

# HALLAZGOS

## de Evaluación

Oficina de Supervisión y Evaluación

Fondo de Población de Naciones Unidas      Número 19 – Junio de 1999

### PUESTA EN PRACTICA DEL CONCEPTO DE SALUD REPRODUCTIVA: PROGRESOS Y FUTUROS DESAFIOS PARA EL FNUAP

#### Sistemas de gestión

La Oficina de Supervisión y Evaluación (OSE) realizó en 1998 un examen para determinar el adelanto logrado hasta la fecha en la aplicación del criterio de salud reproductiva que figura en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1994 y proponer modalidades para mejorar la eficacia, eficiencia y orientación estratégica del apoyo del FNUAP a los programas de salud reproductiva. El examen se basa en una muestra de seis países: Burkina Faso, Filipinas, Marruecos, México, Nepal y Uganda, y representa una gama de niveles de desarrollo y de experiencias en la aplicación del Programa de Acción de la CIPD. Se estudiaron seis esferas principales: la político-jurídica; la organización y gestión de las actividades de salud reproductiva; el acceso a los servicios de salud reproductiva y la calidad de éstos; las actividades de información, educación y comunicación (IEC); la integración de las perspectivas socioculturales y de género en todos los componentes de la salud reproductiva; y la contribución del FNUAP a la aplicación del enfoque de salud reproductiva en cada país. Los datos fueron recogidos en los países por equipos integrados por tres consultores internacionales y un consultor nacional, en base a un marco conceptual preparado por la OSE.

Los equipos destacaron los siguientes 12 temas en relación a la ejecución de programas de salud reproductiva a ser tratados por el FNUAP en el futuro: determinación de servicios prioritarios de salud reproductiva; descentralización; sistemas de gestión de los servicios de salud reproductiva; estrategias de información, educación y comunicación (IEC); planteamientos y puesta a prueba de las acciones; financiación y mantenimiento de programas de salud reproductiva; captación de aliados; participación de los hombres en salud reproductiva; adolescentes y jóvenes; capacidad del FNUAP en materia de asistencia técnica; consolidación de la cartera de proyectos del FNUAP; y coordinación de los donantes en cuestiones de salud reproductiva.

En este número de Hallazgos de Evaluación se presentan los sistemas de gestión de salud reproductiva. En posteriores números de Hallazgos de Evaluación se presentarán detalles de otras problemáticas relativas a la puesta en práctica de programas de salud reproductiva.

### LA VISIÓN DE LA CIPD

En el Programa de Acción de la CIPD se estipula que todos los Estados han de:

1. Asegurar que la información integral y fáctica y la **gama completa** de servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, sean accesibles, asequibles, aceptables y cómodos para todos los usuarios (por conducto del sistema de atención primaria de la salud, hacia 2015);<sup>1</sup>
2. Propiciar y apoyar **decisiones responsables y voluntarias** acerca de los alumbramientos y los métodos de planificación de la familia que las personas escojan, así como otros métodos que elijan para la regulación de la fecundidad que no infrinjan las leyes, y ofrecer la información, la educación y los medios para hacerlo; y
3. **Atender a las necesidades cambiantes en materia de salud reproductiva durante todo el ciclo vital** y hacerlo de manera que sea respetada la diversidad de circunstancias de las comunidades locales.<sup>2</sup>

#### La visión de la CIPD

Un mundo donde antes del año 2015, todos los individuos tengan acceso a servicios integrales de salud reproductiva e información al respecto durante todo el ciclo vital.

### MISION DEL FNUAP

El FNUAP se orienta por los principios del Programa de Acción de la CIPD y los promueve. Es el principal organismo de las Naciones Unidas encargado del seguimiento y la aplicación del Programa de Acción de la CIPD. El principal objetivo del FNUAP, al que dedica unas dos terceras partes de su presupuesto, es contribuir a velar por el acceso universal a los servicios de salud reproductiva de alta calidad, incluidos los de planificación de la familia y salud sexual, para todas las parejas y todos los individuos antes del año 2015.

