

OBSERVACIONES DE POLICY

No. 2 • SEPTEMBER 2002

SOBRE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS

Establecimiento de prioridades en salud reproductiva: Lecciones aprendidas

- *El establecimiento de prioridades de salud reproductiva es un componente importante del proceso de reforma del sector de la salud ya que conduce a una utilización más eficiente de los recursos.*
- *El establecimiento de prioridades requiere buena información de fuentes clínicas, epidemiológicas, financieras y programáticas.*
- *La participación multisectorial de los interesados es un componente clave para determinar las prioridades de las medidas a tomar.*



Observaciones de POLICY sobre planificación y finanzas, una serie de informes sobre políticas, presenta los hallazgos y las implicaciones de la investigación respaldada por POLICY. Esta serie tiene como objeto subrayar la importancia del desarrollo de un marco favorable de políticas, que promueva un financiamiento apropiado y adecuado del programa PF/SR/SIDA.



Establecimiento de prioridades en salud reproductiva: Lecciones aprendidas

“En la práctica, la implementación de una estrategia con la finalidad de lograr [un cuidado de la salud reproductiva totalmente integral] requerirá que se establezcan prioridades, especialmente dadas las restricciones de recursos constantes y cada vez más significativas; no se puede hacer todo rápido y bien.”

Waddell, 1995

¿Por qué se deben establecer prioridades?

En el año 1990, las enfermedades relacionadas con la salud reproductiva representaron un cuarto del total de la carga de la enfermedad en mujeres en edad reproductiva en los países en vías de desarrollo, oscilando entre el 8 por ciento en China al 40 por ciento en África subsahariana (AbouZahr y Vaughan, 2000). En el Cuadro 1 encontrará una lista de los problemas de salud reproductiva que padecen las mujeres. La diseminación del VIH/SIDA en muchas áreas ha agudizado estos problemas (OMS, 1999). La pérdida de vidas es significativa; las consecuencias económicas son considerables; y la carga está compartida de manera desproporcionada entre los ricos y los pobres, y entre los residentes de zonas urbanas y zonas rurales.

Para hacer frente a esta realidad, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo 1994 (1994 International Conference on Population and Development, ICPD) que se llevó a cabo en el Cairo, demandó la creación de servicios integrales en el área de la salud reproductiva. En la actualidad, casi todos los países ponen al menos cierto énfasis en la implementación de políticas que permitan prevenir y tratar los problemas de salud reproductiva. UNICEF, el Banco Mundial, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID) son algunas de las numerosas instituciones prestatarias y de asistencia que se dedican especialmente a la salud reproductiva. Sin embargo, los recursos necesarios, tanto locales como internacionales, siguen siendo escasos. En ningún lugar del mundo en vías de desarrollo los programas de salud reproductiva llegan a todas las personas que se podrían beneficiar con ellos. En ningún lugar se ponen en práctica todo el conocimiento y toda la tecnología que la ciencia médica y la salud pública pueden ofrecer. En ningún lugar, ni siquiera en los países industrializados, es posible hacer todo ahora. Esto significa que los diseñadores de políticas y los directores de

programas deben establecer prioridades. Las preguntas que se deben tener en cuenta son:

- ¿Qué servicios de salud reproductiva se deben prestar en este momento?
- ¿Qué servicios de salud reproductiva se deben prestar más adelante?
- ¿A qué nivel de servicio?
- ¿Bajo qué circunstancias?
- ¿Qué servicios de salud reproductiva no son necesarios?

A veces en un Ministerio de Salud o en un consultorio local, nadie se formula estas cinco preguntas sobre las prioridades. Aun cuando nadie las formula, las preguntas tienen una respuesta. Al final del día, el mes y el año, se descubre que algunos tratamientos se prefirieron antes que otros, algunos servicios se demoraron y algunas poblaciones en riesgo no recibieron asesoramiento. De hecho, las cinco preguntas sobre las prioridades siempre obtienen una respuesta, pero no siempre es la correcta.

¿Qué sucede si nadie encara frontalmente estas preguntas sobre las prioridades, si nadie decide explícitamente y con la anticipación necesaria qué servicios se deben enfatizar? Entonces, ¿de dónde salen las respuestas? En el Cuadro 2 encontrará respuestas de diversos directores de programas. Las decisiones pueden estar influenciadas por las personas que realizan las donaciones, esquemas de asignaciones anteriores y demás consideraciones éticas, legales y políticas.

Es evidente que las decisiones sobre la asignación de recursos no siempre son sistemáticas y pueden llegar a no dar los resultados esperados por el dinero invertido. Afortunadamente, existe una mejor forma de tomar decisiones: establecer prioridades. El establecimiento de prioridades es una parte natural del proceso de lograr que las cosas se lleven a cabo. A menudo, las prioridades se establecen luego de la definición de objetivos

CUADRO 1. ¿Cuáles son los problemas comunes de la salud reproductiva que afectan a las mujeres?

- Morbilidad y mortalidad materna
- Embarazo no deseado
- Infecciones del tracto reproductivo e infecciones de transmisión sexual (ITS)
- VIH/SIDA
- Cánceres del tracto reproductivo
- Complicaciones por aborto
- Violencia sexual y según el sexo
- Infertilidad
- Cuidados pre y posmenopáusicos
- Salud reproductiva en adolescentes

generales, por ejemplo, después de definir el objetivo de elaborar una política para mejorar la salud reproductiva mediante la asignación de una cierta cantidad de recursos. Luego, a través del establecimiento de las prioridades se determina qué se hará en primer lugar con dichos recursos, qué se hará posteriormente y qué no se hará en ningún momento. Conociendo estas prioridades, los directores de programa pueden determinar las intervenciones específicas y los planes operativos.

