

Comentario a la ponencia "Indicadores de salud reproductiva"

Carolina Martínez Salgado*

Propongo como primer principio que en una sociedad democrática los mejores investigadores, científicos sociales, analistas profesionales -cualquiera que sea el título que se les dé- deben generalmente preocuparse de manera imparcial por los valores e intereses de la sociedad en su conjunto. Deben analizar los problemas considerando el interés público y no los intereses de un segmento de la sociedad.¹

Retos del programa

La entrada al ámbito de la salud reproductiva plantea complejos desafíos a la mirada médica y a la política sectorial. El rico y variado universo de la reproducción humana se abre mucho más allá de los momentos patológicos, hacia los comportamientos más privados e íntimos de las personas. La alta especificidad del conocimiento médico es fundamental para el manejo de las enfermedades, pero al abrirse al mundo de la salud no siempre posee la única ni necesariamente la mejor de las respuestas.² Esta relativamente nueva delimitación que hoy conocemos como *salud reproductiva*³ se mueve demasiado cerca de la tenue frontera que separa al terreno de la intervención médica y sanitaria del recinto inviolable de la privacidad individual. (No traspasar esa frontera es algo que depende de una sensibilidad política y una actitud profesional que no necesariamente se logran convirtiéndose en teórico del enfoque de género o del discurso sobre derechos reproductivos.)

El diseño de esta política sectorial requiere una perspectiva *abierta y plural* para escuchar la diversidad de puntos de vista sobre estos delicados aspectos de la vida humana, y simultáneamente, una capacidad para identificar los puntos de *consenso* en torno a los cuales edificar y preservar sus líneas.

Necesita, además, del *conocimiento detallado y actualizado* de la situación que guardan nacional, regional y localmente los problemas de salud a los que habrá de responder con sus compromisos programáticos. (Si bien sería de esperar que esos compromisos estuvieran en el nivel que demanda

la solución de los problemas de salud por atender. En el caso del programa que nos ocupa, luego de un primer intento de diseño de miras relativamente amplias con la inspiración de las ambiciosas y sugerentes propuestas surgidas en El Cairo,⁴ el diseño culminó en una especie de reorganización de programas previamente existentes entre los cuales destaca el ya muy consolidado de planificación familiar.^{3,5,6}) Esta es, justamente, la función de los indicadores: contribuir al esclarecimiento de lo que ocurre antes, durante y después de las intervenciones de la política sectorial. Sobre la base de esta luz revisaremos los *indicadores de resultado en salud reproductiva* que nos ofrece la Secretaría de Salud.⁷

De los indicadores de resultado a los indicadores de impacto

Una de sus virtudes es que avanza de la mera referencia a *acciones realizadas* hacia los *resultados* que con ellas se persigue. Sin embargo, les queda aún por responder a la pregunta fundamental para la evaluación de la política sectorial: ¿cuál es su *impacto sobre el perfil de daños a la salud* (en su doble vertiente: la mortalidad y la morbilidad)? Para ello, quedan aún por dar los dos siguientes pasos:

Uno, *Reorganizar* los indicadores para otorgar a cada tipo de resultado su justo valor *en función de su relación con ese impacto*. Tal y como ahora se presentan, se refieren indistintamente a los acontecimientos que pertenecen a diferentes *momentos* de la compleja concatenación de sucesos que

* Profesora e investigadora del Departamento de Atención a la Salud, UAM-Xochimilco.

conducen a los daños a la salud: los hay que aluden a acciones dirigidas a *mejorar la calidad de la vida reproductiva* de las personas (como el uso de anticonceptivos o las propuestas anunciadas para favorecer la salud durante el climaterio); a las intervenciones *preventivas* (como la atención prenatal o la detección temprana de cáncer cérvico uterino y mamario); a la *atención de problemas patológicos* (como las cesáreas, el manejo de los diversos trastornos que pueden conducir a una defunción materna, o el tratamiento de las neoplasias), e incluso aspectos que van *más allá de los problemas de salud* mismos, como el impacto en los niveles de fecundidad (que, si bien influyen en el monto total de la población por la cual vela el Sistema Nacional de Salud, no son, en sí mismos, un problema de salud).