<sup>1</sup> En el anexo 1 figuran mayores detalles sobre la visión de la CIPD.

<sup>2</sup> Capítulo VII. Derechos reproductivos y salud reproductiva, párrafos 7.5 a 7.11. *Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994.* FNUAP, 1996, págs. 42 a 44.

## PRINCIPALES HALLAZGOS

**La problemática.** El FNUAP destina una proporción considerable de su apoyo a fortalecer la capacidad de gestión, en gran medida mediante la provisión de capacitación y equipo. Se presta menos atención a un elemento igualmente importante: los propios sistemas de gestión. El programa de salud reproductiva está integrado por una red de sistemas y procesos relacionados entre sí. Si algunos de esos sistemas no funcionan correctamente, se resentirá la calidad de los productos del programa. Si el sistema logístico, por ejemplo, se desarticula periódicamente, los encargados de prestar servicios carecerán de medicamentos, anticonceptivos, jeringas, e incluso de bombillas eléctricas. Si el sistema de personal tiene deficiencia en los aspectos de contratación y remuneración, no habrá encargados de prestar servicios a los clientes. Independientemente de cuán bien estén funcionando los demás sistemas, la totalidad del programa puede detenerse cuando hay un desperfecto en sólo un sistema. Por esta razón, una de las maneras más importantes de mejorar la calidad es fortalecer todos los sistemas y procesos del programa. En el cuadro que figura a continuación se indica una lista de algunos de los sistemas de salud reproductiva de importancia más crítica y sus componentes.

Sistemas de gestión	Componentes de importancia crítica
Información	Sistema de información de gestión, diagnóstico de necesidades, vigilancia, evaluación, investigación
Planificación	Declaración sobre la misión, objetivos, planes de trabajo
Financiación	Presupuestos, sistemas de contabilidad, auditoría
Personal	Contratación, remuneración, diagramas de organización, plantillas de personal, descripción de funciones, evaluación del desempeño profesional
Capacitación	Antes de ingresar en el servicio, en el servicio, educación permanente
Logística	Adquisiciones, control de inventarios, distribución
Operaciones	Normas, protocolos, calendarios, diagramas de circulación de clientes, manuales de procedimientos o de operaciones
Alcance de los servicios	Registros, visitas a domicilio, reuniones en grupo, remisión y seguimiento de clientes
Remisión de clientes	Procedimientos y formatos de remisión, procedimientos y formatos de seguimiento
Supervisión	Directrices, listas de verificación
Vigilancia	Listas de verificación, índices de control de calidad, indicadores de desempeño profesional, cuestionarios para entrevistar a clientes después de haber sido atendidos

Los países visitados, en su mayoría, siguen necesitando ayuda para desarrollar o fortalecer uno o más de esos sistemas, en particular, los de información, logística, remisión de pacientes, supervisión y vigilancia. El presente análisis se limita a esos cinco sistemas.

En varios países se están mejorando los **sistemas de información de gestión (SIG)**. **Nepal**, por ejemplo, ha introducido un sistema de información de gestión sobre cuestiones de salud que no sólo produce datos con fines de planificación y vigilancia, sino que además ayuda a los funcionarios en el desarrollo de la capacidad analítica. En cambio, el sistema de información en **Burkina Faso** no ha producido datos a escala nacional en los últimos dos años y el limitado número de datos producidos a escala de distrito no se utiliza en la planificación.

En **Marruecos**, el actual sistema de información se utiliza inadecuadamente en los planos central o local. No obstante, Marruecos está elaborando un SIG sobre los recursos humanos, financieros y materiales que se transformará en instrumento para la asignación más equitativa de recursos con destino a servicios básicos de salud.