Cómo establecer prioridades

El establecimiento de prioridades incluye un número de pasos, aportes y participantes. El uso de información precisa y relevante y la participación de las partes interesadas clave son requisitos previos para el establecimiento de prioridades (consulte el Cuadro 3 para ver ejemplos de las partes interesadas en la salud reproductiva). En la Figura 1 se puede observar el proceso de establecimiento de prioridades en un contexto de políticas y programas eficaces. En la práctica, el establecimiento de prioridades implica

Este número de *Observaciones de POLICY sobre planificación y finanzas* fue elaborado por William Butz y Suneeta Sharma, con la colaboración técnica de Kokila Agarwal, Harry Cross, Varuni Dayaratna, Karen Hardee, Jeff Sine y Carol Shepherd del Proyecto POLICY y de JoAnn Epp del Banco Mundial. Los autores quieren expresar su agradecimiento a Liz Schoenecker y Rose McCullough, la Agencia para el Desarrollo Internacional de EE.UU. (USAID), por su minuciosa revisión y sus comentarios constructivos y por su apoyo general durante la elaboración de estos informes. Sin embargo, los puntos de vista expuestos en este documento no necesariamente reflejan la perspectiva de la USAID.

El Proyecto POLICY está financiado por USAID bajo Contrato n.º HRN-00-00-00006-00 y es implementado por Futures Group International en colaboración con Research Triangle Institute (RTI) y Centre for Development and Population Activities (CEDPA).

CUADRO 2.
Reflexiones de los directores de programas:
¿Qué influencia a las prioridades?

- “Las entidades que realizan donaciones tienen una gran influencia sobre las actividades que se ponen en práctica. Si una actividad no está subvencionada por donantes, no se puede llevar a cabo.” (Zambia, Malawi, Mozambique)
- “Los gastos actuales están determinados por los esquemas anteriores de distribución de recursos.” (Tailandia)
- “Algunas actividades se consideran ‘necesarias’, sin conocimiento alguno sobre su eficacia.” (Honduras, El Salvador)
- “Otras consideraciones (políticas, legales y éticas) pueden anular a las consideraciones económicas en la determinación de los esquemas generales de distribución de recursos.” (Sudáfrica, Costa de Marfil)
- “Los presupuestos y las distribuciones reales son en cierto modo improvisados.” (Nicaragua, Guatemala)
- “No hay conexión entre la planificación gubernamental a nivel del distrito y el financiamiento central.” (Kenia)

Fuente: Bollinger y Stover, 2000

una revisión de las prioridades existentes con la finalidad de centrarse en intervenciones específicas que permitirán mejorar la salud reproductiva de la población. El proceso requiere de la información y los análisis que se describen a continuación:

- Se debe evaluar la carga de la enfermedad de cada problema de salud reproductiva a considerar. La importancia de un problema de salud reproductiva aumenta junto con la gravedad de la persona afectada, con la magnitud del problema en la población, con su relación con la morbilidad y la mortalidad de otras enfermedades y con su contribución a las dificultades de la sociedad y las violaciones de los derechos humanos.
- Se deben analizar todas las intervenciones u opciones de salud reproductiva que pueden abordar estos problemas.
- Se debe reunir información clínica, epidemiológica, financiera y de programas disponible acerca de las opciones para

evaluar el costo y la eficacia de cada opción. La información internacional y la información específica de cada contexto son relevantes. Con la información clínica y epidemiológica, se debe evaluar hasta qué punto cada opción puede solucionar el problema de salud reproductiva que aborda. Con la información financiera y

de programas, se deben evaluar los requisitos del programa y los costos de cada opción *adicionales* en función de las instalaciones, los equipos y el personal disponibles. Se debe prestar especial atención a las intervenciones, tales como el tratamiento para las infecciones de transmisión sexual, que benefician a otros además de las personas que reciben los servicios directamente. Ninguna persona debería pagar los beneficios de salud pública correspondientes a su tratamiento a la comunidad en general, de modo que el gobierno debe hacerse cargo de al menos parte de estos costos.

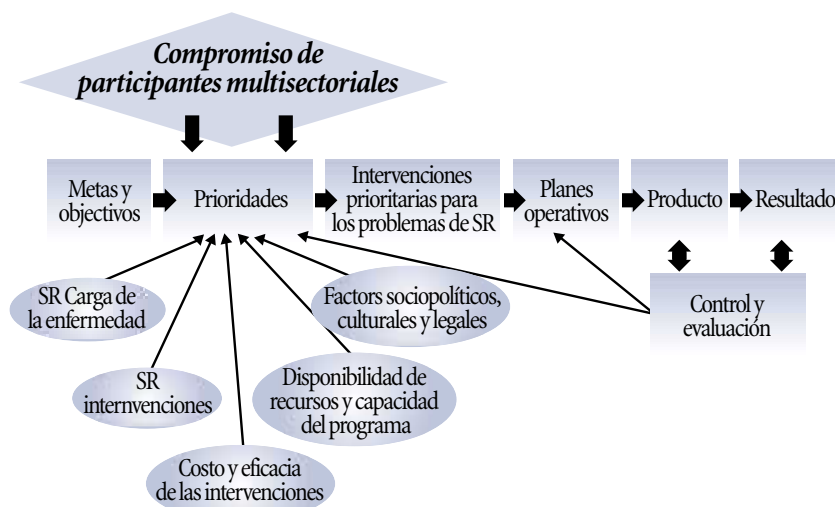
Además, se debe evaluar el impacto económico de las *nuevas* intervenciones. Se deben considerar las opciones que los prestadores del sector privado no pueden financiar dado que no les es posible cobrarles a los clientes lo correspondiente a estos servicios. Se debe evitar ofrecer servicios gratuitos o subsidiados a clientes que ya pagan servicios de ese tipo.

