medroxi Progesterona como anticonceptivo por temor a riesgo de neoplasia. Aunque se ha observado un mayor riesgo de cáncer de la mama en ciertos grupos de usuarias de Acetato tales resultados son difíciles de interpretar.

Es poco probable que los tumores observados sean neoplasias nuevas causadas por el Acetato. Existen pruebas fidedignas de un efecto protector contra el cáncer endometrial. Gran parte de la información epidemiológica sobre el Acetato y el cáncer proviene de un estudio riguroso, pero las conclusiones sacadas a partir de observaciones epidemiológicas suelen ser más seguras cuando se basan en un mayor número de pruebas. Se necesitan más investigaciones para confirmar y refutar los resultados obtenidos hasta ahora y para abordar otras cuestiones».

En particular, el grupo señaló que «se necesitan más datos sobre el uso del Acetato prolongado en mujeres jóvenes y le convendría evaluar el efecto del uso simultáneo de estrógenos y de Acetato. A la hora de evaluar los beneficios y riesgos del Acetato se cometería un error de perspectiva si se analizara aisladamente el problema del cáncer».

Para decidir escoger o no este método anticonceptivo, las mujeres y los proveedores de servicios de planificación familiar tienen que considerar todos los beneficios y riesgos que conlleva.

Es decir, esta declaración da seguridad respecto a que el método, por lo menos hasta ahora, no se ha demostrado que tenga relación específicamente con el cáncer de mama, que es tal vez el más cuestionado.

A manera de complementar la anterior aclaración el Dr. Juan Díaz dijo: «yo trabajo con la Depoprovera hace 30 años. Les digo, honestamente, he controlado la evolución de más de 15.000 mujeres con Depoprovera en mi vida profesional en Chile y en mi vida profesional en Brasil. En Brasil tenemos un grupo de mujeres de más de 3.000 y muchas de ellas están en control por más de 15 años. No hemos tenido nunca, una hospitalización o una patología que requiera tratamiento médico.

Las mujeres sangran más, sangran menos, se les para la menstruación, le vuelve, deciden dejarlo porque no les gusta, etc., etc., tienen derecho a gustarle o no gustarle. Pero no agrega riesgo eso es lo importante. Si colocamos en la balanza riesgo/beneficio la Depoprovera tiene más beneficios que riesgos. Porque claramente protege contra cáncer de los ovarios. Pero podríamos decir el cáncer de ovario es tan poco frecuente que no importa, pero es uno de los peores cánceres de la mujer, el cáncer de ovario es un cáncer terrible que mata muy rápido, con una muerte muy desagradable además.

La Depoprovera también protege el cáncer de endometrio. El cáncer de endometrio es más benigno en general, puede no ser mortal, si es bien tratado. Y hay dudas razonables, de qué pasa en mamas y en cuello. Pero faltó señalar una parte que dice la Declaración de la OMS que si hubiera algún riesgo es igual al que tiene la píldora. Y nadie le dice nada a la píldora, porque obviamente también en la píldora la relación riesgo/beneficio es muy favorable.

Obviamente que cuando tomamos un medicamento que es extraño al organismo, algún riesgo asumimos. Pero tenemos que considerar todos los efectos protectores en salud.

Entonces desde el punto de vista ético después de toda esta investigación, acuérdense que la Depoprovera tiene más de 30 años de estudio, estuvo prohibido en Estados Unidos por estas mismas dudas de cáncer y se liberó la prohibición justamente porque estos estudios epidemiológicos mostraron claramente que el riesgo no existe. Entonces estamos avalados por 30 años de estudio y por decisiones de comités éticos y médicos de alto valor, como el Comité Inglés, el Comité Americano y la Organización Mundial de la Salud.

La OMS ha terminado recientemente un proceso largo y detallado para determinar lo que se llama «Criterios de Elegibilidad Médica de los Anticonceptivos». A parte del proceso de elección libre, el médico siempre mantiene un papel de auditor o de contralor, podríamos llamar, de evitar que las mujeres escojan cosas que médicamente no son aceptables.

Este es nuestro papel en la elección, no elegir un método sino simplemente dejar elegir, pero si la mujer escoge un método que sea médicamente inaceptable tenemos que advertirla. En todos los lugares donde se trabaje en este proyecto e idealmente en todos los lugares en Bolivia y en todos los lugares del mundo, debería estar ese librito con los criterios de elección de elegibilidad médica para que se eviten riesgos de dar un tipo de hormona a una mujer que estuviera en algún riesgo.

En relación al control de Depoprovera, la experiencia de largo tiempo ha mostrado que no tiene efectos perjudiciales ni en el sistema cardiovascular, ni metabólico. A las mujeres que usan Depoprovera se les debe hacer un seguimiento en el control del peso, porque uno de los efectos colaterales es la tendencia a engordar ya que estimula el apetito. También se les debe vigilar la presión arterial porque, no es que la Depoprovera tenga un efecto directo en la presión arterial, pero si como un control médico preventivo y racional; También se les hace Papanicolau y en las mujeres que pasan de los 40 y 45 años les hacemos de vez en cuando una glicemia.