En **Filipinas**, el FNUAP está apoyando un ensayo de un SIG sobre salud reproductiva en la provincia piloto de Nueva Vizcaya. Se basa en un nuevo sistema de registro de clientes que producirá un conjunto ampliado de estadísticas sobre servicios. Se prevé que muchas de esas estadísticas satisfarán los requisitos de una lista ampliada de indicadores de salud reproductiva que abarca todos los componentes de salud reproductiva. Las encuestas periódicas por zonas y las visitas de vigilancia sobre el terreno complementarán este sistema. No obstante, hasta el momento el sistema está basado en los hospitales; aún no se le ha diseñado para que capte o analice los datos producidos fuera del hospital.

En **Uganda**, el Ministerio de Salud ha elaborado un SIG sobre salud que se está ensayando eficazmente con carácter piloto en los planos central y de distrito. Uno de los propósitos es promover el uso de datos sobre servicios por parte de los administradores de servicios de salud reproductiva con fines de adopción de decisiones. El FNUAP está apoyando en algunos distritos la provisión de capacitación y equipo para el SIG sobre salud. **México** no ha elaborado un sistema nacional de información sobre salud reproductiva y no se propone solicitar la asistencia del FNUAP con este propósito.

**Sistemas logísticos.** En **Burkina Faso**, los sistemas de gestión se consideran frágiles. Un ejemplo importante es el sistema de logística del suministro de anticonceptivos. Según un análisis de situación efectuado en 1996, en los seis meses anteriores a la encuesta hubo interrupciones en el suministro de anticonceptivos orales en aproximadamente un 20% de los establecimientos<sup>3</sup>. Pocos de los establecimientos contaban con sistemas apropiados de inventarios con los que registrar el abastecimiento de productos

Éste es un problema común en muchos países, que puede mejorarse instalando un Sistema de información sobre gestión de la distribución de anticonceptivos (CDLMIS), como se ha realizado en varias provincias de **Filipinas**. En virtud del CDLMIS, cada clínica determina la cantidad de suministros básicos que necesita para un cierto período (por ejemplo, seis meses), ordena esa cantidad y agrega existencias de reserva para dos o tres meses, sigue la pista a la distribución e informa a una dependencia central de control. En Filipinas, el sistema ha

<sup>3</sup> Population Council y Direction de la santé de la famille. *Deuxième analyse situationnelle du programme de planification familiale au Burkina Faso*. Juillet de 1996.

eliminado casi por completo el agotamiento de las existencias en las zonas donde se lo ha introducido. También ha reducido los costos, debido a que las clínicas ya no necesitan hacer pedidos excesivos para protegerse contra la falta de existencias. El FNUAP está apoyando un ensayo piloto de una versión ampliada de este sistema, denominada Sistema de distribución de medicamentos esenciales.

**Nepal** también ha introducido un eficaz sistema logístico que asegura la distribución anual de cantidades apropiadas de suministros a cada establecimiento de salud del país. En **Marruecos** se están introduciendo cambios para mejorar el sistema logístico. **Uganda**, al igual que muchos otros países, posee un sistema logístico para suministros de planificación de la familia separado del sistema correspondiente a los medicamentos esenciales. Muchos consideran que éste es un enfoque sumamente ineficiente y lleno de problemas. En los formularios del SIG sobre salud figuran estadísticas relativas a anticonceptivos, pero esto no desencadena la reposición de suministros. Recientemente, sólo se pudo evitar el agotamiento de las existencias mediante la vigilancia y la coordinación entre los donantes. **México** no ha elaborado un sistema de logística para salud reproductiva y aún no está claro qué características tendrá ese sistema en el contexto de la descentralización. En la actualidad, tanto la Secretaría de Servicios de Salud como el programa del Instituto Mexicano de Seguridad Social/Solidaridad (IMSS/S) están utilizando con esos fines un sistema general de logística.

