

Serie de estudios POLICY n° 7

**La reforma de las políticas operativas:
una herramienta para el perfeccionamiento
de los programas de salud reproductiva**

Harry Cross
Karen Hardee
Norine Jewell

Diciembre de 2001

Contenido

Agradecimientos	iv
Resumen analítico	v
Introducción: los efectos de las políticas operativas sobre la salud reproductiva	1
Las políticas que generan barreras operativas	6
Métodos para analizar y mejorar las políticas operativas	12
Conclusión	22
Referencias	23

Agradecimientos

La Serie de estudios POLICY pretende promover el diálogo sobre las políticas relativas a la planificación familiar, la salud reproductiva y las cuestiones relacionadas con el VIH y el SIDA, además de ofrecer análisis actualizados de los temas relevantes para la elaboración de políticas. Estos estudios se distribuyen en todo el mundo y están destinados a las personas a cargo de la elaboración de políticas, tanto en el sector público como en el privado, a los consultores técnicos, a los investigadores y a los representantes de las organizaciones dedicadas a la realización de donaciones. En la página web del proyecto, www.policyproject.com, se ofrece una lista actualizada de las publicaciones de POLICY. El acceso a estas publicaciones es gratuito.

Este artículo es el producto del trabajo conjunto de muchas personas. La colaboración de los siguientes miembros de la plantilla del Proyecto POLICY ha constituido un aporte particularmente valioso en la preparación de este artículo: Jeff Jordan, Koki Agarwal, Bill McGreevey, Nancy McGirr, John Ross, John Stover, Joe Deering, Gadde Narayana, Angeline Siparo, Sue Richeidei, Taly Valenzuela, Varuni Dayaratna, Suneeta Sharma, Imelda Feranil y Maureen Clyde. No hubiera sido posible publicar este estudio sin los trabajos de investigación que llevaron a cabo los miembros de la plantilla de POLICY en el extranjero, como Gadde Narayana, Issa Almasarweh y Andriy Huk, cuyos estudios nos abrieron el camino. Para concluir, deseo extender mi agradecimiento a Elizabeth Schoenecker, de la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), por sus muy útiles comentarios. Las opiniones expresadas en este artículo, sin embargo, no reflejan necesariamente las opiniones de la USAID.

Resumen analítico

Muchos países han realizado grandes avances en el perfeccionamiento de los programas de salud reproductiva que actualmente reflejan las normas del *Programme of Action* (Programa de acción) de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD, por sus siglas en inglés), realizada en 1994. Tanto los gobiernos como las organizaciones que realizan donaciones han tomado dos medidas para mejorar la salud reproductiva. En primer lugar, han promulgado políticas nacionales y leyes destinadas a ampliar y elevar la calidad de los servicios disponibles. En segundo lugar, han puesto en práctica una amplia gama de proyectos y realizado numerosas demostraciones para explicar los métodos de optimización de los servicios y capacitar a los clientes. Muchas veces, sin embargo, las políticas y leyes nacionales no se traducen en programas de alcance general, ni en mejores servicios de salud reproductiva, particularmente cuando se trata de la población de escasos recursos. Dado que estas normas son, necesariamente, amplias y de gran alcance, no suelen contemplar las estructuras y los sistemas que sirven de enlace entre las políticas nacionales y los programas locales. A menudo, los proyectos y las demostraciones no se pueden reproducir porque no tienen sustentabilidad financiera a largo plazo. Y, sobre todo, porque generalmente no están preparados para afrontar las limitaciones de las políticas que gobiernan las estructuras y los sistemas y que afectan la distribución de servicios. Este estudio se centra en el ámbito de las políticas operativas, es decir, en la relación entre las políticas nacionales y el punto de distribución de servicios.

Las políticas operativas son las normas, las leyes, los códigos, las pautas y las reglas administrativas que los gobiernos emplean para convertir a las leyes nacionales en programas y servicios. Aunque las políticas nacionales ofrecen el liderazgo y las directrices necesarias, las políticas operativas constituyen el medio para aplicarlas. En muchos casos, las deficiencias de los programas, como la falta de personal capacitado para la prestación servicios y de otros recursos, por ejemplo, son el resultado de políticas operativas inadecuadas, desacertadas y anticuadas. Las políticas operativas deficientes generan improductividad e ineficiencia, consecuencias que afectan el desempeño general del sector de la salud, las clínicas y los hospitales y perjudican al personal médico y a todos los clientes. Cuando se confeccionan o modifican correctamente, las políticas operativas pueden perfeccionar la calidad de los programas de salud reproductiva mediante un mejor uso de los recursos disponibles.

Este estudio analiza la naturaleza de las políticas operativas; destaca el importante papel que desempeñan en todos los niveles, desde los decretos nacionales hasta los servicios locales, y ofrece un marco para la elaboración de una reforma de dichas políticas. La reforma de las políticas operativas exige:

- la comprensión del funcionamiento del sector público, ámbito en el que se originan las políticas que rigen el sector de los servicios;
- el establecimiento de un sistema de colaboración entre gerentes y proveedores para identificar las barreras operativas que obstaculizan la creación de un sistema de salud reproductiva de alta calidad;
- el análisis de las políticas operativas para identificar las causas de estas barreras; y
- la adopción de recomendaciones y estrategias para eliminar las barreras producidas por las políticas operativas.

El proceso de análisis de las políticas operativas y de elaboración de estrategias de reforma es más eficaz cuando se trata de una labor conjunta que reúne los conocimientos y las perspectivas de aquellas personas que administran y prestan servicios de salud reproductiva, así como de los que formulan las políticas.

El presente estudio también ofrece ejemplos, basados en la experiencia, de los resultados de los análisis de las políticas operativas, que han permitido observar los graves efectos de las políticas obsoletas o de la ausencia de políticas sobre los servicios de salud reproductiva en diversos países, entre los que se incluyen Guatemala, Haití, India, Jordania, Filipinas, Rumania, y Ucrania. Los análisis constituyeron el punto de partida para la elaboración de proyectos de reforma que aportaron una valiosa ayuda a los gobiernos en todos los niveles. El análisis de las políticas operativas y el apoyo a las reformas de dichas políticas son herramientas altamente eficaces para mejorar la distribución de los servicios de salud reproductiva que los países en vías de desarrollo requieren con urgencia.

Introducción: los efectos de las políticas operativas sobre la salud reproductiva

El objetivo de este estudio es la obtención de un conocimiento más preciso de la serie de políticas del sector público que deben ser tratadas para mejorar los servicios de salud reproductiva. Independientemente de sus diversas definiciones, casi todas las publicaciones sobre los sistemas de salud tratan el tema de las políticas operativas y sus efectos son evidentes en todas las clínicas, puestos de salud y hospitales. Básicamente, las políticas operativas son las normas, las leyes, los códigos, las pautas, los planes, los presupuestos, los procedimientos y reglas administrativas que emplea un gobierno para convertir a las leyes nacionales en programas y servicios.¹ (Cross, 2000). Las políticas operativas rigen el “sistema operativo” de los programas del sector público. Si utilizamos la terminología aplicada a las computadoras, podríamos decir que las políticas operativas son el “lenguaje” que establece la relación entre las “entradas” y las “salidas” de los sistemas de salud. Si el “lenguaje” no se utiliza eficazmente, el sistema operativo no puede funcionar de manera adecuada. Y en este caso, los resultados son similares a los que se producen cuando una computadora simplemente deja de funcionar como debe.