Los controles realmente son una buena práctica médica, más no es un control específico de la Depoprovera porque no agrega ningún riesgo adicional a los riesgos normales como lo demuestran los estudios epidemiológicos».

Pregunta

¿Qué posibilidades habría de introducir este proyecto de investigación en lugares donde realmente se los necesita, por ejemplo en el Norte de Potosí, donde los inyectables están siendo utilizados irregularmente, por consejo de la vecina, del amigo, incluso del personal de salud, por la idiosincrasia de las mujeres es muy difícil que accedan al DIU y otros métodos?

Respuesta

Todas las posibilidades están abiertas siempre y cuando se cumplan ciertos requisitos. Es cierto que posiblemente no tengamos que esperar al final de los dos años para empezar los diálogos políticos y recomendar la introducción de los métodos.

Todo depende de los financiamientos que podamos conseguir con otras agencias. Porque les comentaba que la OMS dispone relativamente poco, pero existen otras posibilidades de conseguir otras fuentes financieras, y seguramente en la medida en que el proyecto sea llevado adelante de la mejor manera, en menos de dos años vamos a tener resultados ya satisfactorios que nos permitan introducir el método en otros lugares.

Por otra parte, de todas maneras los inyectables ya están aprobados por la Secretaría Nacional de Salud, va a salir su aprobación en las próximas normas de atención.

Sin embargo, tampoco esto significa que se pueda hacer una introducción a larga mano sin cumplir los requisitos básicos, porque el resultado lógico sería un desprestigio del método, muchas mujeres que lo abandonan, que empiezan a comentar a otras mujeres que el método es malo, etc.,

Entonces, a pesar de que formalmente está aprobado como método dentro del conjunto de la gama de métodos autorizados por la Secretaría, las personas que tienen interés en su introducción deben comprender que es necesario cumplir estos requisitos para no fracasar.

Pregunta

¿Va a ser gratuita la introducción de los anticonceptivos inyectables?

Respuesta

La oferta de la Depoprovera va a depender de los mecanismos de entrega de suministros que tiene la política de salud, pero en principio la idea es que sea gratuito.

II. ALGUNOS COMENTARIOS DE LA EXPERIENCIA DE INTRODUCCION DE ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES EN LA FUNDACION SAN GABRIEL

Oscar Viscarra ()*

Con la Fundación San Gabriel hemos realizado una investigación de aceptabilidad introductoria de la Depoprovera, durante 18 meses. Esto ha tenido una etapa primero de capacitación del personal de la Fundación San Gabriel, se han corrido los formularios exactamente iguales a los que se había corrido en CEMOPLAF en el Ecuador para tener efectos de comparación, y luego se han seleccionado las usuarias a través de un proceso de consejería integral.

Es decir todas las usuarias eran sometidas a la consejería habitual y las que decidían optar por la Depoprovera eran seleccionadas para la investigación.

Se han recolectado alrededor de 560 usuarias de Depoprovera y se ha hecho un estudio comparativo con los anticonceptivos orales, para poder ver qué era lo que ocurría con ambos métodos.

Una de las metas de la investigación era saber si la Depoprovera atraía nuevas usuarias o si desplazaba de otros métodos a usuarias que ya estaban utilizando otro tipo de método anticonceptivo.

Otro punto era conocer el costo de la otorgación del método y medir los efectos colaterales y las tasas de abandono que producía la Depoprovera en su utilización.

Seleccionadas las historias, porque se hizo un Clinic bastante riguroso, tuvimos el apoyo de Family Health International, que fue la que nos apoyó técnicamente en toda ésta fase. 560 historias fueron seleccionadas.

Lo que si se encontró, ya que fue una investigación de 9 meses de seguimiento de las usuarias, es que las tasas de continuidad fueron muy altas. Es decir, hasta la tercera dosis, menos de un 75% de usuarias, más de un 75% de usuarias se mantenían en el método, menos de 25% habían abandonado. Pero posiblemente porque en este periodo corto de uso de la DPMA todavía no se habían presentado el problema más crítico que es la amenorrea.

Una parte de la investigación consistió también en hacer grupos focales antes de otorgar los métodos. En estos grupos tratábamos de saber cuál era la percepción de la gente en relación a los efectos secundarios que iba a dar la DPMA, entre ellos la amenorrea, la ganancia de peso y la cefalea, que eran los tres principales puntos que investigamos.

También tratábamos de conocer qué percepción tenía la gente en relación a un método inyectable versus un método oral, ya que tradicionalmente nuestra gente tiene más fe cuando cualquier medicamento se lo otorga por vía inyectable.

En los grupos focales, la menorrea se detectó como un serio problema en todas las usuarias de todos los estratos sociales que se encuestó. Hasta el momento en que se hizo la investigación, 9 meses de seguimiento a las usuarias, en muy pocas de ellas se había instalado la amenorrea, por lo cual todavía las tasas de abandono fueron pocas.

* Oscar Viscarra, es médico gineco-obstetra y Coordinador del proyecto AVSC/AQV.

Actualmente seguimos con la investigación con el apoyo de PATHFINDER durante otro año para poder valorar, si por la amenorrea las pacientes discontinúan el método.