- Se debe utilizar la información financiera y de programas para evaluar la disponibilidad de recursos y la capacidad del programa para implementar y mantener la intervención de salud reproductiva. La capacidad del sistema es el punto de partida para todas las

CUADRO 3.
Participantes de la salud reproductiva

- Directores de programa
- Diseñadores de políticas de salud
- Asociaciones de profesionales
- Grupos de defensa y promoción
- Grupos comunitarios de hombres y mujeres
- Proveedores comerciales privados
- Grupos religiosos
- Donantes
- Hombres y mujeres representantes del público en general
- Organizaciones no gubernamentales

FIGURA 1.
Establecimiento de prioridades en una política eficaz y dentro de un contexto de programa¹



¹ Las prioridades se definen como los problemas de salud reproductiva más importantes para los cuales se evalúan intervenciones alternativas. Las partes interesadas asignan prioridades a las posibles intervenciones en función de los datos reunidos durante la evaluación. Los rendimientos son los indicadores que se obtienen a nivel del programa tras la implementación de las actividades planificadas utilizando los recursos para dicho programa. Un ejemplo de una medida de rendimiento puede ser el número de nacimientos asistidos por un trabajador de la salud capacitado. Resultados son los indicadores específicos que se intentan obtener mediante el programa. Un ejemplo de medida de resultado podría ser el porcentaje de disminución de mortalidad materna. Los resultados que se esperan obtener de un programa están relacionados con los objetivos establecidos.

incorporaciones, las modificaciones y la eliminación de servicios. Al comprender esta capacidad, se pone en práctica el ejercicio de establecimiento de prioridades y los planificadores de programas pueden determinar qué intervenciones son realizables, por ejemplo, aquellas que se pueden lograr con la capacidad existente y aquellas que requieren niveles viables de generación de capacidad frente a aquellas que requieren aumentos inalcanzables de recursos humanos y financieros.

- Se deben evaluar consideraciones socio-políticas, culturales, legales, según el sexo y sobre los derechos humanos, favorables o de advertencia, para cada opción.

Los ejercicios de establecimiento de prioridades deben mantener conformidad con el entorno político e institucional particular. Las prioridades se pueden establecer en cualquier nivel, desde el programa hasta la región, la nación y más. Asimismo, las prioridades se pueden establecer para una actividad en particular, tal como la salud reproductiva o el sector de la salud en su

totalidad. Por último, los gobiernos nacionales y las organizaciones de ayuda internacional pueden establecer prioridades en un amplio espectro de las áreas de la política. Los diseñadores de políticas y los directores de programas cuentan con prácticos modelos y técnicas que les pueden ser de ayuda a la hora de establecer prioridades, independientemente de cuán amplio o estrecho sea el ámbito de responsabilidad.

Para un planificador de programas, luego de haber llevado a cabo los procesos de establecimiento de prioridades recomendados, cada opción escogida debe:

- responder a un problema de salud reproductiva importante;
- tener un alto potencial para solucionar el problema;
- ser realizable dentro de la capacidad del sistema; imponer bajos requisitos y costos adicionales. Una excepción que se podría aplicar a esta regla es la necesidad de generar la capacidad para sobrellevar los problemas, los nuevos que pudieran surgir o los ya existentes, que se tornan cada vez más serios,

tales como el tratamiento de infecciones oportunistas asociadas al VIH/SIDA.

- complementar y no reemplazar lo que el sector comercial proporciona y aquello que los clientes ya pagan;
- tener consecuencias culturales y negativas relacionadas mínimas; y
- gozar del apoyo generalizado entre las partes interesadas.

El planificador sabe que no se escogerá una opción que responde al mismo problema pero se detectó que tiene características y efectos opuestos. Sin embargo, en la práctica, las elecciones entre las opciones más importantes no suelen ser tan claras. Por tal motivo, es posible que el planificador deba orientar a un grupo de partes interesadas en el establecimiento de prioridades para la salud reproductiva mediante procesos de toma de decisiones grupales.

Cómo funciona en la práctica el establecimiento de prioridades

Modelos y técnicas para el establecimiento de prioridades

Los modelos y las técnicas disponibles para el establecimiento de prioridades suelen comenzar con un debate grupal para identificar los problemas de salud reproductiva y las opciones disponibles para abordarlos. Luego, estos modelos llevan al grupo a través de un proceso sistemático de establecimiento de prioridades, incluyendo el análisis de la información actual. Todos los modelos y las técnicas, aunque de diferente manera, tienen como objetivo ordenar en forma lógica los pasos de la toma de decisiones de modo que no todos los problemas de salud reproductiva, y ciertamente no todas las opciones posibles, reciban la misma evaluación exhaustiva. En la Tabla 1 encontrará diferentes modelos y técnicas de establecimiento de prioridades.

