

IMPLICACIONES DE LA REFORMA EN EL SECTOR SALUD SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES COLOMBIANAS

Pio Iván Gómez Sánchez¹

Resumen

La reforma del sector salud (RSS) es un proceso que busca cambios a largo término en las políticas, formas de financiamiento, organización de los servicios, así como en el papel de los gobiernos por mejorar la salud de la población. En Colombia el cambio más grande del Sector Salud ha sido la implementación de la Ley 100 de 1993. La RSS usualmente aumenta la cobertura de atención, favoreciendo a las clases más pobres y vulnerables, mejorando el acceso a servicios y enfatizando la promoción y prevención, sin embargo dependiendo de la forma de su implementación, muchas instituciones hospitalarias pueden tener grandes problemas financieros, el personal de salud ve con frecuencia deterioradas sus condiciones laborales. En Colombia tenemos una inconveniente fragmentación de los servicios por niveles que afecta el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva a las mujeres. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2005 nos muestra estancamiento en indicadores de salud sexual y reproductiva. La mortalidad materna en Colombia ha cambiado la es-

Abstract

The health sector reform (HSR) is a process that looks for policy long term changes, new financing ways, reorganization of the services, as well as governments' role in improving population's health. In Colombia the biggest change in the Healthsector has been the implementation of the Law 100 of 1993. The HSR usually increases population covering, favoring to the poorest and vulnerable classes, improving the access to services and emphasizing the promotion and prevention, however depending on its implementation way many institutions can have big financial problems, the health workers frequently deteriorate their labor conditions. In Colombia we have an inconvenient fragmentation of the levels services that affects the access to comprehensive services of sexual and reproductive health to the women. The National Survey of Demography and Health of the 2005 shows us stagnation in indicators of sexual and reproductive health. The maternal mortality in Colombia has changed the structure of its causes in the last 10 years,

¹ Ginecobstetra y Epidemiólogo, Fellow Salud Reproductiva. Universidad de Laval, Québec, Canadá; Profesor Asociado Facultad Enfermería - Universidad El Bosque; Profesor Titular Facultad Medicina - Universidad Nacional de Colombia. e-mail: pigomez@etb.net.co

estructura de sus causas en los últimos 10 años, incrementándose la mortalidad por complicaciones del parto, lo que no es de esperar en un país donde se ha aumentado el número de controles prenatales, la mayor parte de los partos son institucionales y casi el 90% son atendidos por personal idóneo. ¿Qué está pasando? la única respuesta que nos viene a la mente es otra pregunta: *¿La calidad de los servicios ha empeorado con la reforma del sector salud?*

Palabras Clave: reforma sector salud, salud sexual y reproductiva.

being increased the mortality by complications of the childbirth, which is not expected in a country where the number of prenatal care visits has been increased, most of the childbirths are institutional and almost 90% is assisted for trained personal. What is happening? The only answer that arises is another question: *¿Has the quality of the services worsened with the HSR?*

Key words: Health sector reform, sexual and reproductive health.

Introducción

En los últimos años se han producido una serie de cambios en el ámbito mundial respecto a los Sistemas de Salud, queriendo conservar sin embargo, algunas constantes, como la equidad, la universalidad y la eficiencia. Ya que hasta el momento los sistemas de salud se caracterizaban por su falta de universalidad, dando protección sólo una parte muy limitada de la población, con gran diferencia en la cantidad de recursos que se destinaban a la atención en salud de los diferentes grupos poblacionales y sin canales financieros que permitieran la ayuda mutua entre los afiliados al sistema y mucho menos de ellos hacia los más pobres, que terminaban por fuera del sistema.

La Reforma es un proceso que busca cambios a largo término en las políticas del sector salud, en sus formas de financiamiento, en la organización de los servicios, así como en el papel de los gobiernos por alcanzar el objetivo primordial de mejorar la salud de la población, factor determinante en el desarrollo económico de un país.

Dentro de las metas más buscadas con estas reformas tenemos el mejoramiento de:

- ◆ Acceso.
- ◆ Oportunidad.
- ◆ Equidad.
- ◆ Calidad.
- ◆ Eficacia y Eficiencia.
- ◆ Sostenibilidad de los servicios.
- ◆ Continuidad.
- ◆ Suficiencia y disponibilidad de los recursos.
- ◆ Satisfacción de los(las) usuarios(as).

Estas metas pueden ser complementarias pero no siempre compatibles, por ejemplo, la equidad puede llevar a buscar incrementar el acceso a servicios básicos de cuidado obstétrico o de planificación familiar a poblaciones del área rural más lejana y menos favorecida de un país, pero esto puede ser menos eficiente en términos de costo por persona, si comparamos con las mismas actividades en poblaciones más densas con mayor nivel educativo que asisten más a los servicios.