Hasta el momento la continuidad ha sido muy alta y las pacientes se reabastecen de los métodos mucho más que en los orales. En nuestra investigación el costo de entrega del método ha sido barato y es más barato si se lo da a través de la auxiliar que a través de la consejera y a través del médico.

Y como le digo estamos en una fase intermedia en la cual todavía el problema más serio encontrado en los grupos focales que es la amenorrea no ha podido ser detectada en la intervención.



*Quinta
Parte*



CONCLUSIONES DEL TALLER

*Virginia Camacho
Juan Díaz*

En primer lugar, quisieramos agradecerles a todos por el espíritu participativo con el cual han venido a este Taller. Nos parece que necesitábamos de un espacio para poder traducir nuestras experiencias en el tema de la salud reproductiva desde diversas ópticas.

Creemos que el documento, que hoy hemos presentado, en el fondo estuvo bien, porque ha suscitado y ha generado un proceso de reflexión que nos permita asumir este reto como un alto en el camino y poder comenzar ya, a partir de esta reflexión conjunta, a recategorizar algunas actividades que hemos estado haciendo o que las planteamos al inicio como estrategias y que luego se han ido desechando, no por una falta de compromiso desde el sector público, de la Caja Nacional de Salud o de las ONGs, sino porque siempre terminamos focalizando prioridades.

Antes de puntualizar las conclusiones es necesario algunas aclaraciones fundamentales sobre el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez que ha salido ha relucir en estos dos días.

En primer lugar, el Comité Nacional por una Maternidad Segura es una instancia creada para formular iniciativas y respuestas en relación al tema, también para el Seguro, porque el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez es una estrategia que coadyuva a la reducción de la mortalidad materna y tiene contingencias de prestación de servicios muy concretas. Lo que el Estado puede hacer y lo que los municipios pueden aportar.

Además, se focalizó en algunas intervenciones en el área de la atención obstétrica, que deberían abordarse. Estamos iniciando un proceso, un Seguro a partir de la Ley de Participación Popular, todos quisiéramos que las complicaciones del aborto formen parte de las contingencias del Seguro, y no se trata de incoherencia entre la política, el discurso y la práctica, sino que económicamente es un Seguro de corto plazo y no es posible enfrentar en la actualidad esta problemática con los escasos recursos que se obtienen por parte de los Municipios.

Por ejemplo, un aborto séptico, un shock séptico nos puede llegar a costar alrededor de los 3.000 a 4.000 U\$, en términos de tratamiento. Por lo tanto no era posible empezar con lo complicado, sino de empezar con lo simple, sin embargo forma parte de una discusión hacia adelante una vez evaluado el Seguro sobre todo en el área financiera.

Reitero, una vez que se analice cómo va el proceso del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez se llevará a cabo una reunión de discusión sobre cuáles serían las redefiniciones de algunas contingencias del Seguro.

Por otro lado, acordémonos que antes del Seguro, para la atención de las complicaciones obstétricas en el parto y la atención del parto no existían mecanismos, sobre todo en lo financiero que hicieran sostenible estas atenciones en nuestro país.

Estamos convencidos que existen muchas contingencias que se deben incluir en el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, por lo tanto esta reunión puede darnos luces para que nosotros presentemos a las autoridades sus demandas. Ya hay algunos temas que se han ido incorporando paulatinamente, por ejemplo, hace una semana se incorporó en el Seguro la detección precoz del cáncer cérvico uterino.

Necesariamente será parte de un proceso incluir las enfermedades de transmisión sexual y otras contingencias, aunque podemos decir que las enfermedades de transmisión sexual están parcialmente incluidas porque tenemos, por lo menos, el análisis para la detección de sífilis que el Seguro lo absorbe. Es decir, el Seguro está comenzando a ampliar sus contingencias, pero eso forma parte de una evaluación y un proceso y una negociación con los Municipios.

Por último una aclaración reiterativa sobre qué es el Comité Nacional por una Maternidad Segura. En realidad el Comité Nacional es la instancia de abogacía por la salud de las mujeres. Es una instancia multisectorial, que la preside el Estado a través del despacho de la Primera Dama de la Nación, por delegación del Presidente de la República.

¿Pero cuál es el elemento más importante?. Que faltaba una instancia de voluntad de apoyo político al área de la salud de las mujeres, porque no había un mecanismo que velara por el apoyo y la sostenibilidad de las políticas que se declaran sobre las mujeres. No hay una agencia de cooperación, un ciudadano, una ciudadana, que no haga permanente advocacy por un niño(a) o por la salud de un niño(a). Sin embargo, advocacy por la salud de las mujeres en el país nunca se había realizado, o si se lo había hecho era escaso.

Y este Comité Nacional fue una estrategia que salió de la Cumbre del Area Andina por la Maternidad Segura, realizada en Santa Cruz de la Sierra, en 1993. Entonces, entre las declaraciones de la Cumbre Andina por una maternidad segura, se explicitaba la formación de un Comité Nacional que tuviera el máximo apoyo político, asimismo, el Comité Nacional está descentralizado a nivel departamental y en cada uno está representado por el Prefecto, el Alcalde, organizaciones de mujeres, el sector salud, el sector educación y la participación popular, como un hecho clave para que los niveles locales y departamentales reflexionen sobre el tema, le brinden prioridad y formulen estrategias que respondan a las demandas locales.