Lecciones clave aprendidas de las aplicaciones del POLICY

Para establecer prioridades se necesita contar con buena información. Los participantes necesitarán datos e información de fuentes clínicas, epidemiológicas, financieras y de programas para decidir sobre las prioridades de la salud reproductiva. Utilizarán la información clínica y epidemiológica para evaluar hasta qué punto cada opción puede solucionar el problema de salud reproductiva que aborda. Se utilizará la información financiera y de programas para evaluar la capacidad del sistema de salud reproductiva con la finalidad de implementar y solventar las diferentes intervenciones, al igual que los requisitos adicionales del programa y los costos de cada opción. En el Cuadro 4 encontrará un caso de

CUADRO 4.

¿Qué información será de utilidad para el proceso de establecimiento de prioridades en Ucrania?

En el mes de marzo del año 2001, Ucrania aprobó el Programa Nacional de Salud Reproductiva (National Reproductive Health Program, NRHP), 2001-2005. Con la finalidad de crear planes que puedan ser implementados para el NRHP, los gobiernos locales tuvieron que establecer prioridades que aseguraran una asignación más eficaz de los recursos. Esto requería información sobre costos e impactos relacionados, viabilidad política y la carga de la enfermedad.



POLICY colaboró con la ciudad de Kamianets-Podilsky para determinar seis áreas prioritarias de la salud reproductiva adaptando el Marco de Columbia al contexto local y proporcionando la información que se detalla a continuación para ser tenida en cuenta al establecer prioridades:

- *Costo de la prestación de intervenciones de salud reproductiva:* Cálculo del costo de las intervenciones de salud reproductiva que abordaban los seis problemas prioritarios de salud reproductiva de Kamianets-Podilsky.
- *Capacidad del sistema de salud:* Conducción de un estudio de la eficacia del uso de los recursos en las intervenciones objetivo.
- *Factores sociales y culturales:* Entrevista a los participantes sobre los factores sociales y culturales más importantes tales como las preferencias en cuestiones de anticoncepción y la atención de la infertilidad que tienen un efecto en la prestación de servicios de salud reproductiva.
- *Eficacia de las intervenciones:* Información internacional para evaluar la eficacia de las intervenciones de salud reproductiva.

La información se compiló en un cuadernillo de informes que luego POLICY utilizó como base para el ejercicio de establecimiento de prioridades. Utilizando las prioridades identificadas, POLICY ayudó al grupo multisectorial a desarrollar un plan de implementación de salud reproductiva.

TABLA 1.
Modelos y técnicas para el establecimiento de prioridades en la salud reproductiva

Columbia Framework	El Marco de Columbia (Columbia Framework) ayuda a los diseñadores de políticas y a los planificadores a determinar las prioridades del programa entre los diversos problemas de salud reproductiva y las posibles intervenciones. El marco sugiere una aplicación sistemática de seis factores para la selección de las intervenciones prioritarias de los principales problemas de salud reproductiva (McGinn y colaboradores, 1996). Los funcionarios de salud de Nepal y Ucrania aplicaron este modelo en colaboración con el Proyecto POLICY.
Modelo Paquete de Servicios Esenciales (ESP, por su sigla en inglés)	El modelo ESP es una herramienta informática que se utiliza para medir impactos, estimar costos y establecer prioridades. El Proyecto POLICY, en colaboración con el Research Triangle Institute y el Centre for Development and Population Activities, desarrolló este modelo. El Ministerio de Salud colaboró con el Proyecto POLICY en la aplicación del mismo a los programas de salud reproductiva en Bangladesh (POLICY Project, 2000)
Modelo GOALS para el VIH/SIDA	El modelo GOALS (Objetivos) apoya la planificación nacional estratégica mediante la vinculación de los objetivos del programa con los fondos. Puede utilizarse para mostrar de qué manera la distribución de fondos afectará la prevalencia y el alcance del VIH/SIDA. El Proyecto POLICY, en colaboración con Horizons, creó este modelo y trabajó con los Ministerios de Salud para aplicarlo al VIH/SIDA en Lesotho, Camboya, Kenia y Sudáfrica (Stover y colaboradores, 2001).
Modelo Musgrove	El Modelo Musgrove sugiere nueve criterios para decidir el gasto público en el cuidado de la salud y especifica las relaciones jerárquicas entre éstos. La estructuración de la toma de decisiones de acuerdo con estas relaciones permite ahorrar tiempo y esfuerzos eliminando las opciones poco probables en una etapa inicial del proceso. Este modelo fue diseñado por el World Bank Institute (Instituto del Banco Mundial) y coherente incluyó la capacitación que se dicta en el mismo (Musgrove, 1999).
Técnica de Grupo Nominal	La Técnica de Grupo Nominal es una técnica altamente estructurada que parte de un ejercicio libre de generación de opciones, basado en las contribuciones individuales de los participantes y alcanza una fase de establecimiento de prioridades en la que cada opción se asigna a una de las cuatro categorías de prioridades. Esta técnica se desarrolló en los años 60 y se utilizó ampliamente en el área de Gestión de Calidad Total para la toma de decisiones organizacionales y en el campo de la atención de la salud para el establecimiento de prioridades (Jones y Hunter, 1999).
Análisis de las partes interesadas	El Análisis de las partes interesadas (Stakeholder Análisis) es una técnica sistemática con pasos y aplicaciones claramente definidos para asignar el poder, el interés y la influencia de los participantes en torno de un tema particular sobre políticas. Basado en las ciencias políticas y de las normas, esta técnica encontró su aplicación en la planificación y las políticas de salud (Brugha y Varvasovsky, 2000).

estudio práctico que describe cómo el Proyecto POLICY ayuda a las partes interesadas en el uso de la información actualizada para el establecimiento de prioridades en Ucrania.