Con frecuencia, se asigna escasa prioridad a los **sistemas de remisión y rastreo de clientes**. **Nepal** ha desarrollado un sistema funcional de remisión para todos los servicios de salud reproductiva, pero la continuidad de los servicios sigue siendo débil debido a las limitaciones en el acceso a los servicios. **México** depende de sus actuales sistemas de remisión de clientes en la Secretaría de Servicios de Salud y el IMSS. Este último cubre bien los servicios de salud reproductiva, pero el sistema de la Secretaría necesita mejoras, a fin de incluir todos los componentes de salud reproductiva. **Marruecos** y **Burkina Faso** están haciendo especial hincapié en la mejora del sistema de remisión de clientes para atención obstétrica de emergencia. Con el apoyo del FNUAP, **Uganda** está haciendo lo propio en virtud de un modelo innovador, llamado RESCUER, que ha experimentado con teléfonos personales de circuito cerrado (Walkie-Talkies) para las parteras tradicionales y un vehículo de tres ruedas para las remisiones a servicios obstétricos de emergencia. **Filipinas** todavía no ha elaborado un sistema de remisión que pueda ser eficaz. El SIG de base hospitalaria al que presta apoyo el FNUAP en el ensayo piloto apoya las remisiones dentro del hospital, pero no a otros establecimientos externos. Aún no se ha considerado un sistema integrado que abarque toda una provincia.

Con frecuencia, también son débiles los **sistemas de supervisión**. En **Burkina Faso**, pese a que el Ministerio de Salud ha efectuado considerables inversiones en la elaboración de un sistema eficaz, menos de uno de cada cuatro establecimientos había recibido una visita de supervisión en los seis meses anteriores. En **Uganda**, hay escaso análisis de los problemas o búsqueda de soluciones. **México** aún no ha elaborado sistemas de supervisión para servicios de salud reproductiva, pero cuenta con varios modelos de supervisión eficaces y susceptibles de adaptación, incluido el de los supervisores de módulo (véase el recuadro).

El sistema de supervisión en **Marruecos** es bastante rudimentario y necesita fortalecimiento, especialmente en el plano de la atención primaria de la salud. La supervisión tradicional es muy difícil en **Nepal**, debido al terreno escarpado y montañoso, de modo que el FNUAP está ayudando al Ministerio de Salud a elaborar enfoques que reducirán la necesidad de efectuar

visitas con frecuencia, entre ellos el uso de protocolos clínicos para todos los servicios de salud reproductiva.

### Empleo de los supervisores de módulos en México

Uno de los aspectos fuertes de las casas de salud (establecimientos comunitarios), es la supervisión proporcionada por los supervisores de módulos, c/u de los cuales se encarga de entre 9 y 10 casas de salud.

Los supervisores visitan cada casa de salud y/o auxiliar de salud cada dos semanas. Utilizan una “directriz para las visitas de supervisión” que estandariza sus evaluaciones.

Los auxiliares de salud acuden al centro de salud aproximadamente cada mes para recibir educación permanente, bajo la dirección de esos supervisores. Además, cada año asisten a entre 2 y 4 cursos sobre salud reproductiva y atención primaria de la salud, cada uno de los cuales dura entre 3 y 4 semanas.

Los supervisores proporcionan apoyo continuo a los auxiliares de salud mediante reuniones semanales y visitas sobre el terreno.

Con frecuencia, los **sistemas de vigilancia y evaluación** son componentes débiles de los programas de salud. Ni **México** ni **Filipinas** han elaborado sistemas de ese tipo para la salud reproductiva, aun cuando ambos países poseen sistemas bien establecidos de vigilancia y evaluación de varios componentes de la salud reproductiva, en especial la planificación de la familia, la salud materno-infantil y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Actualmente, el FNUAP está ayudando a Filipinas a preparar listas de verificación de la vigilancia para su uso por supervisores en la provincia piloto. **Nepal** ha logrado algún grado de éxito en ambas esferas. El SIG sobre salud y las encuestas demográficas y de salud realizadas periódicamente producen regularmente indicadores para la supervisión del desempeño de los programas de planificación de la familia, maternidad sin riesgos, enfermedades de transmisión sexual y SIDA. En **Marruecos**, aun cuando el FNUAP apoya varias actividades de vigilancia y evaluación que se han planificado o están en curso en las 12 provincias, es necesario establecer sistemas de vigilancia y evaluación, especialmente en lo concerniente a nuevos proyectos para los jóvenes y la violencia doméstica. Una actividad especialmente débil en muchos países es la vigilancia y evaluación de la IEC. En **Uganda**, por ejemplo, ninguno de los proyectos de IEC han incluido procedimientos o recursos para evaluar los efectos de las actividades de IEC.