CONCLUSIONES GENERALES

INVESTIGACIONES

1. Hay una necesidad de sistematizar experiencias de modelos de investigación y de intervención que ya se vienen aplicando y socializarlos.
2. Hacer conocer y hacer llegar los resultados de las investigaciones a los gerentes y directores de programas en el nivel local y regional para que les sirva como instrumento de análisis y se evite la duplicación de investigaciones y de recursos.
3. Priorizar los enfoques interculturales y la perspectiva de género en las investigaciones sobre salud, dado que estas investigaciones deben formar parte de un proceso de análisis y de diseño de las políticas públicas.
4. Realizar investigaciones cualitativas y cuantitativas sobre la calidad de atención integral en el posaborto, con énfasis en la anticoncepción posaborto; identificar barreras, viabilizadores y su impacto.
5. Incorporar en las investigaciones las percepciones y actitudes de los hombres y adolescentes frente al tema de salud sexual y reproductiva. Además indagar sobre estrategias que permitan la participación activa del varón en la salud reproductiva.

6. Hay una necesidad de investigar más en calidad de atención, en los factores que influyen la calidad, y en cómo mejorar la motivación del personal de salud para una atención de mayor calidad y mejor calidez.
7. Investigar el uso de algunos métodos de planificación familiar, no sólo para conocer si se usan o no en forma correcta, sino para mejorar la calidad de atención.
8. Buscar un sistema que permita conocer cómo sería y cuál es el grado de apropiación de proveedores y personas de la comunidad sobre los lineamientos de las Declaraciones de El Cairo y Beijing.
9. Investigar mecanismos adecuados para la transferencia de las actividades médicas a personal no médico. Se deben realizar proyectos pilotos, detectar cuáles son las actividades que puedan ser transferidas y cómo transferirlas, con qué ritmo y teniendo en cuenta las diferencias urbano rurales.
10. Investigar maneras adecuadas para incorporar recursos humanos comunitarios al sistema formal de salud. Esta incorporación debe basarse en un proceso que genere interacción para que este personal realmente colabore positivamente y ayude a mejorar la calidad de atención en general.
11. Buscar estrategias adecuadas a las realidades locales, para que las personas de la comunidad conozcan e interioricen el uso correcto de los métodos de abstinencia periódica.

INTERVENCIONES

1. Políticas

1. Crear mecanismos para que todos los niveles de atención, los proveedores y usuarios/os de los servicios comprendan, se apropien y afirmen el concepto de salud sexual y reproductiva.
2. Incluir el tema de la sexualidad en las historias clínicas.
3. Mejorar la calidad de atención teniendo en cuenta el acceso, la logística, disponibilidad de recursos humanos y la calidez en los servicios de salud.
4. Adecuar mejor la orientación. Buscar que este proceso responda a las necesidades y perspectivas de las mujeres y los hombres.
5. Crear mecanismos para evaluar periódicamente las sesiones de orientación sobre salud reproductiva y en particular, planificación familiar para buscar fortalezas y debilidades tanto de la información técnica como de las relaciones interpersonales, de manera que la orientación pueda ser un proceso realmente adecuado, modificable y eficaz.
6. Implementar una política de coordinación general entre la Secretaría Nacional de Salud y las ONGs en su accionar en el campo de la salud, en aras de no duplicar actividades y recursos, y más bien sin que éstas pierdan su autonomía, unir esfuerzos para efectos más beneficiosos. Sin duda la ONGs deben continuar probando modelos en el área de salud, modelos de investigación, intervención y monitoreo alternativos, creativos e innovadores, que sirvan para una sistematización y que se puedan incorporar desde la perspectiva del sector público.

7. Es indudable que el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez representa una estrategia nacional importante, es un hito en la historia de la salud pública en los últimos años. Sin embargo, se propone a la Secretaría Nacional de Salud considerar la incorporación paulatina de la planificación familiar, la atención de las complicaciones del aborto en forma gratuita, la detección de cáncer cérvico uterino y las enfermedades de transmisión sexual en este Seguro.

8. Necesidad de implementar un cambio en la currícula de las carreras de medicina y enfermería que incorpore enfoques sobre salud sexual y reproductiva, interculturalidad y género.

2. Capacitación

1. Normatizar y priorizar la capacitación del recurso humano comunitario.

2. Priorizar la capacitación de las/los auxiliares de enfermería considerando que este personal es el pilar fundamental del servicio de salud.

3. Incorporar en los cursos de capacitación información no sólo tecnológica, sino que estos cursos incluyan temas como calidad de atención, conceptos de salud sexual y reproductiva, los lineamientos de las Conferencia de el Cairo y Beijing, los enfoques de género y el cultural.

4. Necesidad de capacitación en métodos de planificación familiar tanto de los métodos naturales como modernos. Profundizar en las características de cada método y procesos de orientación.