Al reunir información relevante para el establecimiento de prioridades, se puede incluir información internacional y específica de cada contexto. La información de índole internacional puede ser útil, por ejemplo, para caracterizar los aspectos de un procedimiento en un consultorio llevado a cabo según los protocolos ampliamente aceptados. La información específica de cada contexto puede ser necesaria para describir la capacidad de un sistema de salud y las cuestiones legales de un país, una región o una localidad en particular. Fundamentalmente en los casos en los que las diferencias de costo o eficacia entre una intervención y otra tienden a ser mucho más marcadas que la variación en el costo o la eficacia entre un entorno a otro, los datos internacionales de otros países son suficientes. La información puede provenir de la *Guide to Effective Evidence-based Reproductive Health and STI/HIV/AIDS Interventions (Guía para intervenciones de ITS/VIH/SIDA y salud reproductiva*

eficaces y basadas en evidencia) del Proyecto POLICY, estudios científicos, protocolos de procedimientos y bases de datos regionales e internacionales (Gay y colaboradores, 2002). La información sobre algunos temas (por ejemplo, asuntos culturales, legales y sobre derechos humanos) no constará de datos numéricos, pero no por eso será menos importante.

En muchos casos, no se dispone de la información sobre la salud reproductiva que los diseñadores de políticas desearían tener, posiblemente no sea suficientemente actual o de la calidad necesaria. No obstante, los diseñadores de políticas y los planificadores de programas deben establecer prioridades y actuar en función de los mejores datos disponibles. Con lo que tienen a su alcance, los planificadores de sesiones deben sintetizar los datos relevantes y demás información en un cuadernillo de informes resumidos. Las partes interesadas deben recibir y revisar este material antes de comenzar con el ejercicio de establecimiento de prioridades.

Una participación y un consenso más amplios contribuyen a una implementación eficaz. El

compromiso de los participantes de diversos sectores es, por varios motivos, un componente clave para determinar las prioridades de las medidas a tomar. En principio, una amplia representación constituye un proceso transparente que ayuda a lograr el consenso y permite al gobierno aunar las sinergias de todos los sectores. Además, es importante entablar acuerdos cooperativos con otros organismos y ministerios, con beneficiarios y grupos comunitarios y con el sector comercial, a medida que el gobierno pone las prioridades en acción. Por ejemplo, la prioridad de promover adopciones o de aumentar el apoyo económico y social a las mujeres embarazadas puede ponerse en práctica de manera correcta si se cuenta con la cooperación de organizaciones religiosas. Los consumidores también establecen prioridades mediante las preferencias mostradas con respecto a los métodos de planificación familiar y salud reproductiva que escogen (o ignoran) y estas prioridades pueden servir de guía para el establecimiento de prioridades públicas. De ese modo, cuando el enfoque se centra en el impacto en la salud, una amplia cooperación es esencial dado que estos

indicadores de impacto responden a diversas influencias del entorno, no sólo a los factores de salud reproductiva.² En el Cuadro 5 encontrará un caso de estudio práctico que describe cómo POLICY trabaja con las partes interesadas de Lesotho para evaluar las diferentes opciones de asignación de recursos.

El proceso de establecimiento de prioridades debe ser flexible. El proceso de reforma del sector de la salud altera significativamente los modos en que se financian y se prestan los servicios de salud reproductiva y esto, a su vez, afecta significativamente el proceso de establecimiento de prioridades. En algunos países, los esfuerzos para lograr la reforma del sector de la salud y la salud reproductiva se complementan y son compatibles. En otros países, es posible que existan conflictos entre los objetivos de la reforma del sector de la salud y los objetivos de la salud reproductiva. En esos casos, es preferible describir ciertas prioridades de la salud reproductiva en términos de equidad, como por ejemplo, satisfacer las necesidades no satisfechas de anticonceptivos o la prestación de servicios de salud reproductiva para adolescentes o los sectores más pobres y no contemplados por los programas.

El establecimiento de prioridades de salud reproductiva es un componente importante del proceso de reforma del sector de la salud ya que conduce a un uso más eficiente de los recursos. Como parte de la reforma del sector de la salud, muchos países han seguido procesos de desarrollo de ESP, que especifican los servicios prioritarios, intervenciones eficaces en relación al costo y la función que cumplen los diferentes sectores en la prestación y el financiamiento de las intervenciones seleccionadas.

Un proceso de establecimiento de prioridades que se desarrolle a nivel subnacional suele responder mejor a las necesidades locales y facilita la participación de la comunidad. Una mayor participación de la comunidad da lugar a la representación de diversos grupos políticos, étnicos, religiosos y culturales en la toma de decisiones. Además, la descentralización de la toma de decisiones ejerce una poderosa influencia en el comportamiento de la unidad organizacional en cuestión, ya sea una provincia, una región, un distrito o un hospital o centro de salud. El trabajo del Proyecto POLICY en Bolivia, que se describe en el Cuadro 6, proporciona un ejemplo del complejo proceso que implica traspasar el control de la toma de decisiones

² Los indicadores de impacto identifican los cambios en los resultados de salud reproductiva en la población objetivo que se originan a raíz de las intervenciones del programa.

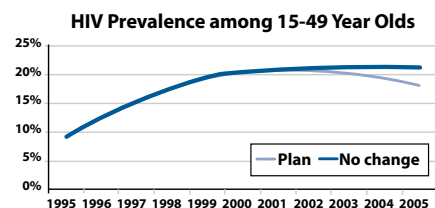
CUADRO 5. ¿De qué manera influyó la amplia participación en la distribución de recursos en Lesotho?