Reforma del Sector Salud en Colombia

En Colombia el cambio más grande del Sector Salud se plantea con la implementación de la Ley 100 de 1993, la cual ha sido extensamente criticada a la luz de intereses particulares y gremiales, sin embar-

go no se puede negar que ha traído aspectos benéficos para la población, como la mejor concientización de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Tampoco podemos negar que los grandes lesio-

nados hemos sido los profesionales de la salud que hemos sucumbido ante los grupos económicos que ahora administran los recursos. No se pretende en este escrito atacar la Ley 100 sino entender que la reforma del sector salud es un movimiento global y no un evento colombiano aislado, pero también ver que consecuencias para la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres ha traído.

Existen diferentes estrategias que cada país puede desarrollar para alcanzar estas metas, las cuales no están al alcance de este trabajo.

Uno de los puntos más críticos en la reforma del sector salud es que usualmente afecta los intereses de médicos(as) enfermeros(as), compañías de segu-

ros e incluso ONG, ya que puede afectar entre otros:

- ◆ Los ingresos del proveedor de salud.
- ◆ Dónde y cómo se brindan los servicios.
- ◆ La cantidad de dinero que las personas gastarán en cuidado de la salud.
- ◆ Qué proveedores pueden ofrecer cuáles servicios.
- ◆ Qué ONGs tendrán mayor o menor papel.
- ◆ Competencia entre sector público y privado.

La reforma del sector salud por ende, es eminentemente un proceso político más que técnico, que requiere habilidad política para manejarlo, así como estrategias técnicas diseñadas para mejorar la equidad, la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad.

Implicaciones de la RSS en salud reproductiva

Todo el proceso de Reforma en el Sector Salud (RSS) tiene importantes implicaciones para los programas de salud sexual y reproductiva (SSR), por ende los (las) proveedores(as) de estos servicios siempre deben estar involucrados en los cambios y así entender la RSS. Es muy frecuente que la resistencia al cambio en los(las) proveedores(as) de salud hace que ignoren, rechacen y no participen en la RSS, lo cual es contraproducente pues igual los cambios se van a dar, sólo que sin su participación.

A veces las características de la RSS simplemente expanden las condiciones preexistentes, de tal forma que el entorno no ha cambiado (brindar no sólo servicios de Planificación familiar, sino de prevención de ITS/VIH SIDA y adolescencia en la misma Institución), pero otras veces presentan cambios fundamentales y nuevas oportunidades para SSR (paquetes básicos de servicios en salud, financiación del sistema por la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, más que por el tratamiento de enfermos).

La descentralización y la mayor atención a SSR han sido dos importantes cambios que en la última década ha vivido el mundo.

La estrategia de descentralización trae grandes ventajas como la pertenencia local, respuesta a necesidades locales con autonomía financiera, manejo más

eficiente de los recursos y vínculos entre los sistemas de información y supervisión para planear localmente y gerenciar los programas, favoreciendo el desarrollo de mejores y más efectivos sistemas de salud. Sin embargo, el resultado favorable dependerá de la madurez del sistema y de cómo se implementó la descentralización en cada lugar en particular.

Con la descentralización hay un gran potencial para implementar la interacción vertical de hospitales, centros de salud, servicios comunitarios y sistemas de referencia y transporte.

Esta integración es necesaria para implementar un adecuado programa de maternidad segura por ejemplo, o poder ofrecer a los (las) clientes verdaderamente elección informada en planificación familiar, pues muchos anticonceptivos temporales se proveen en niveles primarios y secundarios de atención, mientras que métodos permanentes o temporales posevento obstétrico se pueden brindar en segundo o tercer nivel de atención.

La descentralización también crea oportunidades para involucrar más directamente a la comunidad, abriendo canales de participación social en los que los grupos comunitarios organizados participen activamente en todas las actividades de salud y sean considerados pieza fundamental en la estructura del

Sistema, siendo miembros activos del proceso de su propia salud, lo que fortalece la relación Instituciones de Salud - Comunidad - Usuarios y favorece el desarrollo de compromisos adquiridos por los Hospitales y el gobierno para con los usuarios, además de tener en cuenta los requerimientos de los mismos como herramienta fundamental en el mejoramiento continuo en la calidad de la prestación de servicios de salud.