5. Incorporar el tema de la sexualidad en los cursos de capacitación sobre salud reproductiva dirigidos a los proveedores de salud.

3. Recursos Humanos

1. Normatizar los roles y funciones de recursos humanos tanto del sistema de salud como de la comunidad, ya que son claves en el proceso de implementación de los programas de salud.

2. Es importante y prioritario la articulación del recurso humano comunitario al sistema público de salud.

3. Necesidad de utilizar mejor los recursos humanos mediante la transferencia de actividades médicas a personal no médico.

4. Establecer mecanismos que motiven y estimulen continuamente el trabajo de los proveedores de salud, principalmente en áreas rurales. Estos estímulos no deben confundirse con las capacitaciones, sino que se refieren a cargos, salarios o estipendios, becas y otros.

5. Normatizar la supervisión de los proveedores de salud, lo que implica un cambio de actitudes en la supervisión; es decir, pasar de una supervisión de vigilancia o punitiva a una de apoyo y diálogo para que la persona supervisada vea este mecanismo como un recurso para mejorar y no como algo molesto y negativo.

4. Planificación Familiar

1. Introducir los métodos anticonceptivos dentro de un contexto de calidad de atención y de acuerdo con las necesidades locales.

2. Normatizar la introducción y la oferta de los anticonceptivos inyectables.
3. Implementar en los procesos de orientación, el derecho de toda mujer de conocer los riesgos y los beneficios de cada método anticonceptivo.
4. Normatizar la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria en mujeres de alto riesgo reproductivo. Garantizar su accesibilidad a mujeres que lo necesitan y no tienen recursos.
5. Necesidad de reintroducir algunos métodos mediante un esfuerzo concertado y estructurado.
6. Teniendo en cuenta que la abstinencia periódica es un método que se usa mucho en el país, hay necesidad de implementar una correcta capacitación e información en el uso de este método tanto a proveedores de salud como a personas de la comunidad.



*Clausura
del Taller*



Muchas gracias por este Taller tan constructivo. Este Taller ha demostrado todo un movimiento dentro de este paradigma que significa la salud sexual y reproductiva de las mujeres, podemos ahora pasar de sólo pensar en la tecnología a pensar en los derechos de las mujeres, y pensar en sus opiniones y en todo lo que ellas están precisando.

Tengo la certeza de que los cambios serán grandes, y aquí hemos visto y hemos discutido y a partir de todo lo que se ha hablado vemos que es posible pasar de la tecnología a pensar en el bienestar de las mujeres y en sus derechos sexuales y reproductivos.

A medida que continuo mi relación con la OMS y con la fuerte tarea que dio origen a esta transferencia de tecnología que esta apoyando esta Nueva Estrategia, veo que ya hay algo de estos progresos que han sido realizados aquí en Bolivia y que seguirán siendo realizados.

Muchas gracias.

Ruth Simmons
Organización Mundial de la Salud

Yo quiero agradecer en primera instancia la colaboración que hemos recibido de Ruth, de Juan, de todo el equipo que ha estado trabajando en lo que ha significado esta evaluación cualitativa de lo que ha sido la salud reproductiva en el país.

Y para mi realmente es motivo de gran satisfacción poder estar presente en la clausura y en la etapa de lo que significa este trabajo porque hace 8 o 9 meses cuando se diseñó y empezamos a trabajar tuve también la suerte y la oportunidad de estar en el inicio del trabajo cuando nos reunimos allá en la ciudad de Santa Cruz, cuando yo todavía estaba fungiendo como Director de la Dirección de la Mujer y el Niño.

Y ya en aquella oportunidad habíamos empezado a hacer algunos comentarios sobre lo que significaba la política de la salud reproductiva en nuestro país, ya en ese momento se indicó que estábamos yendo por el camino correcto, puesto que existía una gran sincronización en lo que significa la voluntad y la decisión política de llevar adelante un proyecto de estas características, aprovechando obviamente la gran capacidad técnica que existen en las diferentes instancias y en los diferentes niveles, tanto de la Secretaría Nacional como de otras instituciones.

También en ese momento ya se indicó de que Bolivia es un país de investigaciones y que gran parte de las mismas, como lo dijo Juan el día de ayer, simplemente están nutriendo los anaqueles de diferentes niveles de lo que es tanto parte de la estructura pública como incluso de la privada.

Y que lastimosamente luego de tantas investigaciones no poníamos en práctica lo que sacábamos y lo que podíamos leer de este tipo y de otras investigaciones que se hacían en el país.

Pero habíamos indicado en ese momento que este trabajo que se iba a realizar definitivamente era diferente, puesto que nos iba a dar pautas fundamentalmente para conocer el criterio no solamente de los prestadores sino de los usuarios de lo que es salud reproductiva, puesto que se iba a llegar a la comunidad a través de sus diferentes representaciones para poder extraer de parte de ellos cuál es el criterio que tienen dentro de lo que significa la calidad de atención que se les está dando.