Las políticas operativas también cumplen una función esencial en cuanto al rendimiento económico. Estas políticas determinan cómo deben utilizarse las “entradas” del sistema de servicios de salud (los recursos, como el personal, el equipamiento y el transporte), una vez que se hayan determinado las

prioridades del sistema. Las políticas operativas deficientes pueden limitar la producción de “salidas” de alta calidad y generar ineficiencia² e improductividad en los programas de servicios de salud.

La participación de los gobiernos aún es un factor esencial para los servicios de salud reproductiva

Si bien en los países en vías de desarrollo se ha incrementado la participación del sector privado en la distribución de servicios de salud, el sector público aún desempeña un papel esencial en la prestación de servicios de salud reproductiva. En muchos países la población de escasos recursos depende exclusivamente del gobierno para la planificación familiar. En aproximadamente el 70 por ciento de los países en los cuales se han realizado encuestas durante los últimos cinco años, el sector público presta el 50 por ciento de los servicios de planificación familiar (DHS, 2001). Asimismo, los grupos de más bajos recursos dependen en gran medida de los servicios públicos de salud en las áreas de maternidad y pediatría. Los gobiernos no sólo prestan muchos de los servicios que se consideran más eficaces para la prevención de la mortalidad y las enfermedades, sino que también promulgan y aplican las leyes, las normas y los códigos que afectan sustancialmente la prestación de estos mismos servicios por parte de los

¹ El equipo de trabajo del Proyecto de evaluación financiado por la USAID definió cuatro componentes de políticas operativas directamente relacionados con la aplicación de programas nacionales de planificación familiar: la estructura y el proceso de organización; el marco legal y regulatorio; el suministro de recursos y la determinación de costos (Bertrand, Magnani y Knowles, sin fecha). Esta definición no incluye las reglas que determinan el funcionamiento de los sistemas y constituyen el factor esencial que sostiene a los sistemas.

² La eficiencia microeconómica consiste en la posibilidad de lograr una mayor eficiencia mediante la aplicación de los modelos que rigen el empleo de recursos. La improductividad y la ineficiencia son dos características propias de todos los actuales sistemas de salud. Se habla de *ineficiencia distributiva* cuando se asignan recursos a las actividades incorrectas, mientras que la *ineficiencia técnica* hace referencia a la asignación de demasiados recursos para lograr una intervención o un resultado particular en el sistema de salud (OMS, 1999).

prestadores comerciales y otras organizaciones no gubernamentales (ONG).

Aunque el sector público aún constituye un factor esencial en la prestación de servicios de salud reproductiva, la mayoría de las medidas aplicadas para mejorar los programas de planificación familiar y de salud reproductiva (PF/SR) no está destinada a la elaboración de políticas nacionales del sector público, sino que, por el contrario, se centra en el sector privado o en el rendimiento de la distribución de servicios (Seidman y Horn, 1991; Ross y Frankenberg, 1993; Population Council, 1998a, 1998b; Shane y Chalky, 1998; Miller y colaboradores, MSH, 2000).

Las consecuencias de las políticas operativas incorrectas: ineficiencia e improductividad

Durante los últimos 50 años, se ha producido una asombrosa expansión de los sistemas de salud públicos, que ha sido acompañada por el crecimiento de burocracias inflexibles e ineficientes (OMS, 2000). Los ministerios de salud, que originalmente estaban a cargo de la financiación y administración de los hospitales públicos y los sistemas de atención primaria, se han convertido en grandes burocracias jerárquicas, que aplican complicadas reglas administrativas y cuentan con una plantilla permanente, protegida por las normas que rigen la administración pública (Bossert y colaboradores, 1998). Los problemas que enfrentan los ministerios de salud se ven agravados por la ineficaz administración de los sistemas gubernamentales, de los cuales depende el funcionamiento del ministerio, incluidas las normas que rigen la administración pública, las obras públicas y el servicio de transporte, entre otras. Por lo tanto, muchas veces, la calidad, el acceso y las condiciones de trabajo del sector de distribución de servicios están sujetos a políticas y procedimientos onerosos, complicados, ambiguos, obsoletos y difíciles de modificar. Muchas de estas políticas operativas crean condiciones que desaniman a los trabajadores de salud, quienes descuidan sus tareas, o ni siquiera se presentan a trabajar.

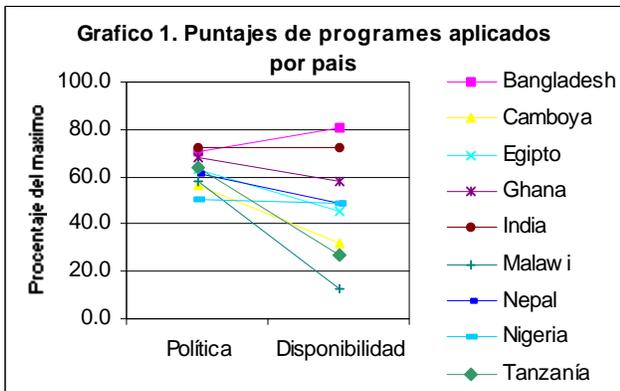
Las consecuencias de la aplicación de políticas operativas incorrectas han sido rigurosamente documentadas. En Kenia, Owino y Korir (1997)

calcularon un nivel promedio de ineficiencia del 30 por ciento en el sector público, como consecuencia de factores tales como la insuficiencia de profesionales, la ineficaz distribución de recursos, las deficientes condiciones o la ausencia de quirófanos y laboratorios, los problemas de transporte, la carencia o la ineficaz distribución de medicamentos y suministros médicos, las malas condiciones de los equipos y/o el mantenimiento deficiente de los aparatos y los equipos. En el distrito de Bungoma, en Kenia, las juntas de administración de la salud se encuentran a cargo de la supervisión de los sistemas de salud del distrito. No obstante, las juntas no tienen el presupuesto ni el transporte necesarios, ni tampoco la autoridad para controlar al personal médico (BDMI, 2000). Las enfermeras de Kenia deben viajar al hospital de distrito para recibir sus salarios mensuales; para algunas ese viaje demora un día entero de ida y otro de vuelta, lo que las obliga a perder un 10 por ciento de sus horas de trabajo (Sharif, 2001).

En Uganda, una prueba para determinar el empleo del presupuesto reveló que un alto porcentaje de los fondos asignados a servicios sociales básicos nunca llegó a las clínicas de salud o a las escuelas, en su mayoría rurales, para las cuales dichos fondos estaban destinados (Hablo y Reinikka, 1998). En Ghana, a principios de la década del 1990, se había informado que un 70 por ciento de los vehículos del Ministerio de Salud (MDS) se encontraban en talleres del gobierno para su reparación. La reorganización de las tareas de mantenimiento y reparación, así como la reasignación del presupuesto, produjo mejoras inmediatas, pero el de Ghana no es un caso aislado (OMS, 2000). Un estudio del sistema de información administrativa de Uttar Pradesh, India, reveló que se reúne información innecesaria en numerosos formularios. Al nivel de los subcentros, las parteras auxiliares debían completar 13 registros y cuatro formularios todos los meses (Proyecto POLICY, 1998a).