La RSS usualmente aumenta la cobertura de atención, favoreciendo a las clases más pobres y vulnerables, mejorando el acceso a los servicios y enfatizando la promoción y prevención, sin embargo dependiendo de la forma de implementación de esta RSS, muchas instituciones hospitalarias pueden tener grandes problemas financieros, el personal de salud ve con frecuencia deterioradas sus condiciones laborales, lo cual es especialmente cierto cuando los (las) proveedores(as) de salud e instituciones hospitalarias no se involucran en los cambios, los desconocen y se aferran a esquemas antiguos de Salud.

Todos(as) somos conscientes que la SSR no sólo requiere programas de planificación familiar, ITS/VIH/Sida y Maternidad segura, sino la reorganización de los mismos hacia un abordaje integral y muchos aspectos de la RSS conllevan a esta integralidad.

Lo anterior en teoría suena bien sin embargo ¿qué ha pasado en el país con la implementación de la Ley 100? Hemos visto que se ha confundido el concepto de atención primaria (“Primary Care”) con servicios de primer nivel de atención. Mundialmente la atención primaria como se puede colegir de su nombre es la atención primordial y que por ende debe brindarse en todos los niveles de atención. Ésta incluye el auto cuidado, las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que lamentablemente en nuestro medio se ha limitado al primer nivel de atención y ha llevado una inconveniente fragmentación de los servicios. Pongamos el ejemplo de la mujer que asiste para atención obstétrica de alto riesgo a un hospital de tercer nivel, en el cual se atiende y cuando la mujer solicita anticoncepción su Administradora (EPS, ARS) no autoriza a la institución para que allí se le brinde pues tienen contratados estos servicios en un primer o segundo nivel. La institución pierde un servicio pero

quien más pierde es la mujer que debe exponerse a un embarazo no planeado pues las trabas administrativas la obligan a asistir a una nueva consulta y en otra institución. Esto incluso se contrapone a las acciones que la Resolución 412 del 2000 contempla como es el caso del DIU posparto. Estamos inmersos en un plan nacional para reducir la mortalidad materna en el país pero estrategias tan simples como aprovechar este contacto hospitalario para una actividad de anticoncepción se limita por el nivel de atención.

Que no decir de la anticoncepción en la mujer que está posaborto, cuando el retorno de la fertilidad en una gestación menor de doce semanas se da entre los días 9 y 11 luego de la evacuación uterina. ¿Alcanzará a pesar de los trámites burocráticos de su Administradora a asistir para recibir asesoría y obtener el método deseado? Posiblemente no, pues para poder frenar la próxima ovulación deberá iniciar la anticoncepción en forma inmediata si su deseo es usar anticoncepción hormonal o DIU.

En Colombia de acuerdo a la normatividad vigente (Resolución 412 de 2000), la Consejería es un elemento indispensable en la prestación de servicios de anticoncepción. Sin embargo es lamentable que en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2005 (ENDS 2005) cuyos resultados se difundieron el 21 de Noviembre del 2005, se encontraron grandes deficiencias en este sentido. Para ilustrar lo grave de la situación mencionemos algunos datos relevantes de esta Encuesta:

- ♦ Solamente el 33 % de las usuarias manifestó que había recibido información con relación a los posibles efectos secundarios del método anticonceptivo elegido. Menos de la mitad de las usuarias de anovulatorios orales e inyectables recibieron esta información.
- ♦ Sólo el 26 % recibió instrucciones sobre qué hacer si presentaba un efecto secundario. Entre las usuarias de píldoras e inyectables sólo una tercera parte recibieron dicha información.
- ♦ Sólo al 38 % de las usuarias le suministraron información sobre métodos diferentes al elegido.

- ◆ El 14 % de las mujeres con esterilización no sabían que el método era permanente.
- ◆ En términos generales los departamentos de la Costa Atlántica y el Chocó fueron los de porcentajes más bajos en todo tipo de información que se le suministra a la usuaria.

¿Qué está sucediendo? Estos datos nos asombran en un país que ha sido de los más exitosos en Latinoamérica en reducir rápidamente la tasa global de fecundidad. Desde 1969 hemos visto crecer la prevalencia anticonceptiva en mujeres unidas desde cerca de un 20% a un 76.9% para el año 2000, luego era de esperarse un incremento para la Encuesta del 2005, sin embargo no fue así. El mensaje claro en el lanzamiento de la ENDS 2005 fue: ESTANCAMIENTO. A excepción del embarazo en los y las adolescentes que sigue aumentando, por lo demás estamos estancados.