**Papel del FNUAP en los sistemas descentralizados.** La descentralización ha intensificado la necesidad de contar con mejores sistemas de gestión. Por ejemplo, los estados y las municipalidades de México necesitan desarrollar la capacidad de diseñar, planificar, realizar, supervisar y evaluar programas de salud reproductiva. El FNUAP apoya a México para fomentar la capacidad de Consejos de Población estatales y municipales pero es escasa la parte de esta inversión utilizada para desarrollar la capacidad en materia de salud reproductiva. Los proyectos aún no enfocan la elaboración de sistemas de apoyo. El FNUAP efectúa una importante contribución en las 12 provincias rurales más pobres de **Marruecos** tratando de fortalecer la gestión de los programas de salud reproductiva. En **Filipinas** la USAID está financiando el Proyecto de las dependencias de gobierno local (LPP) que ayuda a las provincias y municipalidades a establecer sus propios sistemas de planificación, supervisión,

logística y vigilancia. El FNUAP contribuye a estas acciones en la provincia piloto ayudando a desarrollar y ensayar sistemas adicionales. **Nepal** sigue tratando de llevar a la práctica la Ley de Descentralización de 1991. El SIG sobre salud y el ciclo integrado de planificación, vigilancia y evaluación desde las bases hacia arriba apoyado por el FNUAP han constituido una contribución indirecta pero sustancial a las acciones más amplias de descentralización y reforma del sector de salud. **Burkina Faso** también enfrenta problema de descentralización, y ofrece oportunidades para que el FNUAP proporcione apoyo técnico a los distritos, en momentos en que hay una necesidad crítica de asistencia de ese tipo.

**Opciones.** Los países, en su mayoría, necesitan asistencia para desarrollar sistemas de gestión. Por ejemplo, los estados de **México** necesitan establecer casi todos los sistemas enumerados en el cuadro a fin de desarrollar un programa integrado de salud reproductiva. Se exhorta al FNUAP a aportar asistencia de ese tipo en los cinco estados en los que está realizando tareas; esto abarca el desarrollo de sistemas de logística, y vigilancia, supervisión y evaluación de los servicios de salud reproductiva a escala de estado y de municipalidad.

En **Burkina Faso**, se pide al FNUAP que contribuya a establecer sistemas descentralizados de logística y personal y a fortalecer el sistema de capacitación. En **Marruecos**, se pide al FNUAP que invierta una mayor proporción de sus fondos en el fortalecimiento de la gestión y los servicios. En **Filipinas**, se pide al FNUAP que se centre más en el fortalecimiento de los sistemas de salud reproductiva en sus proyectos piloto, de modo de poder desarrollar sistemas integrados de prestación de servicios a escala provincial.

El FNUAP no puede hacerlo todo. En consecuencia, es preciso que las oficinas en los países consideren que la salud reproductiva es un sistema de gran magnitud, integrado por muchos subsistemas, relacionados entre sí e interdependientes. Es preciso que los funcionarios examinen de qué manera está funcionando el sistema general y, de haber problemas, que determinen cuáles son los subsistemas de importancia crítica que es preciso fortalecer. Éstas deberían ser las esferas de acción prioritaria.