Se ignoran las políticas operativas

Durante los últimos 30 años, los gobiernos y las instituciones donantes se han centrado mayormente en la elaboración de políticas nacionales y programas de alcance general, así como en la prestación, el cumplimiento y la demanda de servicios a nivel



comunitario. Las medidas para mejorar las políticas nacionales han incluido la planificación de estrategias de seguimiento y, en algunos casos, la planificación de programas y presupuestos. Como lo demuestra el Gráfico 1, estas medidas no han abarcado el análisis ni la eliminación de las barreras que imponen las políticas operativas y que pueden impedir la implementación de un plan estratégico o de políticas nacionales. El puntaje asignado a los programas aplicados³ (Ross y Stover, 2000) demuestra que las políticas nacionales no necesariamente se convierten en acciones concretas a través de la aplicación de programas, como en el caso de la disponibilidad de métodos de planificación familiar—una herramienta importante para el acceso a los servicios y un indicador de la calidad de los programas. El Gráfico 1 también demuestra que en la categoría correspondiente a las “políticas” de la encuesta sobre los programas aplicados durante el año 1999, los nueve países recibieron un puntaje de entre 50 y 70 puntos, de un máximo de 100. Sin embargo, en la categoría correspondiente a la “disponibilidad de métodos” se obtuvieron puntajes que oscilan entre los 13 y los 80 puntos—una enorme diferencia con respecto a los parámetros de clasificación de la categoría correspondiente a las políticas. Esta diferencia demuestra que la mera presencia de leyes, políticas, juntas nacionales de ciudadanos y documentos de programas oficiales no garantiza el acceso y el uso de la planificación familiar.

Las políticas operativas incorrectas imponen graves barreras a la obtención de un acceso sustentable a los servicios de salud reproductiva de alta calidad. Hardee y colaboradores (1998) identificaron diversas dificultades para la implementación del *Programme of Action* de la ICPD de 1994 en los siguientes tres niveles, que se encuentran por debajo del nivel de las políticas nacionales: (1) el establecimiento de prioridades en cuanto a la intervención en asuntos relacionados con la salud reproductiva para brindar asesoramiento; (2) el comienzo de la expansión de un programa de planificación familiar/salud reproductiva (PF/SR), y (3) la movilización de recursos financieros o el uso más eficaz de los recursos disponibles (Hardee y colaboradores 1999; Ashford y Makinson, 1999; Forman y Ghosh, 2000; Tantchou y Wilson, 2000). Además de la necesidad de que se apliquen políticas nacionales que provean liderazgo y orientación en el ámbito nacional, los países en vías de desarrollo también deben tener la voluntad política y los medios para ponerlas en práctica. Necesitan dinero, otros recursos y políticas operativas para hacer posible dicha implementación.

Del mismo modo, las inversiones en la prestación de servicios se han centrado en el desarrollo de algunos recursos, como la capacitación del personal o la adquisición de productos. Muchas veces se realizan inversiones sin analizar antes el marco de políticas operativas para asegurarse de que el sistema de salud podrá obtener beneficios de la realización de dichas inversiones. El caso de Jordania es un ejemplo ilustrativo. Una importante entidad dedicada a la realización de donaciones adiestró a algunas parteras para colocar dispositivos intrauterinos (DIU), pero según la interpretación de la ley de salud pública que rige el ejercicio de la medicina, sólo los médicos están autorizados a colocar DIU (JNPC y Proyecto POLICY, 2000). En todo caso, no se debió haber puesto en marcha el programa de capacitación antes de que los responsables de la creación de políticas

³ El estudio sobre el Puntaje de los programas aplicados (Program Effort Score, PES) comenzó a aplicarse hace 30 años (Ross y Mauldin, 1996). La política operativa es uno de los factores que el PES contempla y que mide tres subdimensiones directamente relacionadas con el funcionamiento del programa nacional. Estas subdimensiones son: estructura y procesos de organización, marco legal y regulatorio y suministro de recursos.

**Cuadro 1. Políticas operativas:
la clave para aumentar los proyectos pilotos**

“Para afrontar la ruptura básica producida en el sistema de atención primaria como resultado de la descentralización, la USAID financió un proyecto piloto en Camerún con el propósito de introducir un nuevo enfoque para abordar la financiación y prestación de los servicios de salud. Gracias al suministro continuo de medicamentos, a un sistema de fondos rotativos y a las mejoras en la calidad de los servicios gratuitos de atención primaria, el proyecto culminó satisfactoriamente en 1994. Sin embargo, no fue perfeccionado posteriormente. Los nuevos aspectos de este proyecto piloto requerían la exención temporal de procedimientos normales. Estas exenciones no se tradujeron en las reformas políticas necesarias para la reproducción del proyecto.”

(Banco Mundial, 1998)

del gobierno garantizaran la eliminación de esta barrera.

Los gobiernos, y especialmente los donantes, han tratado de resolver los problemas de ejecución a través de la realización de proyectos de demostración y estudios operativos en zonas específicas, tales como los distritos. En estas intervenciones costosas, las demostraciones frecuentemente intentan superar las barreras operativas mediante la financiación, en lugar de modificar las políticas que las crearon, como se puede ver en el Cuadro 1. Por ejemplo, en lugar de revisar las políticas operativas que permiten que los vehículos se encuentren en permanente estado de deterioro, un proyecto de demostración incluyó la compra de vehículos nuevos. No es sorprendente que muchas de estas intervenciones tengan éxito durante el período en que se realiza la demostración o el estudio. No obstante, si la planificación de la demostración no supera las barreras generadas por las políticas operativas subyacentes, es muy probable que el sistema de salud retorne a su estado original en cuanto se retire la asistencia financiera.

En síntesis, hasta hace poco, los gobiernos y donantes aparentemente se han centrado en las

políticas de nivel superior y en la ejecución al nivel de los servicios. Implícitamente, dieron por sentado que la implementación se produciría de manera automática como resultado de la reforma de las políticas y que las intervenciones técnicas conducen a mejoras permanentes en todo el sistema, sin la necesidad de hacer ningún otro cambio. La mayoría de estas suposiciones fueron erróneas y demuestran la necesidad de que se obtenga un mayor conocimiento de las barreras creadas por las políticas operativas y de sus consecuencias en todas las etapas de la planificación de políticas y programas y en todos los niveles administrativos.

Obstaculización de las inversiones para la reforma del sector de la salud

Cada vez más expertos en la materia sostienen que el mantenimiento de las políticas y los procedimientos que generan métodos de trabajo ineficientes socavan la inversión de los escasos recursos que se necesitan para lograr la expansión de los servicios y cubrir la mayor demanda de atención médica. Los proyectos de reforma del sector de la salud suelen centrarse en el contexto macroeconómico, en cuestiones financieras y en la aplicación de incentivos o sanciones para motivar a los gerentes y al personal del sistema de atención de la salud (Cassels, 1995; Berman, 1995; OMS, 2000). No obstante, los expertos han determinado que se necesita un mayor conocimiento de las condiciones de los sistemas de salud en los que trabaja el personal (Berman, 1999; Shaw, 1999; OMS, 2000; Manning, Mukherjee y Gokcekus, 2000). Sin duda, las políticas operativas son esenciales para la comprensión de estas condiciones.