Se menciona a veces que ahora los servicios de salud son más seguros, que el número de controles prenatales ha aumentado, que hay mayor cobertura, etc. Asumiendo que lo anterior fuera cierto la calidad va más allá de servicios de salud seguros, del número de controles prenatales y la cobertura. No basta con tomar signos vitales y medir la altura uterina en la consulta prenatal, tampoco es tan importante el número de controles prenatales (más allá de cuatro) si no cumplen su objetivo de identificar potenciales riesgos, así como actuar oportunamente y correctamente ante ellos.

La calidad también incluye respeto por la dignidad humana y los derechos humanos. Calidad implica brindar servicios integrales, que satisfagan una serie de necesidades de la mujer, son una oportunidad para hacer mucho más y no deben limitarse al componente orgánico. Como profesionales de la salud a veces olvidamos que el ser humano tiene no sólo cuerpo sino mente además componentes sociales, familiares, ambientales, económicos etc., que pueden afectar la salud. No debemos olvidarnos del modelo bio-psico-social y cultural en la conformación de servicios integrales. Debemos dejar de enseñar en nuestras Facultades de Salud modelos curativos y enfatizar en la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, considerando integralmente a la persona.

No podemos olvidarnos que sin lugar a dudas los dos riesgos más grandes a los que se enfrenta una mujer durante la edad fértil son la gestación y el parto. Cerca de 600.000 mujeres mueren cada año durante el embarazo o el parto, lo cual representa más de una defunción por minuto, millones más sufren lesiones graves a veces permanentes, las cuales en gran parte serían prevenibles, si trabajáramos en conjunto familias, comunidades y profesionales de la salud.

Quienes llevamos varios años trabajando en Salud Sexual y Reproductiva, hemos asistido a innumerables congresos, foros, comités, etc., tendientes a reducir la mortalidad materna y hoy día si contrastamos con la realidad del momento nos embarga una sensación de impotencia, nos angustia la inequidad, la negligencia e injusticia social y es cuando más cobran vigencia las palabras del expresidente de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) profesor Mahmoud Fathalla: «Las mujeres no están muriendo por causas que no podemos evitar... están muriendo debido a que la sociedad considera que sus vidas no valen el precio de salvarlas».

La mortalidad materna es apenas la punta visible de un gran iceberg que representa una problemática mucho más compleja. Como profesionales de la salud nos ha tomado mucho tiempo comprender la epidemiología de la enfermedad y la muerte -así como grabarnos las fallas en la presencia de los servicios de salud- dentro de un contexto mucho más amplio de derechos humanos y cambio social.

De cierta forma, estamos comprometidos en combatir -una batalla contra las actitudes injustas y desiguales acerca del valor de las vidas humanas, particularmente, las vidas de las mujeres-. Es difícil priorizar sobre cuáles necesidades merecen recursos en medio de tantas que nos afligen. Es una lucha en la cual las mujeres son las víctimas pero también pueden ser protagonistas para hacer el cambio. Ahora entendemos mejor el tema de la morbi-mortalidad materna en este contexto más global, y hemos comprendido que somos parte de una lucha más amplia, que necesita perspectivas nuevas para los problemas que nos aquejan hace mucho tiempo, como la mortalidad materna.

La mortalidad materna constituye uno de los más fuertes indicadores de la eficacia de la acción asistencial en un país y su identificación, análisis y evaluación, permiten establecer los núcleos de impacto sobre los cuales se pueden generar intervenciones efectivas, que conduzcan a su progresiva reducción, además la determinación de la evitabilidad o no, permite establecer prioridades de provisión de recursos para obtener un máximo impacto.

Los estudios de mortalidad materna muestran que cuando un país logra un desarrollo socio-cultural y económico excelente, las tasas de mortalidad descienden en forma espectacular de manera que no constituye un problema sanitario importante.

En los países emergentes como Colombia, la mortalidad materna presenta cifras verdaderamente alarmantes: en el mundo de las cerca de 600000 muertes maternas anuales, 99% ocurren en nuestros países. Las cifras son muy evidentes, mientras Singapur, Japón, Suecia, Escandinavia, Canadá o Estados Unidos presentan tasas de 4 a 11 por 100.000 nacidos vivos, otros países presentan tasa por 100.000 nacidos vivos de: 2.420 en Gambia, 1000 en Yemen, 718 en Indonesia, 340 en Haití, 330 en Bolivia, 150 en Paraguay y entre 70 a 80 en Colombia.

Es importante mencionar que aunque en América Latina y el Caribe se ha aceptado el término de Tasa de mortalidad materna para definir el número de muertes maternas sobre el número de recién nacidos vivos por 100.000; sin embargo desde el punto de vista epidemiológico corresponde a una Razón de mortalidad materna ya que las muertes incluidas en el numerador como las causadas por embarazo ectópico y aborto, no están representadas por los embarazos en el denominador. La medida ideal de la mortalidad materna sería la Tasa que divide el número de muertes maternas dividido entre el número total de embarazos, sin embargo este último es un dato muy difícil de establecer incluso en países desarrollados.