El Plan Estratégico Nacional para el SIDA [National AIDS Strategic Plan] de Lesotho (2000/2001-2003/2004) establece los objetivos en las áreas de prevalencia, incidencia, inicio de la actividad sexual, uso de condones, parejas con las que se mantienen relaciones sexuales, asesoramiento y sensibilidad según el sexo, junto con las acciones de los programas para alcanzarlos. El Modelo GOALS, un modelo de asignación de recursos diseñado especialmente para el caso de Lesotho, se utilizó para clasificar los medios más eficaces en relación al costo con la finalidad de lograr la mejor combinación de resultados en estas siete áreas de objetivos.

La autoridad a cargo de la coordinación del programa del SIDA de Lesotho condujo al equipo de análisis multisectorial, que estaba conformado por personal del Ministerio de Desarrollo y Planificación, el grupo Positive Action, la Alianza contra el SIDA de Lesotho y la UNAIDS. El Proyecto POLICY proporciona apoyo técnico y equipos de personal capacitado en el uso del modelo y la adaptación del plan estratégico de Lesotho.

El grupo multisectorial de Lesotho utilizó este modelo para crear situaciones de presupuestos alternativos y examinar la posibilidad de alcanzar las metas establecidas a un costo mínimo. Los analistas prestaron su apoyo a los planificadores del gobierno en la preparación de un resumen y un inventario detallado de las necesidades de fondos y los objetivos para presentar ante las posibles entidades donantes. La naturaleza participativa del enfoque multisectorial permitió que los responsables de tomar decisiones consideraran más estrictamente las recomendaciones sobre la distribución de recursos formuladas por el equipo de análisis.

GOALS Model For Estimating the Effects of Resource Allocation Decisions on the Achievement of the Goals of the HIV/AIDS Strategic Plan



CUADRO 6. Un método de participación basado en las necesidades a nivel municipal en Bolivia: ¿Qué implica un proceso de establecimiento de prioridades descentralizado?

La experiencia del POLICY Project con la planificación municipal en Bolivia es un ejemplo del establecimiento de prioridades y la planificación estratégica a nivel descentralizado. A mediados de la década de 1990, el gobierno de Bolivia aprobó dos leyes sin precedentes que sentaron las bases del traspaso de la toma de decisiones y el control financiero a los gobiernos locales y le concedieron a los ciudadanos el derecho a participar en el gobierno local.

Con la ayuda del Proyecto POLICY, 11 municipalidades se dispusieron a traducir las leyes en acciones. POLICY condujo talleres de planificación participativos que se extendieron durante tres días, a los que asistieron más de 450 mujeres y hombres representando a organizaciones sociales civiles, grupos indígenas, grupos de mujeres, grupos de jóvenes y los gobiernos locales. Los talleres comenzaron con un debate sobre las leyes. Los participantes utilizaron los datos sobre la salud, la educación y la situación económica de la municipalidad para identificar los problemas y sus causas; identificar estrategias para abordar tales problemas; y establecer prioridades entre las estrategias en función de la viabilidad financiera, política y cultural.

Muchos de los participantes de los talleres participaron posteriormente en el proceso de planificación municipal y pusieron en práctica las técnicas de participación, basadas en la información, para el establecimiento de prioridades que habían utilizado en los talleres. Como resultado, las prioridades en los Planes de Desarrollo Municipal de estas municipalidades objetivo incluyeron, por primera vez, programas y subvención para la salud reproductiva y sexual, tema que se identificó como prioridad durante los talleres.



y la autonomía financiera desde un eje central a un nivel municipal del gobierno.

Aun con modelos de establecimiento de prioridades, datos adecuados y la participación inteligente de los participantes interesados, las prioridades, una vez establecidas, no son significativas y relevantes para siempre. A medida que se avanza en un área de la salud reproductiva o a medida que las enfermedades infecciosas se diseminan hacia otra área, la importancia relativa de las diferentes enfermedades cambiará. La investigación puede hacer disponibles nuevos medicamentos y procedimientos. Otros departamentos gubernamentales o el sector comercial pueden cambiar propias sus actividades de maneras que podrían afectar las intervenciones actuales. Pueden surgir nuevas leyes. Aun si nada más cambia, un nuevo grupo de interesados puede aportar valores sociales diferentes al proceso de establecimiento de prioridades.

Excepto en las situaciones que manifiestan cambios más vertiginosamente, como lo es la rápida diseminación del VIH/SIDA, es suficiente poner en práctica un nuevo ejercicio de establecimiento de prioridades cada cinco años. Si se efectúan cambios en las prioridades con mayor frecuencia, y se toman con la seriedad que merecen, es posible que el efecto en la política y la evolución del programa sea más bien negativo que positivo. Evaluaciones menos frecuentes permitirán que las prioridades cobren irrelevancia por sí solas.

El establecimiento de prioridades nunca es un proceso fácil: desafíos y complicaciones.

Al disponerse a realizar un ejercicio de establecimiento de prioridades significativo, se debe estar preparado para enfrentar un número de objeciones y desafíos. Por ejemplo, éstos pueden incluir conceptos como los que se indican a continuación:

- El establecimiento de prioridades consume el tiempo y la energía necesarios para llevar las acciones a cabo.
- Las entidades internacionales que realizan donaciones suelen tener prioridades propias que siempre prevalecen, de modo que no hay por qué perder el tiempo.
- No podemos cambiar las cosas y debemos aceptar lo que se ofrece debido a los escasos recursos y las restricciones burocráticas.