## RECOMENDACIONES

El FNUAP debería emprender lo siguiente:

- Analizar las causas de un problema antes de efectuar nuevas inversiones en capacitación, que con frecuencia se considera la solución de muchos problemas. A menudo, las causas residen en sistemas que dificultan que el personal de salud reproductiva cumpla con su cometido. Con frecuencia, las inversiones en la mejora de sistemas de gestión disfuncionales pueden redundar en adelantos de gran magnitud; y
- Desarrollar la capacidad de funcionarios de las oficinas del FNUAP en los países y en la sede, así como del personal de los equipos de apoyo a los países, para realizar análisis básicos de los sistemas y proporcionar asistencia técnica al personal que trabaja en los países en el establecimiento de sistemas de gestión y la resolución de los problemas que se presenten en los mismos.

## ANEXO 1: DETALLES DE LA VISIÓN DE LA CIPD

La gama completa de servicios de salud reproductiva abarca:

- 1) Servicios de **planificación de la familia** y asesoramiento e IEC al respecto;
- 2) Servicios y IEC para la **atención prenatal**, los **partos sin riesgos** y la **atención postnatal**, especialmente el **amamantamiento** y la atención de la salud del **lactante** y la **mujer**;
- 3) Prevención y tratamiento apropiado de la **infecundidad**;
- 4) **Aborto**<sup>4</sup>, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de las complicaciones causadas por el aborto;
- 5) Tratamiento de **las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otros trastornos de la salud reproductiva**;
- 6) Asesoramiento e IEC, según resulte apropiado, acerca de **la sexualidad humana, la salud reproductiva y la procreación responsable**.

Esos servicios han de proporcionarse por conducto del sistema de atención primaria de la salud. Por otra parte, también se espera lo siguiente:

- 7) **Remisiones de clientes a establecimientos más especializados** para completar el diagnóstico y el tratamiento, según lo requerido por los servicios de planificación de la familia (especialmente en servicios clínicos como la esterilización voluntaria y la colocación de implantes), las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, los problemas de infecundidad, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de mama, los cánceres del aparato reproductor y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

Además, los programas de salud reproductiva y atención primaria de la salud deberían, como componente integral:

- 8) Desalentar activamente las **prácticas nocivas** tales como la mutilación genital femenina.

En la visión de la CIPD también se exhorta a:

- \$ **Involucrar a las mujeres** en el liderazgo, la planificación, la adopción de decisiones, la gestión, la puesta en práctica, la organización y la evaluación de los servicios de salud reproductiva ;

---

<sup>4</sup> El párrafo 8.25 del Programa de Acción establece, entre otras cosas: "en ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia ... en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas".

## Puesta en práctica del concepto de salud reproductiva – Sistemas de gestión

- \$ Aumentar la **participación de los hombres** y promover que éstos compartan las responsabilidades en materia de salud reproductiva;
- \$ Promover las **relaciones de género** equitativas y basadas en el respeto mutuo;
- \$ Realizar programas innovadores a fin de llegar a **los adolescentes, los hombres adultos, los migrantes y las personas desplazadas**, educarlos y prestarles servicios;
- \$ **Descentralizar** la gestión de los programas de salud pública, promover la mayor participación de la comunidad y de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las entidades del sector privado; y
- \$ Promover el respeto y la defensa de los **derechos reproductivos**.

Esta publicación de HALLAZGOS de EVALUACION se basa en hallazgos, conclusiones y recomendaciones extraídos de un informe de evaluación titulado Implementing the Reproductive Health Vision: Progress and Future Challenges for UNFPA, publicado por la Oficina de Supervisión y Evaluación.

*Para obtener una copia de este informe sírvase contactar :*

**El Fondo de Población de Naciones Unidas  
Oficina de Supervisión y Evaluación**

Daily News Building  
220 East 42<sup>nd</sup> Street  
New York, NY 10017

Teléfono: (212) 297- 5213  
Facsimile: (212) 297- 4938  
Correo electrónico: [mompoint@unfpa.org](mailto:mompoint@unfpa.org)

O consultar el sitio del FNUAP:  
[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