Por tanto, la definición de Tasa de mortalidad materna verdaderamente corresponde al número de muertes maternas sobre el número de mujeres en edad reproductiva, cifra que se afecta por la tasa general de fecundidad y el riesgo de muerte debida al embarazo.

La mortalidad materna en Colombia representa el 0,4% del total de las muertes y el 1% de las muertes prematuras expresados como años de vida potencial perdidos. Se considera que las cifras subestiman la verdadera magnitud del problema por haber un subregistro de aproximadamente un 50% de la mortalidad materna.

En Colombia la tasa de mortalidad materna ha venido en descenso en 1956 la tasa de mortalidad fue de 310,1 x 100.000 nacidos vivos, en 1986 estaba en 119,82 x 100.000 nacidos vivos y para 1994 había descendido a 78,20 x 100.000 nacidos vivos para 1994, lo cual representa una disminución del 35% en 9 años, sin embargo no está dentro de lo correspondiente con el grado de desarrollo que el país tenía en esa época y se encontraban serias diferencias por regiones y grupos de población. Dentro de las tres primeras causas de muerte materna para 1994 se encontraban la toxemia con un 38%, el aborto con un 16% y la hemorragia con un 15%.

¿Qué ha pasado en los siguientes 10 años? La tasa de mortalidad materna es similar pero ha cambiado la distribución de sus causas, sigue siendo la primera causa la toxemia pero las muertes por aborto (que no han disminuido 17%) pasaron de ser la segunda causa al tercer lugar. ¿Qué ocupa entonces el segundo lugar? Sorprendentemente las complicaciones del parto.

No es de esperar que en un país donde se ha aumentado el número de controles prenatales, la mayor parte de los partos son institucionales y casi el 90% son atendidos por personal idóneo, esto suceda.

¿Qué está pasando? La única respuesta que nos viene a la mente es otra pregunta: **¿La calidad de los servicios ha empeorado con la reforma del sector salud?**

Ojalá cada una de la personas que lean este artículo se motive para que entre todos(as) investiguemos la realidad de la calidad de los servicios que actualmente brindamos y esto nos sirva para abordar algunos de los problemas mencionados.

En nuestro país a fuerza de ver la historia repetirse terminamos aceptando como “normal” lo usual, no

podemos tolerar que las mujeres mueran como consecuencia de una gestación, seamos proactivos en la reducción de la mortalidad materna y en tratar de lograr el acceso a la salud sexual y reproductiva de la población. Aprovechemos cada contacto con cada mujer para dar asesoría integral.

¿Cómo lograr que los servicios donde atendemos las complicaciones del parto o aborto sean accesibles y aceptables para las mujeres? ¿Cómo hacer para que las administradoras permitan brindar atención integral a

las mujeres gestantes? ¿Por qué no brindar servicios integrales a la gestación y no fragmentados? ¿Cómo lograr que los servicios funcionen de manera que las mujeres sean tratadas con dignidad y reciban atención médica segura y de calidad?

Estos son algunos de los interrogantes que deben estar tanto en cada uno de los(las) integrantes del equipo de salud como en las agendas de los (las) hacedores(as) de política, administradores(as) y prestadores(as) de servicios.

Bibliografía

Ahmed T. *El Estado de la Población Mundial*. FNUPA. 2001:3-7.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia. Noviembre 2005.

Gómez P.I. *Implicaciones en Salud Sexual y Reproductiva de la reforma en el sector salud en Latinoamérica y el Caribe*. *Revista Seguridad Social al día*. 2003, 36(5):14.

Gómez P.I. *Impacto de la reforma del Sector salud en Salud Sexual y reproductiva en Colombia*. *Revista Controversias en Ginec Obstetricia*. 2000, 5(29): 28-30.

Gómez P.I. *Salvando la vida de las mujeres: aprovechando oportunidades perdidas*. Editorial en *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2001 52(2): 135-140.

Gómez P.I. Ruiz A. y cols. *Temas de Interés en Obstetricia y Ginecología. Capítulo Mortalidad Materna*. Editorial: PU. 1ª Ed. Bogotá, 1998.: 21-30.

Sandoval M, Gómez P.I. *Factores de Riesgo y Mortalidad Materna en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia. Estudio de Casos y Controles*. 1996-1997. *Revista Controversias en Ginec Obstetricia*. Bogotá, 1998, 2(11): 45-59.