Estas objeciones y desafíos se deben superar para lograr el compromiso de las partes interesadas en el proceso

Aun si el proceso resulta exitoso, las prioridades que serán aceptadas por los profesionales de la salud que las deben implementar y el público que las padece a menudo pueden implicar decisiones dolorosas. Dolorosas porque los fondos y el personal

CUADRO 7. Identificación de las prioridades de la salud reproductiva en Nepal: ¿Por qué es importante seguir adelante?

En el año 1996, Nepal creó una Estrategia Nacional de Salud Reproductiva (National Reproductive Health Strategy, NPRS), que reflejó los amplios objetivos del *Programa de acción* de la ICPD. Sin embargo, recién después del año 1988 la División de Salud Familiar (FHD, por su sigla en inglés) del Departamento de Servicios de Salud (DoHS, por su sigla en inglés) de Nepal inició un proceso de establecimiento de prioridades para la prestación de servicios de salud reproductiva para el sector público.

La FHD seleccionó el marco de Columbia para estructurar el proceso de recopilación de datos y el establecimiento de prioridades. Una organización de investigación local reunió información sobre los seis problemas de salud reproductiva y cada una de las 23 intervenciones identificadas. Dicha información se compiló como un cuadernillo de informes.

Con la ayuda del Proyecto POLICY, aproximadamente 50 representantes del Ministerio de Salud, otros ministerios, entidades donantes, organizaciones no gubernamentales y el sector comercial privado se reunieron durante dos días para determinar las prioridades de salud reproductiva. El debate se centró en los NRHS, el cuadernillo de informes y la experiencia individual aportada por los participantes.

El taller culminó con la declaración final de las prioridades consolidadas en una Matriz de Tendencias. Sin embargo, las prioridades identificadas no eran en su totalidad congruentes con las prioridades de los principales donantes. Dado que las prioridades de los donantes no se consideraron tan estrictamente como quizá hubiera sido necesario, no se consiguieron los fondos para realizar las actividades de seguimiento requeridas en algunas áreas de prioridad. Esto originó una evolución lenta en dichas áreas. Aun con esta restricción, el ejercicio de establecimiento de prioridades generó resultados significativamente positivos. Se identificó un grupo central de partes interesadas para desarrollar un plan de acción destinado a implementar estas prioridades. El DoHS también aceptó fortalecer la planificación de intervenciones de salud reproductiva destinadas al segundo grupo de prioridades a través de una investigación adicional y el refuerzo técnico. El DoHS llevó a cabo una encuesta nacional sobre la salud de los adolescentes para poder diseñar mejores programas de salud para este grupo. Por último, el taller permitió a un gran número de participantes contribuir con las prioridades del gobierno para los servicios de salud reproductiva. El taller nacional representó un paso fundamental en el proceso a largo plazo de determinación de prioridades nacionales para los servicios de salud reproductiva y sexual en Nepal.



capacitado para los programas de alta prioridad suelen obtenerse gracias a la desestimación de otro programa de salud reproductiva o de otra área dentro o fuera del sector de la salud. Por ejemplo, en Nepal, aunque el taller de establecimiento de prioridades generó un notable interés de parte de los participantes, el mecanismo de seguimiento de las prioridades no recibió la adecuada atención (consultar el Cuadro 7).

El caso en ámbitos de países en vías de desarrollo para el establecimiento de prioridades categóricas en salud reproductiva es contundente. El proceso funciona, tal como se muestra en el ejemplo de Jamaica descrito en el Cuadro 8. Si bien los modelos y los datos disponibles presentan limitaciones, están contrarrestadas por las ventajas de las presunciones claras, las deliberaciones abiertas y el compromiso constante de los participantes. Además, existe la posibilidad de que el proceso

de establecimiento de prioridades o sus resultados atraigan recursos totalmente nuevos, del sector público o privado, interno o internacional. De hecho, las únicas partes que podrían oponerse al establecimiento participativo de prioridades son los grupos con intereses específicos que se hacen oír y los grupos que sólo se preocupan por lo propio, quienes acostumbran a salirse con la suya.

Un punto importante a tener en cuenta: Si, en verdad hay una entidad poderosa, ya sea una entidad donante internacional, un ministerio nacional o el director del programa local, cuyas prioridades no se puedan modificar, sin importar qué pudiera surgir de un proceso participativo, considere si debe seguir este camino. Pocos esfuerzos son tan desilusionantes como los que demandan tiempo y generan entusiasmo pero no logran marcar una diferencia. Aun en esta circunstancia o, quizá, especialmente en esta circunstancia, se debe

prestar atención a la creación y el mantenimiento del compromiso de los participantes. En verdad, las prioridades de los donantes y los gobiernos son parte de la información que debe ponerse a disposición de las partes interesadas en un ejercicio de establecimiento de prioridades. Idealmente, éstas sólo serán parte del contexto y no jugarán un papel preponderante.

Resumen

El establecimiento de prioridades para la salud reproductiva es posible en un ámbito de un país en vías de desarrollo. Es más, no sólo es posible sino que también particularmente valioso en procesos de cambios y cuando los recursos son escasos. El consecuente compromiso de los participantes puede ser en sí tan valioso que justifica el esfuerzo. Un plan operativa basado en datos es un valor adicional. En general, al desplazar los recursos asignados a intervenciones ineficaces en relación al costo a intervenciones eficaces, los beneficios posibles para la salud reproductiva pueden ser inmensos. Más allá de esto, una actividad de establecimiento de prioridades exitosa puede persuadir a los diseñadores de políticas para que aumenten los recursos disponibles totales. Por ejemplo, un diálogo más amplio sobre las políticas y la participación de los sectores públicos y privados tanto en el financiamiento como en la prestación de los servicios prioritarios le permiten al sistema aumentar los recursos disponibles totales para los servicios prioritarios.