Es vital que los gobiernos se esfuercen para mejorar la eficiencia de las políticas operativas como un elemento integral de la reforma de los programas de salud. Se trata de un arduo desafío, no sólo por la complejidad de las políticas operativas y la inercia burocrática, sino también porque algunas políticas permiten el mantenimiento de una corrupción practicada en forma sistemática. Sin embargo, la labor principal del sector de la salud y los efectos de sus políticas en el sector privado hacen indispensable

que las propuestas de reforma se centren en los aspectos básicos de las reglas administrativas onerosas que entorpecen el funcionamiento de los sistemas de salud y la capacidad de los administradores y prestadores de servicios de salud para desempeñar sus tareas. Por lo tanto, los proyectos de reforma, especialmente aquellos que afectan la salud

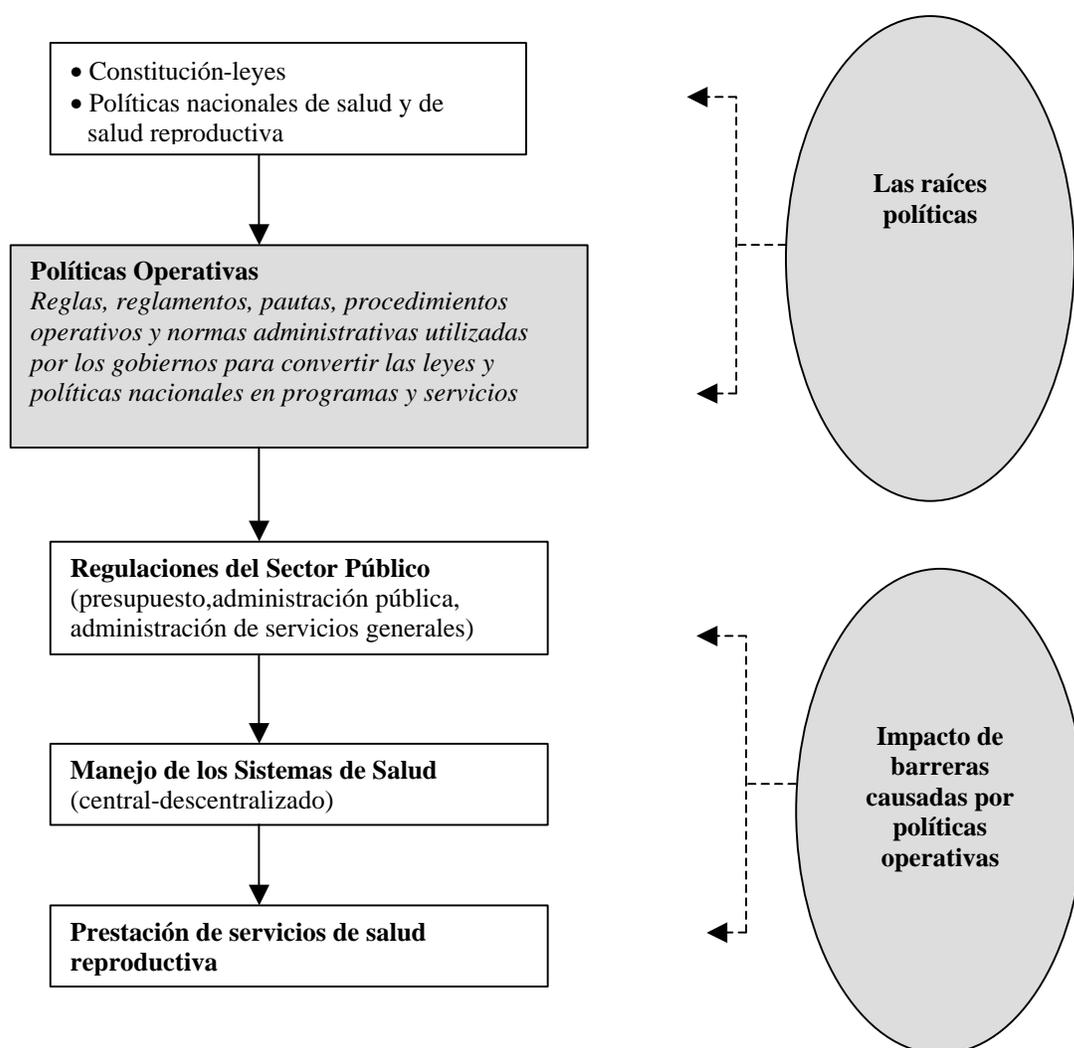
reproductiva, deberán abordar explícitamente las políticas que generan barreras operativas y encontrar métodos factibles para resolverlas. Sin ese tipo de abordaje y medidas, será difícil lograr la implementación de reformas en los programas de salud y será casi imposible mejorar los servicios de salud reproductiva en el sector público.

Las políticas que generan barreras operativas

Las políticas nacionales, como las políticas de salud reproductiva, proveen una visión amplia y un marco para las operaciones gubernamentales. Para que los resultados sean satisfactorios, las políticas nacionales se deberán traducir en programas que alcancen las metas enunciadas a nivel nacional. Dichas metas incluyen, por ejemplo, la reducción de

la mortalidad materna, la disminución de la incidencia del VIH/SIDA o un mayor acceso a la planificación familiar. La transformación de las políticas nacionales en programas locales requiere la planificación y la implementación de políticas operativas que, a su vez, ejerzan una influencia determinante sobre la administración y los servicios de salud (Gráfico 2).

Gráfico 2
Marco Conceptual para Políticas Operativas



Niveles de políticas operativas

El Cuadro 2 muestra una jerarquía y una serie de leyes, normas y políticas que afectan la prestación de servicios de salud reproductiva a nivel de la organización gubernamental. Las leyes, normas, códigos y políticas que afectan el funcionamiento de los sistemas de salud regulan desde los derechos de aduana y las asignaciones presupuestarias, las ofertas y compras de anticonceptivos en los niveles ministeriales, hasta el régimen horario del personal del sector de la salud en el nivel de la atención primaria y la calidad de los tratamientos que los clientes reciben en el nivel local.

Las políticas operativas se originan en todos los niveles del sistema gubernamental—desde la constitución y las leyes hasta el punto de prestación de servicios—y se encuentran dentro del ámbito de varios ministerios y agencias ejecutivas. La eliminación de las barreras ocasionadas por políticas operativas podría exigir el análisis de la labor de uno o más niveles de gobierno; de una o más leyes, normas o políticas; y de la eficacia de una o más agencias o ministerios.

Categorías de políticas operativas

Además de conocer los diferentes *niveles* en los que funcionan las políticas operativas, es útil *clasificar* dichas políticas de acuerdo al componente del sistema de prestación de servicios de salud que rigen. Una vez que se haya determinado que las barreras que obstaculizan la prestación de servicios se originan a nivel operativo, se pueden utilizar las categorías a manera de lista de control para determinar cuáles son las políticas que aparentemente crean estas barreras.

Por ejemplo, supongamos que los beneficiarios de la comunidad X no están recibiendo la atención debida por parte de los trabajadores del sector de la salud porque dichos empleados no han recorrido los pueblos con la frecuencia con que deberían hacerlo. Para comprender el origen del problema al nivel de las políticas operativas, es importante primero preguntar por qué dichos trabajadores no se han presentado y, según la respuesta, el siguiente paso

sería buscar el posible origen político en las categorías de personal, transporte, capacitación y abastecimiento. De esta manera será posible descubrir, invariablemente, que existe una o más políticas operativas que determinan la ausencia de estos trabajadores en la comunidad y afectan su desempeño.

El Gráfico 3 muestra las categorías de las políticas operativas que podrían encontrarse en un sistema de salud público. El Cuadro 3 muestra ejemplos de las barreras operativas para las diferentes categorías de políticas operativas del Gráfico 3.

Identificación de las políticas que generan barreras operativas

Los problemas de las políticas operativas se manifiestan de diferentes maneras. En algunos casos, se atribuyen indebidamente las causas de las barreras operativas a supuestas políticas operativas que no existen. Por ejemplo, es posible que los proveedores impongan requisitos de consentimiento conyugal o límites de edad para algunos métodos anticonceptivos basándose en la creencia errónea de que los reglamentos imponen esas condiciones.