Y dos, *Desagregar* los indicadores hasta un nivel en el que permitan una *visión* precisa del *impacto* logrado por cada componente del programa para los distintos segmentos de la población. Pese a algunas diferenciaciones de indudable importancia, como las que se refieren a las variaciones por entidad federativa, ámbito rural o urbano, y niveles de escolaridad (que, por cierto, convendría efectuar en forma sistemática para todos los indicadores relevantes para evaluar los impactos de cada componente, no sólo el uso de anticonceptivos), los indicadores presentados resultan demasiado gruesos para distinguir cómo se está respondiendo a las *heterogéneas* y muy *específicas* necesidades de cada grupo, y cuál está siendo el *impacto* sobre ellas.

El aparentemente ineludible concepto de *meta*, por útil que resulte desde el punto de vista administrativo, se presta poco a ejercicios de evaluación del *impacto sobre el perfil de daños*. Las metas pueden ser establecidas en cualquier término (acciones administrativas, preventivas o curativas, coberturas, servicios prestados, etc.); pero cuando se trata de evaluar el resultado de la política sectorial, no son ellas *en sí mismas* lo que importa, sino sólo en tanto que tengan algún *impacto* sobre el curso del perfil, más allá del que éste hubiera tomado en ausencia de esas intervenciones.

Las probabilidades de impacto de la política de salud serán mayores si se dispone de diagnósticos *locales* precisos y si existe, además, la flexibilidad operativa para ajustarla a las particularidades y

fluctuaciones de las necesidades específicas en ese nivel. Por el contrario, operadores constreñidos a cumplir “metas ciegas” tenderán a forzar las intervenciones para cumplirlas cuanto antes, no necesariamente en correspondencia con la demanda ni con las necesidades, y una vez alcanzadas, los “pendientes” pueden volverse invisibles a causa del agotamiento de los recursos, del interés y la atención de los administradores. (Para frustración de los operadores, quienes se encontrarán desprovistos para responder a estos pendientes, con la consecuente pérdida de credibilidad y confianza de la población a su cuidado.) Pero veamos ahora más de cerca los indicadores bajo examen.

Componente 1. Planificación Familiar: madurez y “punto de saturación”

La prevalencia de uso de anticonceptivos ha dejado de crecer con la velocidad que lo hizo en las dos décadas previas. Esto ha dado lugar a discusiones sobre el posible “estancamiento” de un programa que algunos desearían ver avanzar a la misma velocidad que en sus mejores momentos.^{8,9} Sin embargo, ésta podría ser una vana expectativa para un programa que podría haber alcanzado ya su *madurez*. (Como es sabido, su trayectoria se remonta mucho más atrás del actual Programa de Salud Reproductiva³.)

Su inicio coincidió con una demanda ya existente en ciertos grupos de la sociedad mexicana. (El descenso de la fecundidad en México empezó poco antes de la instauración oficial del programa en los años setenta,¹⁰ y la tendencia parece haberse potenciado gracias a la amplia disponibilidad de la moderna tecnología anticonceptiva y las diversas acciones del programa.) En el transcurso de su operación incorporó a un número creciente de usuarias. (Aunque no siempre en forma tan respetuosa de la libre decisión de las personas como hubiera sido deseable, pero con los muy notables efectos que muestran los indicadores analizados sobre los niveles de natalidad y de fecundidad, hoy tan festejados.¹¹) En su etapa más reciente, según los indicadores hoy comentados, parece haber logrado una reducción de las heterogeneidades entre grupos -rural-urbanos y según niveles de escolaridad-. De manera que bien podría encon-

trarse ya próximo a cubrir a la mayor parte de la demanda, esto es, alcanzar su “punto de saturación”. De ser así, lejos de descuidar su operación habitual, lo que se requeriría es el diseño de una nueva fase que, mediante una adecuada combinación de *políticas rutinarias* y *políticas imaginativas*,¹² procurara ajustarlo mejor a las nuevas circunstancias y le permitiera:

- a) Mantener lo *ya ganado* y enriquecerlo con la incorporación de nuevas opciones al abanico de la ya existente para ofrecer cada vez mayor satisfacción a los usuarios (por ejemplo, métodos con menos efectos colaterales a corto y a largo plazo, más ajustados a las necesidades individuales, familiares y culturales de las parejas usuarias; desarrollo de métodos reversibles para la población masculina, etcétera).
- b) Buscar alternativas de respuesta a lo *aún no logrado*, para lo cual habría que disponer de indicadores mucho más precisos que permitieran identificar los puntos exactos de demanda insatisfecha (que bien podrían ser justamente los más difíciles. Si la demanda insatisfecha coincidiera con la prevalencia más baja de uso de anticonceptivos -lo cual *no necesariamente* tiene que ser así-, se trataría del sureste del país, las zonas rurales y las mujeres con menores niveles de escolaridad), y caracterizar a ese 11.3 % que asume para 1999 la Dirección General de Salud Reproductiva (dgsr) con base en las estimaciones del Consejo Nacional de Población. (Por más que el concepto mismo de “demanda insatisfecha” no deje de ser problemático, y haya que averiguar con más cuidado, procurando no sesgar las respuestas y atendiendo a la dimensión subjetiva, si es sólo cuestión de información lo que distancia del uso de anticonceptivos a las personas que dicen desear limitar o espaciar la fecundidad, así como afinar la comprensión del significado de la denominada insatisfacción para encontrar modalidades de atención más próximas a la concepción y expectativas de los usuarios.) Habría también que evaluar cómo el Programa de Ampliación de Cobertura está llegando a ella. Pero en todo caso, ya que el incremento en la prevalencia de uso de anticonceptivos propuesto como meta para el año 2000 no bastará para satisfacer esa

demanda aún pendiente, convendría que los intentos por incrementarla dejaran de tomarse como una “meta ciega” (es decir, establecida en función de aumentar la prevalencia global de uso de anticonceptivos, y no de abatir específicamente la demanda insatisfecha), y se procurara alcanzar a los grupos que demandan, respetando la decisión de los que rechazan.

- c) Atender los *nuevos problemas* y *necesidades* que siguen emergiendo, por ejemplo, los que plantean los grupos de adolescentes que inician tempranamente el ejercicio de la sexualidad en contextos muy diferentes a los tradicionales. (La contención y el apoyo comunitario y cultural que solía prevalecer en las regiones rurales se han visto dislocadas por diversos procesos, entre ellos los procesos migratorios y los drásticos cambios en el estilo de vida de estas localidades ocasionados por el deterioro de la actividad agrícola; en cuanto al entorno urbano, los actuales contextos de pobreza y pobreza extrema tampoco ofrecen las condiciones necesarias para un saludable despliegue de la sexualidad durante la adolescencia.^{2,13} En este caso, por cierto, sería prudente estudiar con más cuidado el conjunto de factores que están incidiendo en la disminución de la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 mostrada por la dgsr (nuevamente, con base en las estimaciones de conapo), para averiguar hasta dónde podría, efectivamente, atribuirse a las acciones del sector salud, y hasta dónde obedece a otros factores.

Por lo demás, el diseño de una nueva fase para este componente del programa podría ser la oportunidad para reivindicarlo en un aspecto tan importante como descuidado: el tinte coercitivo (que le ha ganado la desconfianza, no fácil de revertir, de ciertos grupos de usuarios, y que dificulta a la opinión pública discernir si hay o no alguna verdad en las reclamaciones que con cierta frecuencia se ventilan en la prensa), el cual no acaba de corregirse ni con el discurso del derecho a la libre decisión, ni con el enfoque de género, ni con el cuidado en el cumplimiento del requisito del así llamado consentimiento informado (evidentemente, es importante proporcionar al usuario toda la información relevante para su elección. Pero una firma o una huella

dactilar no garantiza que se haya respetado la dignidad del firmante ni su derecho a decidir), y que seguramente tampoco lo hará con la culpabilización de los operadores del sector salud.¹⁴ Sería altamente recomendable, en cambio, incorporar lo que Bennett denomina una *buena práctica* en la comunicación de los riesgos en salud pública.^{15,16}

Componentes 2 y 3. Salud Perinatal y Salud de la Mujer: hacia los equilibrios prevención/cura deseables

Sin ser enteramente nuevos en el panorama de las políticas sanitarias del país, estos dos componentes, como tales, son de mucho más reciente cuño que el de Planificación Familiar, y su periodo de operación podría no haber alcanzado aún el momento de dejar ver sus impactos. Quizá por eso la mortalidad materna parezca “resistirse” a los empeños sectoriales, todavía demasiado recientes. (E incluso probablemente aún no del todo bien encaminados.) Por esa misma razón, no habría que apresurarse a atribuir el descenso de la mortalidad por cáncer cérvico uterino a las apenas emprendidas acciones del Programa, cuyos efectos difícilmente se dan en tan corto plazo. El preocupante incremento en la mortalidad por cáncer de mama, en cambio, es una evidente señal de alarma que demanda un tratamiento acorde con la gravedad de un problema cuya magnitud apenas se anuncia. (Como ocurre, por lo demás, con varias de las neoplasias que van ganando terreno, año con año, en el perfil de la mortalidad del país.) Pero por el momento, lo más probable es que los indicadores de resultado que se ofrecen para estos dos componentes estén reflejando trayectorias que obedecen a antiguas inercias y a efectos combinados de factores intra y extrasectoriales.