Yo he escuchado algunas de las conclusiones y con seguridad que el grueso de las mismas va a ser objeto de un estudio y de un análisis a nivel de las autoridades de la Secretaría Nacional de Salud, pero si estamos convencidos que tenemos que reafirmar nuevamente en este momento el compromiso existente a nivel de las autoridades del Gobierno, a nivel del Secretario Nacional de Salud Dr. Oscar Sandoval Morón, a través del Subsecretario Dr. Javier Tórres Goitia, del Ministro de Desarrollo Humano y de todas las autoridades del país de seguir adelante con este proyecto.

Estamos en el camino correcto consideramos que simplemente hay que hacer algunos ajustes para poder satisfacer si es posible en la plenitud toda la demanda que se tiene, fundamentalmente en lo que es salud reproductiva, y dentro del componente de salud reproductiva concretamente lo que es planificación familiar.

Esta mañana yo leía con profunda preocupación en uno de los matutinos de circulación nacional y en La Paz, un comentario sobre esta reunión que se inició ayer, indicando de que son más los problemas de que existen, muchos problemas para poder llevar adelante los programas de

salud reproductiva, buscando como es característica, en algunos órganos de prensa, buscar definitivamente lo negativo y dejar de lado lo positivo.

Y consideramos que en el balance, en el caso específico, definitivamente lo positivo está muy por encima de lo negativo, y todavía va a ser mucho más positivo porque a partir de las conclusiones que se tienen de este trabajo y de este Taller vamos a corregir algunas cosas a nivel de la Secretaría.

Sabemos de que hay que trabajar, fundamentalmente en lo que significa el recurso humano, la capacitación, la parte técnica, pero fundamentalmente en lo que significa la calidad y calidez de atención que se tiene que brindar a las usuarias de lo que es salud reproductiva.

Sabemos que esto es difícil pero tengan ustedes la plena seguridad de que vamos a llevar adelante este cambio, que es un cambio de actitud definitivamente de lo que significa la prestación de servicios.

Sabemos también, y ya se ha estado realizando a nivel de la Secretaría Nacional de Salud y la Dirección de la Mujer y Niño, la participación activa que se tiene que dar dentro del proceso al personal fundamentalmente auxiliares de enfermería, quienes constituyen el impacto y la fachada de un sistema de salud, cuando los usuarios buscan un servicio de salud y tenemos a las auxiliares de enfermería que están pidiendo a gritos capacitación para poder trabajar activamente.

En una oportunidad cuando estuvimos con Marcos Paz en alguna población del Altiplano, nos tropezamos con un auxiliar de enfermería, quien estaba plenamente comprometido con su población, con su comunidad y tenía todo el conocimiento de lo que significa la salud reproductiva, lo que significa brindar a su comunidad la posibilidad de poder trabajar más en beneficio de esa comunidad.

Sabía todo lo concerniente a los métodos de planificación familiar, pero él nos indicaba: «lo único que puedo dar son estos papelitos que son papelitos educativos pero con esto no se van a evitar los embarazos no deseados, con esto no se va a poder producir el espaciamiento gestacional, necesitamos tener la capacidad técnica también de participar activamente en lo que significaba la prestación de salud».

Y consideramos que este es nada más que un ejemplo de lo que todo este personal que trabaja en salud quiere hacer en lo que es salud reproductiva y creemos que el trabajo que se tiene que hacer en la política de recursos humanos de la Secretaría Nacional de Salud tiene que ir en esta dirección. Buscando básicamente que en todos los niveles técnicos exista la capacidad no solamente de ofertar sino de llevar adelante de lo que significa salud reproductiva.

Por otra parte, he escuchado atentamente las sugerencias que Vicky a hecho para insertar algunas contingencias de lo que es el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, un Seguro que a más de dos meses consideramos de que está colmando los expectativas que se pensaban en su diseño y en su análisis y en su ejecución de una primera fase.

Podemos indicar que en este momento se está atendiendo a más de 1000 personas, tanto embarazadas como menores de 5 años diariamente en todos los establecimientos de salud, acogidas por el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez.

Como toda nueva medida consideramos que existen problemas o que han estado coexistiendo que los estamos solucionando en la medida de las posibilidades y fundamentalmente en la medida

que exista el compromiso de parte no solamente de las autoridades sino fundamentalmente de los que prestan los servicios de salud.

Un compromiso que lo estamos percibiendo, pero que todavía falta llegar a otros niveles para poder llevarlo adelante.

Y como toda nueva medida, pues consideramos que posiblemente y más que posiblemente, seguramente va a ser objeto de algunas modificaciones dentro de las cuales se van a ir insertando algunas de las sugerencias que están saliendo de este Taller.

Pero consideramos que nos tenemos que dar un pequeño margen de tiempo todavía para hacer una evaluación de los resultados que se están teniendo; Vicky lo dijo: «uno de los problemas que se pueden tener es el problema económico», entonces tenemos que hacer el estudio respectivo luego de hacer el análisis de evaluación durante los primeros meses para ver qué contingencias más se van a ir insertando en lo que es el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez.

Sabemos perfectamente cuáles son los problemas que se tienen en salud en el área de la mujer y del niño fundamentalmente, y es en la medida de este conocimiento, de esta percepción que la tenemos todos los días, que tengan ustedes la plena seguridad de que una vez hecho el análisis y la evaluación respectiva en los primeros meses, se va a ver la posibilidad de insertar nuevas contingencias cubiertas por este Seguro Nacional de Maternidad y Niñez.