Las políticas operativas pueden interferir con la prestación de servicios como resultado de una planificación desacertada de las políticas, como, por ejemplo, el caso de las leyes ambiguas. En Jordania, según la interpretación que el Ministerio de Salud y los médicos dan a una disposición de la ley de salud pública, se supone que solamente los médicos están autorizados a colocar dispositivos intrauterinos. Sin embargo, no existe ninguna prohibición explícita que impida que las enfermeras y parteras realicen esta tarea.

En otros casos, los responsables de la elaboración de políticas deben encargarse de confeccionar políticas operativas sobre determinadas cuestiones que nunca fueron reguladas. Durante la década de 1990, en la India no se establecieron objetivos específicos y ese país no desarrolló políticas operativas para orientar la implementación de los programas. La ausencia de políticas también puede observarse cuando se realizan modificaciones de gran

Cuadro 2. Niveles de las políticas que rigen los programas del sector público de la salud programas y ejemplos de políticas operativas

Constitución, leyes y políticas nacionales

- Leyes nacionales que afectan la salud reproductiva
- Políticas nacionales sobre la salud reproductiva
- Garantías de derechos humanos

Políticas operativas

Reglamentos del sector público

- Presupuesto (proceso de determinación de la financiación, el nivel, la distribución y la flexibilidad anual)
- Impuestos y derechos de aduana (impuestos sobre el consumo, las importaciones, impuestos al valor agregado (IVA), exenciones)
- Personal (reglas sobre la contratación, despidos y traslados)
- Edificios y terrenos (servicios públicos, construcción y mantenimiento de la infraestructura)
- Transporte y vehículos (recursos y reglas para la adquisición y el mantenimiento de vehículos, combustible)

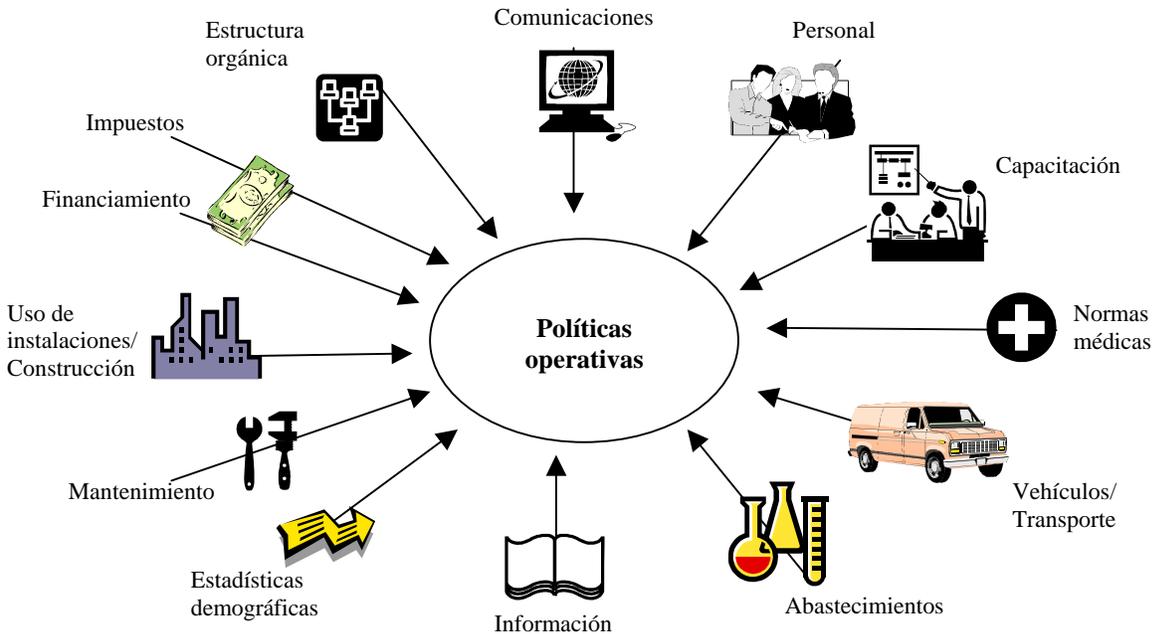
Administración de servicios de salud

- Política, planificación y evaluación (métodos y procedimientos)
- Organización (responsabilidades centrales y descentralizadas)
- Organización de servicios según las instalaciones (ubicación, distribución, jerarquía)
- Organización de servicios por comunidad (ubicación, distribución, jerarquía)
- Normas y certificaciones (personal, instalaciones)
- Tarifas de los servicios (niveles, exenciones)
- Adquisiciones, logística (procedimientos, normas)
- Sistemas de información administrativa, supervisión (normas, avisos, procedimientos)
- Sistemas de derivaciones (pautas, avisos)
- Derechos del cliente (normas, pautas)
- Reglamentación del sector privado

Distribución de servicios (incluyendo servicios de salud reproductiva)

- Estructura de la organización (jerarquía)
- Personal (de las clínicas y de centros comunitarios: descripción del puesto, régimen horario, reclutamiento, contratación, desarrollo profesional, capacitación, supervisión, evaluación de rendimiento)
- Materiales (equipo, materiales, suministros, adquisición y mantenimiento de productos farmacéuticos)
- Logística (transporte, almacenamiento, inventario, cadena de frío, pedidos)
- Mantenimiento de las instalaciones (avisos, normas, pautas)
- Administración de finanzas (normas sobre la retención de honorarios, manejo de fondos, presupuesto de las instalaciones y adquisiciones locales)
- Organización de las clínicas, flujo de pacientes (horas de trabajo, disponibilidad del personal médico)
- Archivos de las clínicas, administración de sistemas de informática, incluidas las estadísticas de los servicios (pautas, avisos sobre la recopilación y la difusión de información)
- Pautas sobre la distribución de servicios, protocolos, normas, parámetros (servicios médicos y de asesoramiento, servicios educativos, opciones y consentimiento informados)
- Sistema de control de calidad
- Comunicación con los clientes y seguimiento

Gráfico 3. Clasificación de políticas operativas



magnitud en el sistema de salud de un país como parte del proceso de reforma de dicho sector (Proyecto POLICY, 1998b; 2001b).

Muchos de los países que realizan un proceso de ampliación de los programas nacionales relacionados con el VIH/SIDA también presentan deficiencias en cuanto a la elaboración de las políticas operativas necesarias. Debido a su gran amplitud y al cumplimiento de los principios y acuerdos internacionales sobre el VIH/SIDA, la política nacional y el plan estratégico de las Filipinas con respecto al VIH/SIDA han servido de modelo para otros países asiáticos. Sin embargo, ese plan de políticas operativas nacionales en realidad crea condiciones antagónicas a la política nacional de Filipinas. Por ejemplo, mientras que el Código de Sanidad de 1975 exige la realización de controles periódicos a las trabajadoras sexuales, ese código también impone un límite de edad a los clientes de las clínicas de salud públicas que se encargan de la detección y el tratamiento de enfermedades sexuales y VIH/SIDA (Gobierno de Filipinas, 1975). Por lo tanto las trabajadoras sexuales

menores de 18 años (que forman parte de la mayoría de las trabajadoras sexuales en algunos lugares) tienen poco o ningún acceso a los servicios preventivos y de tratamiento (Proyecto POLICY, 2001a).