Ahora bien, a diferencia de las intervenciones en Planificación Familiar, predominantemente orientadas a la población sana, los componentes de Salud Perinatal y Salud de la Mujer se mueven con mucho mayor amplitud entre los terrenos de la prevención y la cura. Que se llegue a evitar el desenlace mortal de los casos más graves de embarazo de alto riesgo dependerá de una adecuada cobertura de atención prenatal, una detección oportuna de esos casos, el acceso que éstos

tengan a la atención médica, una operación ágil de los sistemas de referencia y contrarreferencia y, condición *sine qua non*, que en cada uno de esos puntos haya calidad *clínica* de la atención. De la misma manera, el impacto en la mortalidad por cáncer cérvico uterino y mamario dependerá de que se garantice el acceso completo al ciclo *detección temprana-tratamiento oportuno* con calidad *clínica* y cobertura total.

Pero ¿cómo podría evaluarse el impacto de la intervención sectorial con la información tan puntual y fragmentaria que ofrecen estos indicadores de resultado?

En Salud Perinatal, las causas de la mortalidad materna registradas sugieren la presencia de fallas en cada uno de los puntos que van desde la detección del riesgo hasta la consumación del daño. Pero es difícil postular relaciones entre las acciones de este componente del programa y su impacto a partir del promedio de consultas prenatales por embarazada para un subconjunto impreciso de mujeres, sin ningún detalle sobre el mosaico completo de las variadas condiciones de riesgo en las que transcurre el embarazo en cada contexto. La proporción de nacimientos por cesárea se diría, a simple vista, elevada, aunque la elemental referencia a la participación de las instituciones del sector público no es suficiente para ubicar los nichos en los cuales cobran cuerpo los riesgos de sufrir una cesárea no indicada, o de no obtenerla cuando se requiere. En todo caso, se antojaría más sensato preocuparse por ajustar la práctica de esta cirugía a las necesidades clínicas de las mujeres, que por abatirla indiscriminadamente en pos de un *standard* internacional, pero entonces harían falta indicadores que permitieran distinguir a las mujeres que no tienen acceso a ella pese a que su patología obstétrica lo requiere, de las que la obtienen sin que exista indicación clínicamente fundamentada. Nos encontramos una vez más frente al obstáculo de la búsqueda de metas en sí mismas.

Los indicadores de Salud de la Mujer no hacen sino mostrar las tendencias de la mortalidad por las dos neoplasias ya mencionadas, sin más elementos para tratar de establecer el impacto que podría tener la intervención sectorial. (Habría que recordar que no toda disminución en la incidencia, prevalencia o mortalidad por un padecimiento puede

automáticamente atribuirse a las acciones del sector salud. Existen muchos otros factores en juego.) En cuanto a las acciones dirigidas al cuidado del climaterio, no se presentan más que algunas ideas.

Por último, en lo que atañe a la perspectiva de género, salvo por la afirmación de la dgsr, no hay indicio alguno que permita coincidir en que se trata de un cuarto componente del Programa.

Reflexión final

A juzgar por los Indicadores de Resultado del Programa de Salud Reproductiva aquí comentados, a esta línea de la política sectorial le queda un largo camino por recorrer. Para comenzar, habrá que admitir que el Paquete Básico de Servicios de Salud comprende acciones de alcance limitado, y que una ampliación de cobertura con esa única oferta resulta insuficiente para enfrentar las necesidades de salud de la población así cubierta.

Las medidas preventivas pueden disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades (en especial cuando se dirigen a las raíces mismas de las constelaciones de riesgo que las originan), pero nunca llegan a extinguirlas. Por eso, en ninguna circunstancia, sería deseable que en la cabeza del sector, la Secretaría de Salud, perdiera nivel una política maestra que permitiera garantizar una oferta de servicios médicos accesible y de calidad *clínica* para atender responsablemente las necesidades curativas de toda la población. (No sólo por lo inadmisibles que resultaría abandonar a su suerte a los grupos de menor poder adquisitivo en quienes se concentran buena parte de los riesgos, sino porque si se deja el frente curativo a las fuerzas libres del mercado, cualquier ciudadano se encontrará a merced de la mala práctica en la atención médica^{17,18}.)