Queridos participantes en este Taller a nombre del Dr. Oscar Sandoval Morón, Secretario Nacional de Salud, del Dr. Javier Tórrez Goitia, Subsecretario de Salud, permítanme clausurar este evento con la seguridad de que el trabajo que todos ustedes han realizado en estos dos días de intensa labor, realmente no va a caer en ningún canasto de la Secretaría, ni en ningún anaquel, ni en ningún despacho.

Les reitero el agradecimiento primero a los consultores que han trabajado, a los que nos han colaborado, a la OMS/OPS por el financiamiento y a ustedes por la participación activa que han tenido en estos dos días demostrando una vez más el compromiso que existe de parte de todos ustedes por mejorar las condiciones de salud del pueblo boliviano.

Muchas gracias.

Raúl Prada Ferreyra
Subsecretario de Seguros Médicos

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BENDER, Deborah, Ana Santander, Aurora Balderrama, Alfredo Arce y Rosario Medina, "Transforming the Process of Service Delivery to Reduce Maternal Mortality in Cochabamba, Bolivia", en *Reproductive Health Matters*, núm. 6, 1995.
- CORREA Sonia y Rosalind Petchesky, "Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective", en Gita Sen, Adrienne Germain y Lincoln C. Chen eds., *Population Policies Reconsidered*, Harvard Center for Population and Development Studies- International Women's Health Coalition, Cambridge-Nueva York, 1994.
- GOBIERNO DE BOLIVIA, *Decreto Supremo N° 24303 del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez*, La Paz, Gaceta, 1996.
- GOBIERNO DE BOLIVIA, *Decreto Supremo N° 24237 del Sistema Público de Salud*, La Paz, Gaceta, 1996.
- GOBIERNO DE BOLIVIA, *Decreto Supremo N° 24227 del Comité Nacional por una Maternidad Segura*, La Paz, Gaceta, 1996.
- GOBIERNO DE BOLIVIA, *Decreto Supremo N° 24206 de Organización del Poder Ejecutivo a Nivel Departamental*, La Paz, Gaceta, 1995.
- GOBIERNO DE BOLIVIA, *Ley N° 1654 de Descentralización Administrativa*, La Paz, Gaceta, 1995.
- GOBIERNO DE BOLIVIA, *Ley N° 1551 de Participación Popular*, La Paz, Gaceta, 1994.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA-94)*, La Paz, 1994.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, *Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV-92)*, La Paz, 1992.
- MARQUES, Magaly, *El Enfoque de Género en Programas de Salud sexual y Reproductiva*, IPPF/RHO, La Paz, 1996.
- MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO, *Plan de Acciones Estratégicas*, La Paz, 1996.
- PLATA, María Isabel, Ana Cristina González y Adriana de la Espriella, "A Policy Is Not Enough: Women's Health Policy in Colombia", en *Reproductive Health Matters*, núm. 6, 1995.
- RESTREPO, Helena, "Notas para la Discusión sobre la Atención y la Promoción de la Salud de la Mujer Adulta en las Américas", en Elsa Gómez ed., *Género, Mujer y Salud en las Américas*, OPS, Washington, 1993.
- RODRIGUEZ, Gabriela, Esther Corona y Susan Pick, "Educación para la Sexualidad y la Salud Reproductiva", en Ana Langer y Katryn Tolbert eds. *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*, The Population Council y EDAMEX, México, 1996.
- SECRETARIA NACIONAL DE SALUD, *Atención a la Mujer y al Recién Nacido*, Norma Boliviana de Salud, 2 tomos, La Paz, Mother Care, 1997.
- SECRETARIA NACIONAL DE SALUD y ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, *Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia*, Ginebra, 1996.
- SECRETARIA NACIONAL DE SALUD y ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, *Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia, Revisión Bibliográfica*, La Paz, 1996.
- SECRETARIA NACIONAL DE SALUD, *Plan Vida para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, Perinatal y del Menor de Cinco Años*, La Paz, 1994.
- THE BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE, *The New Our Bodies, Ourselves*, Touchstone, Nueva York, 1992.