Camboya ha promulgado una política nacional y una disposición adicional que protege específicamente los derechos humanos de los ciudadanos que padecen VIH/SIDA. No obstante, el país no tiene ninguna política laboral que regule el tratamiento de los trabajadores que sufren esta enfermedad. Los empleadores, por lo tanto, pueden despedir impunemente a los empleados con VIH/SIDA. El de Filipinas es un caso similar, ya que la Secretaría de Trabajo de dicho país no ha elaborado ninguna política relativa al VIH/SIDA en el ámbito laboral.

Otras políticas operativas resultan obsoletas. En India, por ejemplo, las parteras siguen llenando formularios con información innecesaria. Una vez presentados, los registros nunca se retiran, por lo

Cuadro 3. Ejemplos de barreras operativas por categoría de políticas operativas	
Barreras	Categoría
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencias frecuentes y cambios de personal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personal, financiación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distribución urbano-rural desigual de médicos y enfermeros 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estructuras de organización, personal, financiación y distribución de recursos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Barreras médicas, tales como restricción del personal autorizado a distribuir anticonceptivos o administrar medicamentos y la necesidad del consentimiento del cónyuge para recibir servicios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pautas médicas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opciones limitadas de anticonceptivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pautas médicas, financiación, impuestos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agotamiento de anticonceptivos, medicinas y provisiones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abastecimiento, financiación, vehículos y transporte
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desperdicio de suministros 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abastecimiento, información, financiación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitación insuficiente antes y después de la contratación del empleado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitación, personal y estructuras de organización
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de transporte para casos obstétricos urgentes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vehículos, transporte y distribución de recursos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistemas de derivación deficientes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estructura de la organización, capacitación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informes oneroso sobre los sistemas de manejo de información (y desconocimiento acerca del empleo adecuado de la información de las estadísticas sobre los servicios) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excesiva demora para que se comuniquen las nuevas disposiciones del nivel central al nivel local 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estructuras de organización, comunicación

cual los trabajadores más esenciales del sector de la salud desperdician muchas horas de trabajo (Proyecto POLICY, 1998a).

Algunas políticas operativas son coherentes, pero su aplicación se retrasa debido a las demoras producidas entre el desarrollo de la política y su comunicación a los niveles pertinentes del sistema de salud. Por ejemplo, una evaluación realizada por el Banco Mundial a fines de la década de 1980 reveló que, en Filipinas, debía transcurrir un lapso de ocho meses para que una disposición sancionada por el Departamento de Salud fuera comunicada a las correspondientes entidades locales (Feranil, 2001). El proceso de comunicación de una política o disposición es en sí mismo una importante política operativa.

También es importante que se identifiquen aquellas barreras que no están directamente relacionadas con las políticas operativas. Algunas barreras, por ejemplo, se pueden eliminar a través de la capacitación o del empleo de determinadas herramientas para aumentar el conocimiento, incrementar las aptitudes y mejorar la práctica (por ejemplo, la actualización de la tecnología anticonceptiva o la capacitación sobre las normas y pautas vigentes para la mejora de las operaciones administrativas.). Otras barreras son producto de actitudes socioculturales o las consecuencias del manejo de recursos inadecuados (por ejemplo, la política de distribución de recursos puede ser apropiada, pero la escasa disponibilidad de fondos impide la adquisición del equipamiento y los insumos

requeridos o la realización del mantenimiento necesario). Se deben eliminar las barreras relacionadas con los recursos inadecuados a través del establecimiento de prioridades o la ampliación de recursos.

Muchas veces, las barreras operativas parecen ser excesivas e imposible de resolver; sin embargo, existen métodos de probada eficacia para identificar y modificar las políticas que generan barreras operativas. La siguiente sección explica estos métodos.

Métodos para analizar y mejorar las políticas operativas

Para afrontar las barreras operativas y descubrir su relación con las políticas operativas se deben seguir los pasos que se enumeran a continuación:

- conocimiento del funcionamiento del sector público;
- establecimiento de un sistema de colaboración para la identificación de barreras;
- realización de análisis para identificar las políticas que producen dichas barreras; y
- ejecución de las recomendaciones del análisis para eliminar las barreras originadas por políticas.

Las secciones que figuran a continuación describen más ampliamente cada uno de estos pasos.

Conocimiento del funcionamiento del sector público

Para poder evaluar las políticas operativas es necesario, primero, conocer a fondo el sector público. Nos interesa lo que Donabedian llamó la “estructura” de los servicios de salud,⁴ “las características relativamente estables de los prestadores de servicios, de las herramientas y recursos que tienen a su disposición, así como de los entornos físico y estructural en los que trabajan” (Donabedian, 1980: 81). El propósito de este primer paso es obtener una idea clara del marco regulatorio del sector público en el cual opera un sistema de atención de la salud, y de la relación que existe entre las políticas operativas del área de servicios de salud y las leyes y políticas nacionales, las normas del sector público, la administración de los sistemas de salud y la prestación de servicios de salud reproductiva (vea el Gráfico 2 y el Cuadro 2). Las barreras operativas se pueden identificar en estos cuatro niveles y en muchos casos se ven afectadas por políticas elaboradas en múltiples

niveles. Como se muestra en el Cuadro 4, existen diversas agencias involucradas en el proceso de desarrollo de políticas operativas.

La segunda etapa del conocimiento del sector público consiste en incluir las perspectivas de los gerentes y del personal con mayor experiencia en cuanto a los problemas operativos y sus efectos sobre el acceso y la calidad. Con frecuencia, los gerentes y el personal de un sistema de asistencia médica no conocen o no investigan las causas que subyacen los problemas operativos a los cuales se enfrentan y que están relacionadas con las políticas aplicadas; sin embargo, si se les hicieran las preguntas indicadas, permitirían comprender el funcionamiento del sector público.

El acceso, la calidad y la eficiencia no se ven afectadas de la misma manera por todas las barreras operativas y no todas las barreras requieren los mismos recursos para su eliminación. El Cuadro 5 presenta un ejemplo a manera de lista de control, cuyo objetivo es la determinación de prioridades para eliminar las barreras operativas. Esta lista puede utilizarse durante todo el proceso de identificación y análisis de las barreras operativas y de sus causas al nivel de las políticas. Se podrá completar la información en las listas de control a medida que se obtienen los datos necesarios durante el proceso. Se pueden utilizar el Gráfico y el Cuadro 3 para identificar el tipo, el alcance y los efectos de las barreras operativas (la barrera; las posibles consecuencias de la eliminación de la barrera en cuanto al acceso, la calidad y la eficiencia; y la complejidad de la barrera). Otro tipo de información que puede resultar útil para determinar qué barreras operativas se deben tratar incluye el posible apoyo u oposición para superar la

⁴ El marco clásico propuesto por Donabedian (1980) para evaluar la calidad de los servicios de salud sirvió como base para el marco de calidad de los servicios de planificación familiar de Bruce/Jain (Bruce, 1990). Donabedian incluyó tres componentes en su marco: la estructura del sistema, el proceso y el resultado de los servicios.