Por supuesto, habrá que avanzar también hacia medidas preventivas más radicales, que seguramente requerirán acciones intersectoriales en cuyo diseño la Secretaría de Salud tiene una función insustituible: valerse de su conocimiento experto y de la autoridad que éste le confiere para encabezar las iniciativas, proporcionar las orientaciones pertinentes y procurar que la administración pública se comprometa cada vez más con el cuidado de la salud. (Así como el sector salud ha aceptado las

orientaciones, evaluaciones y lineamientos del CONAPO sobre su quehacer en Salud Reproductiva, podría también ofrecer lineamientos para el establecimiento de medidas preventivas más profundas y sólidas con la participación de otros sectores de la administración pública en beneficio de la salud.)

Para alcanzar, ahora sí, estas *metas*, quizá tuviera que comportarse en forma algo menos solícita y bastante más audaz. Pero su bandera, la defensa de la salud de la población, es del todo legítima como para permitirse.

El Programa de Salud Reproductiva, al igual que el resto de las políticas sectoriales, podrá estar seguro de no perder el rumbo en la construcción de sus indicadores si se mantiene orientado hacia el compromiso de evaluar su impacto frente al segmento del perfil de daños que la sociedad confía a su cuidado.

Referencias

1. **Lindblom Ch.** "La investigación social para la elaboración de políticas: quién la necesita y para qué", *Gestión y Política Pública* 1994; 2:254-255.
2. **Martínez C.** "Una visión integral de los problemas de investigación en salud reproductiva en México", *Perinatal Reprod Hum* 1996; 10:121-131.
3. **Martínez C, Leal G.** "De la planificación familiar a la salud reproductiva. Madurez y retos para la nueva formulación de un programa de la política pública de salud y seguridad social", *Reporte de investigación 81*, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, uam. México, 1999.
4. **Alcalá, M.** "Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción", *Family Care International*, Nueva York, 1995.
5. **Poder Ejecutivo Federal: Programa de reforma del sector salud; Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000**, Poder Ejecutivo Federal, México, 1995.
6. **Secretaría de Salud: Prioridades en prevención y control de enfermedades**, Subsecretaría de control y prevención de enfermedades, Secretaría de Salud, México, 1997.
7. **Pérez-Palacios G.** *Indicadores de salud reproductiva. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*. Presentación y análisis de indicadores de resultados, Academia Nacional de Medicina, México D. F., octubre de 1999.
8. **Martínez Manautou J.** "Algo anda mal en planificación familiar", *Carta de Población* 22. México, agosto de 1997.
9. **Tuirán R.** "Carta del R. Rodolfo Tuirán al Dr. Jorge Martínez Manautou", *Carta de Población* 24. México, noviembre de 1997.

10. **Zavala de Cosío M.E.** *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*, El Colegio de México y Fondo de Cultura Económica. México, 1992.
11. **CONAPO**, *La situación demográfica de México*. Consejo Nacional de Población, México, 1998.
12. **Martínez C, Leal G.** "Los retos de la salud. Tres apuntes en el fin de milenio", *Masiosare*, Suplemento Dominical de *La Jornada*. México, 28 de febrero de 1999, págs. 8-9.
13. **Ginsburg R. Rapp R.** "The Politics of Reproduction". *Annual Review of Anthropology*, Estados Unidos, 1991.
14. **Martínez C, Leal G.** "Demografía y epidemiología. Importancia estratégico-política de los indicadores", *Reporte de investigación 83*, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, uam. México, 1999.
15. **Bennett P.** *Communicating About Risks to Public Health: Pointers to Good Practice*, Department of Health, Reino Unido, 1999. Disponible en: URL: <http://www.doh.gov.uk/pointers.htm> [25 págs. Citado el 9 de abril de 1999].
16. **Martínez C, Leal G.** "Problemas metodológicos en la investigación médica y algunas de sus implicaciones éticas", *Perinatol Reprod Hum*, 1999, 13:10-23.
17. **Leal G, Martínez C.** "La reforma mexicana de la salud y de la seguridad social. Toma de decisiones, primeros impactos y retos de la agenda para la salud", *Estudios Demográficos y Urbanos*, en prensa.
18. **Leal G.** "Los pacientes 'hamburguesa'. El sistema de salud en Estados Unidos", *Masiosare*, Suplemento Dominical de *La Jornada*, México, 15 de marzo de 1998, pp. 10-11.