Anexo

Nómina de Asistentes al Taller

NOMBRE Y APELLIDO	INSTITUCION
Acosta Aurora	Conferencia Episcopal
Alanes Zulema	Periodista
Allers Claudia	USAID
André Rosario	Proyecto GTZ SIDA
Antelo Jack	PROSALUD
Antunez Dolly	Centro de la Mujer y Familia
Aramayo Gonzalo	DNMN
Arancibia Etzel	DIDES - Tarija
Argandoña Ana	PATHFINDER
Arosqueta Nilda	Carrera de Enfermería
Asport Susana	DNMN
Blanco Martha	Fundación La Paz
Barragan Lisselotte	UNICEF
Barron Evelyn	Centro de Capacitación Integral a la Mujer Campesina
Calderon Lilian	Salud Reproductiva-OPS
Calderon Ruth	Alcaldía Municipal
Camacho Virginia	Jefa Departamento de Salud de la Mujer
Campos Lupe	Carrera de Enfermería
Cardona Angel	DIDES - Sucre
Castellon Nancy	Johns Hopkins
Castrillo Hugo	COMBASE
Castro Alberto	Distrito Valle Alto
Castro Antonio	Médico
Castro Ernesto	CIES
Castro Maria Dolores	Carrera de Antropología
Céspedes Yolanda	Salud Reproductiva-OPS
Conde Victor	DIDES - La Paz
Cornejo Carmen	DIDES - La Paz
Cuba Victor	GTZ
Chavez Luis	DIDES - Trinidad
Chirgwin Margareth	ODA
Choque Benedicto	Unidad Sanitaria
Claros Carlos	Sub Secretaría de Seguros Médicos
Del Barco José Antonio	Hospital La Paz
Díaz Juan	Population Council
Díaz Soliz Elizabeth	Hospital Quillacollo
Dueñas José Luis	CIES
Duran Beatriz	Hospital Percy Boland
Ehmer Paul	USAID
Encinas Aleida	DIDES - Potosí
Flores Jorge	DIDES - Cochabamba
Fuentes Christian	PROIS
De la Gálvez Murillo Alberto	DNMN
Garcia Franklin	DPP

NOMBRE Y APELLIDO	INSTITUCION
Gomez Wilfredo	Hospital Los Andes
González María Del Carmen	DNMN
Gonzalez Gloria	Hospital Viacha
Gonzalez Rolando	DNMN
Gumiel Antonio	DIDES - Potosí
Gutierrez Guadalupe	DIDES - Pando
Humacayo Walter	DIDES - Oruro
Ibits Ineke	TAHIPAMU
Illanes Daniel	DIDES - Cochabamba
Iriarte Demby	Hospital de Quillacollo
Iriarte Rolando	Hospital de Quillacollo
Jabi María Luisa	API
Kaune Verónica	Mother Care
Kriscovich Roberto	OPS/OMS
Lavandenz Fernando	PROIS
Loayza Mariel	DNMN
Loayza Monica	PAE
López Miriam	DNMN, Jefa Departamento Salud Infantil
Lorencikova Maria	CNS
Lozano Yamil	Hospital San Gabriel
Machicao Ximena	CIDEM
Makuch María Yolanda	CEMICAMP
Martha Blanco	Fundación La Paz
Mejia Bustillos Doris	Hospital Viedma
Metcalfe Gloria	Mother Care
Michel Elizabeth	DNMN
Molina Juan Carlos	DIDES - Cochabamba
Morales David	Pastoral Familiar
Much Miriam	PROISA
Navarro Manuel	DIDES - Santa Cruz
Ocampo Doris	PROIS
Olivares Cecilia	Consultora
Ortega Fernando	DIDES - Santa Cruz
Parras Micaela	Medicus Mundi
Paz Marcos	DNMN
Peñaranda M. Vivian	DNMN
Peredo Cesar	Secretaría Departamental Desarrollo Humano
Pereira René	Family Health International
Pooley Bertha	PROCOSI
Pozo Gladys	Hospital San Gabriel
Prada Raúl	Subsecretario de Seguros Médicos
Prudencio Ivan	CIES
Quinteros Jaime	DIDES - Santa Cruz
Quispe Norma	DNMN
Rance Susana	IPAS
Rentería Cristina	CNS
Revollo Marcela	IPAS
Reyes Jackeline	CCH

NOMBRE Y APELLIDO	INSTITUCION
Rocha Nancy	Trabajo Social
Rodriguez Olivia	Alcaldía Municipal
Roman Jenny	Proyecto Género y Desarrollo
Salinas Lola	Salud Reproductiva-OPS
Salinas Maria Luisa	Cooperación Holandesa
Sanchez Mónica	PAE
Sanchez Silvia	Alcaldía Municipal
Sandoval Javier	Director Departamental de Salud - La Paz
Sanjinez Rosmery	DIDES - La Paz
Sarmiento Roxana	Unidad Sanitaria
Sebastian Seferino	Alcaldía Provincia Loayza
Simmons Ruth	OMS
Solange Angel	Vecinos Mundiales
Soruco Oscar	Salud Reproductiva-OPS
Stenecker Sietske	UNFPA
Tapia Terceros Miguel	Hospital Viedma
Teran René	Sociedad Ginecológica
Terrazas Maria Luz	Centro Salud Obispo Indaburo
Tirado David	SNS
Torres Goitia Javier	Subsecretario Nacional de Salud
Torres Pinto Hugo	MDS
Vallejo Elizabeth	PSF
Vargas Miriam	DNMÑ
Vargas Silvia	Salud Reproductiva-OPS
Vega Silvia	CETM
Veizaga Angel	SERVIR
Velasco Carmen	Pro mujer
Velasco Patricia	Alcaldía Municipal
Velasquez José	COMBASE
Vergara Aida	SOBOMETRA
Viscarra Oscar	AVSC-AQV
Young Ana María	Escuela de Salud Pública
Yucra Renato	DNMÑ
Zuleta Oscar	Director Nacional de la Mujer y el Niño
Zeballos Yolanda	DNMÑ