Cuadro 4. Niveles de políticas operativas y agencias responsables	
Política	Agencia o Ministerio
Normas del sector público	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impuestos, aranceles, patentes, permiso para fabricar, importar y vender fármacos ▪ Partidas presupuestarias, asignación de recursos ▪ Gestión financiera ▪ Normas para ejecutar leyes en las áreas de salud (incluyendo seguro), finanzas, derechos humanos ▪ Personal ▪ Instalaciones públicas y equipo (planificación, utilización, construcción, mantenimiento) ▪ Órdenes del Poder Ejecutivo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poderes legislativo y ejecutivo, ministerios de finanzas y de comercio ▪ Poder legislativo, ministerio de finanzas ▪ Tesoro, ministerio de finanzas ▪ Ministerios de salud, finanzas, administración, trabajo, administración de alimentos y drogas, agencias con supervisión judicial ▪ Autoridades de la administración pública ▪ Obras públicas ▪ Jefe de Estado
Gestión de los sistemas de salud	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Órdenes ejecutivas del sistema de salud pública y administración de políticas (manuales, circulares, disposiciones) ▪ Licenciamiento, certificación, profesiones medicas/farmacéuticas públicas, nivel de calidad de profesiones del sector médico y farmacéuticas ▪ Ingreso, plan de estudios, calidad de las instalaciones y facultades de medicina, enfermería, parteras auxiliares ▪ Normas sobre seguros ▪ Pautas/protocolos/normas que rigen la prestación de servicios ▪ Tipos de servicios prestados por diversos empleados del sector de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministerio de salud, secretaría general o principal, jefes de división o agencia (de servicios médicos, atención primaria, abastecimiento, farmacia, capacitación, IEC), directores médicos regionales o departamentales ▪ Juntas gubernamentales de certificación, asociaciones profesionales de médicos, enfermeros, farmacéuticos, parteras ▪ Miembros del cuerpo de profesores universitarios y terciarios, asociaciones profesionales ▪ Ministerio de salud, comisiones regulatorias ▪ Agencia o división que dicta las normas ▪ Asociaciones profesionales de médicos, enfermeros, parteras y farmacéuticos, ministerio de salud
Prestación de servicios (incluye salud reproductiva)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contratación de personal dentro de una jurisdicción, horarios, asignaciones, presupuesto, control de desempeño, cobro de honorarios ▪ Planificación de volumen de trabajo, equipamiento, insumos, abastecimiento ▪ Procedimientos clínicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jefe médico de distrito, supervisor de hospitales del distrito, director de enfermería, supervisor de empleados del sector de la salud, director de médicos clínicos, jefe de enfermería, secretarios de recursos humanos, políticos ▪ Jefe médico de distrito, supervisor hospitales del distrito, director de enfermería, supervisor de trabajadores del sector de la salud, director de médicos clínicos, jefe de enfermería ▪ Directores médicos regionales o departamentales, gerentes de clínicas, jefe de enfermería

barrera, el tiempo y los recursos necesarios para efectuar un cambio, la naturaleza de las modificaciones que deben realizarse en la política operativa (la ausencia de políticas, la suposición de la existencia de una política, las políticas existentes pero de lenta

aplicación, las políticas obsoletas) y la complejidad de los procedimientos que deben llevarse a cabo para modificar la política operativa (por ejemplo, una orden del poder ejecutivo o una ley del poder legislativo). Con esta información, se pueden clasificar las barreras operativas por orden de prioridad.

Cuadro 5. Lista de control para determinar qué barreras operativas tienen prioridad								
Barrera	Posibles efectos sobre el acceso, la calidad, la eficiencia de los programas de salud reproductiva	Nivel de complejidad de la barrera	Posible apoyo u oposición	Tiempo necesario para efectuar el cambio	Recursos que se requieren para el cambio	¿Qué necesita cambiarse?	Facilidad para tomar decisión para cambiar política operativa (por ejemplo, disposición del poder ejecutivo en lugar de ley del congreso)	Rango según prioridad
(Use el Gráfico 3 y el Cuadro 3 para clasificar y describir la barrera)	(Muy importantes, importantes, leves)	(Alto, mediano, bajo)	(Describa)	(Corto, mediano, largo)	(Financieros, humanos)	(Política que su-puestamente existe, política basada en falta de claridad de la ley, falta de políticas, ejecución demasiado lenta, obsoleta)	(Muy difícil, difícil, fácil)	(Alto, mediano, bajo)

Establecimiento de un sistema de colaboración

La colaboración es una de las estrategias más productivas para asegurar que todos los encargados de formular políticas dentro del gobierno, las instituciones locales y las agencias donantes utilicen métodos complementarios para resolver problemas operativos. La mayoría de estos individuos y organizaciones no cuentan con la autoridad necesaria para tratar aquellas políticas que exceden su radio de operación ni analizan las políticas de otros sectores que puedan afectar de alguna manera el sector de la salud. Sin embargo, las organizaciones locales e internacionales encargadas de la elaboración de

políticas pueden actuar en todos los niveles, desde el poder ejecutivo y legislativo hasta el nivel descentralizado. Pueden tratar temas relacionados con las políticas que se encuentran fuera del alcance del personal a nivel operativo y, en colaboración con las organizaciones que prestan servicios, garantizar la realización de un análisis riguroso de los problemas producidos y la aplicación de reformas prácticas y apropiadas.

Por ejemplo, la Iniciativa para Maximizar el acceso y la calidad (MAQ, por sus siglas en inglés) se centra en el nivel de prestación de servicios de salud reproductiva mediante la realización de intervenciones⁵ que mejorarán la atención que reciben los clientes. Sin embargo, el compromiso del liderazgo

⁵ Las 12 áreas de intervención del marco de la Sinergia de las Intervenciones de MAQ son los siguientes: (1) liderazgo; (2) compromiso del cliente; (3) compromiso comunitario; (4) recompensa del prestador/entorno; (5) pautas/nivel de calidad; (6) organización del trabajo; (7) capacitación; (8) herramientas para el trabajo; (9) suministros/logística; (10) supervisión para la asistencia; (11) indicadores/certificación; y (12) resolución de problemas.

es la primera de las intervenciones que la iniciativa MAQ considera necesarias para asegurar el apoyo al cambio. Por lo tanto, se deberá incluir aquellas organizaciones con experiencia en el campo de la elaboración de políticas para la planificación y el apoyo a las actividades de la iniciativa MAQ. De lo contrario, es posible que estas actividades no reciban el apoyo de los encargados de la toma de decisiones en los niveles necesarios y se posponga su ejecución, como en el caso de las iniciativas MAQ en algunas regiones francófonas.

En una conferencia francófona de la MAQ (Dakar, marzo de 1999), los participantes informaron sobre el desarrollo de protocolos, normas y procedimientos (PNP). Pero a pesar del alto grado de calidad del contenido y del proceso de desarrollo de muchos de los PNP, casi todos los participantes coincidieron en que había poca evidencia de que los PNP se hubiesen puesto en práctica eficazmente en el nivel operativo debido a razones tales como la “falta de recursos” y la “falta de capacitación.” En otras palabras, a pesar de que se habían elaborado importantes políticas operativas, éstas no se aplicaron porque en la mayoría de los casos sólo se obtuvo el compromiso de los jefes de división o del personal a cargo del programa nacional de planificación familiar. Políticas tales como la contratación de personal, los cambios en las descripciones de los puestos y en las condiciones de trabajo, las evaluaciones de las necesidades de capacitación, la asignación de recursos y capacitación previa a la prestación del servicio afectan la ejecución de los PNP. Los encargados del control de dichas políticas son los funcionarios ministeriales de alto rango, las juntas y asociaciones profesionales y las facultades de medicina y de enfermería, entre otros. En la mayoría de casos, los responsables de la toma de decisiones no intervinieron desde el principio del proceso de desarrollo de los PNP, por lo que todavía hacía falta convencerlos de la necesidad de reformar las políticas de sus respectivas áreas.