En la mayoría de los casos se recomienda seguir un proceso sistemático para establecer prioridades.³ Aun si el proceso no cuente con tantos datos como incluyen algunos de los ejemplos de los países proporcionados, contar con el compromiso de una amplia gama de participantes en el debate sobre las prioridades puede dar lugar a una utilización más eficaz de los recursos. Afortunadamente, las herramientas y la ayuda disponibles hacen posible que este establecimiento de prioridades de salud reproductiva esté al alcance de todos. ♦

³ Una posible excepción a esta regla es la presencia de una poderosa entidad cuyas prioridades no puedan influenciadas.

Para obtener más información, comuníquese con:

Director, POLICY Project
Futures Group International
1050 17th Street, NW, Suite 1000
Washington, DC 20036

Tel: (202) 775-9680

Fax: (202) 775-9694

E-mail: policyinfo@fghi.com

Internet: www.policyproject.com

CUADRO 8. Adaptación de las prioridades nacionales a nivel local en Jamaica: ¿Qué ocurre cuando funciona el proceso?

El proceso de planificación estratégica para la salud reproductiva en Jamaica ejemplifica la fuerza de un método de establecimiento de prioridades descentralizado. En respuesta a la ICPD del año 1994, el MOH de Jamaica preparó un Marco estratégico para la salud reproductiva dentro del programa de salud familiar (*Strategic Framework for Reproductive Health within the Family Health Programme*), 2000-2005, con la colaboración de grupos de participantes claves. El marco permite agrupar componentes de salud reproductiva en un plan integrado para guiar estrategias centrales, regionales y departamentales.

Con la ayuda del Proyecto POLICY, el marco se distribuyó entre 14 comunas de Jamaica a través de talleres en cada una de las cuatro regiones. Los talleres se diseñaron para asegurar que los planes de trabajo a nivel descentralizado sean coherentes con el marco, reflejen las prioridades locales y que se desarrollen de forma participativa.

Como resultado de los talleres de planificación estratégica, las autoridades del área de salud regional zona sur y zona oeste prepararon planes de programa con las comunas que integran los objetivos, las actividades y los indicadores del marco estratégico. Las otras regiones desarrollan planes similares. La integración de una política nacional en los planes locales debe conducir a una programación más coherente entre las comunas y un mejor nivel de salud reproductiva para los jamaíquinos.



Referencias seleccionadas

- AbouZahr, C. y J.P. Vaughan. 2000. "Assessing the Burden of Sexual and Reproductive Ill-health: Questions Regarding the Use of Disability-Adjusted Life Years." *Bulletin of the World Health Organization (Boletín de la Organización Mundial de la Salud)* 78(5): 655-666.
- Bollinger, L. y J. Stover. 2000. "How Do AIDS Control Program Managers Make Resource Allocation Decisions?" Washington, D.C.: Futures Group.
- Brugha, R. y Z. Varvasovszky. 2000. "Stakeholder Analysis: A Review." *Health Policy and Planning (Planificación y políticas en el área de la salud)* 15(3): 239-246.
- Gay, Jill, Karen Hardee y Kokila Agarwal. 2002. *What Works: A Policy and Program Guide to Effective Evidence-based Reproductive Health and STI/HIV/AIDS Interventions.* (Draft) Washington, DC: Futures Group, POLICY Project.
- Jones, J. y Duncan Hunter. 1999. "Using the Delphi and Nominal Group Technique in Health Services Research." En *Qualitative Research for Healthcare (Investigación cualitativa para el cuidado de la salud)*, editado por C. Pope y N. Mayes. Londres: BMJ Publishing Co.
- McGinn, T., D. Maine, J. McCarthy y A. Rosenfield. 1996. "Setting Priorities in International Reproductive Health Programs: A Practical Framework." Nueva York: Center for Population and Family Health (Centro para la Salud de la Población y la Familia), Columbia School of Public Health (Facultad Salud Pública de Columbia).
- Musgrove, P. 1999. "Public Spending on Health Care: How are Different Criteria Related?" *Health Policy (Política para la salud)* 47(3): 207-223.
- Organización Mundial de la Salud. 1999. *World Health Report.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- POLICY Project. 1998. "Setting Priorities for Reproductive Health Services in Nepal." Washington, D.C.: Futures Group, POLICY Project.
- POLICY Project. 2000. *The Bangladesh Essential Service Package (ESP) Model: Technical Notes.* Washington, D.C.: Futures Group, Research Triangle Institute y Centre for Development and Population Activities.
- POLICY Project. 2001. *The HIV/AIDS Crisis: How are Finance and Planning Ministries Responding?* Washington, D.C.: Futures Group, POLICY Project.
- Stover, J., L. Bollinger y K. Cooper-Arnold. 2001. *GOALS Model: For Estimating the Effects of Resource Allocation Decisions on the Achievement of the Goals of the HIV/AIDS Strategic Plan. Versión 2.0.* Washington, D.C.: Futures Group.
- Waddell, A. L. (Ed.). 1995. *Achieving Reproductive Health for All: The Role of WHO.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud (WHO/FHE/95.6).