Muchos de los estudios que precedieron a la iniciativa MAQ analizaron las “barreras médicas” de los servicios de planificación familiar (Hardee y colaboradores, 1998; Bertrand y colaboradores, 1995;

Galway, 1992; MSPAS, OPTIONS y USAID, 1993). Shelton, Angle y Jacobstein (1992) enumeraron siete tipos de barreras médicas: contraindicaciones inapropiadas, condiciones exigidas para la prestación de servicios, barreras de horarios y procesos, prejuicios del prestador, obstáculos regulatorios, exigencia de estrictas condiciones para prestar servicios y manejo inadecuado de los efectos colaterales. Muchas de estas barreras tienen implicaciones en las políticas. Por ejemplo, en Guatemala, una organización que trabajaba en asuntos relacionados con la aplicación de políticas se asoció con otras entidades para realizar un estudio sobre las barreras médicas que afectan a los prestadores (Jewell, 2000). Al abordar el estudio desde la perspectiva de las políticas aplicadas, el equipo pudo identificar los contenidos de las políticas que generaban las barreras analizadas. Ahora los prestadores se encargan de analizar estas políticas para lograr mejoras permanentes y a largo plazo en cuanto al acceso y la calidad de los servicios (MSPAS y colaboradores, 2000). En una actividad complementaria de la misma organización, se realizó un informe sobre las leyes y políticas que regulan la salud reproductiva de Guatemala. Este informe determina claramente los requisitos legales y regulatorios para recibir información y servicios de planificación familiar. En consecuencia, las personas que defienden este derecho han decidido utilizar el informe como una herramienta para lograr su objetivo: trabajar en forma conjunta con el Ministro de Salud, quien proporciona un gran apoyo a la planificación familiar, para promover la eliminación de las barreras médicas identificadas en el estudio.

Como complemento a la Iniciativa MAQ, las organizaciones internacionales de salud reproductiva han emprendido otra iniciativa destinada al aumento de la calidad para mejorar el rendimiento. Dicha iniciativa se centra en los recursos humanos y contempla los factores institucionales cuando se determina que constituyen un obstáculo para el rendimiento del profesional de la salud. Por ejemplo, si un trabajador no cumple con su responsabilidad, una de las “raíces” del problema puede ser la existencia de instalaciones, equipos o suministros deficientes, hecho que puede producirse no sólo por la ineficiencia de los sistemas administrativos sino

también por la ineficacia de las políticas operativas que rigen dichos sistemas. A la fecha, las iniciativas destinadas a mejorar el rendimiento se han centrado principalmente en el nivel de la prestación de servicios. La inclusión del factor de las políticas puede hacer que este proceso abarque a todos los niveles del sector público.

Los estudios basados en el análisis de las situaciones pueden revelar la existencia de problemas con ciertos subsistemas en los programas de planificación familiar o de salud reproductiva, pero no identifican necesariamente las políticas operativas que impiden que el problema se resuelva. Además, las organizaciones que llevan a cabo estos estudios no suelen ser las encargadas de efectuar los cambios necesarios en los programas o políticas.

Los análisis que revelan cambios con el transcurso del tiempo (por ejemplo, Burkina Faso, Kenia, Senegal y Zimbabwe) proporcionan una oportunidad para identificar aquellas áreas en las que no se han producido mejoras importantes durante un extenso período y para determinar si las políticas subyacentes obstaculizan el progreso. Por ejemplo, un estudio realizado en Kenia reveló que, a pesar de que había una mayor disponibilidad de material educativo en las clínicas en un período de seis años, no hubo mejoras en la comunicación oral con los clientes que esperaban ser atendidos ni en la frecuencia de la supervisión, a pesar de conclusiones y recomendaciones similares de estudios anteriores (Ndhlovu y colaboradores, 1997). Se debería realizar un análisis más exhaustivo de los hallazgos para identificar las políticas que podrían impedir la intervención del personal. ¿Acaso las políticas que afectan al personal bloquean los esfuerzos que podrían garantizar que las descripciones de los puestos, las condiciones de trabajo, la capacitación y la designación de los cargos del personal de la clínica tuvieran en cuenta la necesidad de brindar una mayor información a los clientes y de realizar más visitas de supervisión? ¿Las políticas que rigen el mantenimiento, la reparación y el uso de vehículos permiten la realización de un número mayor de visitas de supervisión?

Análisis de las barreras originadas por políticas operativas

En vista de la gran variedad de posibles causas y problemas y de las amplias oportunidades de intervención, hay muchos métodos disponibles para el estudio de las políticas operativas. El método que se escoja deberá, sin embargo, ajustarse a ciertos principios que permitan aumentar las posibilidades de obtener resultados satisfactorios. En primer lugar, toda metodología debe basarse en dos componentes integrales de administración de calidad total: los principios de confección de diagramas de flujo sobre los procesos operativos y análisis de causas, cuyo objetivo es la identificación de un determinado problema y la búsqueda de su causa o causas (Juran y Gyron, 1988; Ishikawa, 1982; Omachonu, 1991). En segundo lugar, los analistas deben asegurarse de que la información que reúnan sobre las barreras e ineficiencias, e incluso los datos relativos a la magnitud del problema, sus consecuencias y las políticas operativas que crean las barreras, sean precisos y completos. La información deberá incluir el documento correspondiente a la política operativa en cuestión (decreto, circular, norma) e indicar quién es el responsable de la elaboración y modificación de dicha política.

En tercer lugar, la realización de un proceso de colaboración es esencial. Al afrontar las barreras operativas y las políticas que las generan, la participación de los administradores y de los funcionarios correspondientes es de vital importancia para identificar con precisión las barreras más importantes y las que causan mayor improductividad. Sin embargo, también es fundamental, desde el principio, el compromiso de los principales responsables de la toma de decisiones para identificar las causas y obtener información precisa. Una vez que se haya analizado la información, el personal a cargo deberá ayudar a reconocer las barreras que deben analizarse y a clasificarlas en orden de importancia y, luego, ofrecer soluciones para eliminarlas. Los investigadores deben colaborar con la planificación de los estudios, la recopilación de datos

y la realización de los análisis necesarios para afrontar las barreras causadas por políticas operativas. También es necesaria la intervención de los encargados de formular políticas para asegurar que se lleven a cabo los cambios necesarios a un nivel más amplio, a fin de que puedan aplicarse las reformas adecuadas.

A continuación se describen las metodologías que se han utilizado para estudiar las barreras operativas y las políticas operativas que dan origen a dichas barreras:

- Estudios de los problemas operativos sobre la base de una perspectiva específica (por ejemplo, las barreras médicas, la ampliación del acceso y el aumento de la calidad, el análisis de la situación), realizados en forma conjunta por distintas instituciones dedicadas a la formulación de políticas, con el propósito expreso de identificar y tratar las causas que estén relacionadas con determinadas políticas y cuya solución exceda la responsabilidad del personal operativo (Galway, 1992).
- Estudios legales y regulatorios que hacen un inventario de los textos legales y las políticas relevantes y examinan el impacto que tienen a nivel operativo por medio de entrevistas para obtener información (JNPC y Proyecto POLICY 2000; Iknane y colaboradores, 2000; Rudly, 1999; Ravenholt, 1999; Ministère de la Santé Publique, 1994).
- Estudios directos de problemas operativos específicos que determinan la conexión entre los problemas y las políticas que los originan (Proyecto POLICY, 1998; Bailey y colaboradores, 1994; Adé, Eustache y Guengant, 1996; Huk, 2001).
- Análisis financieros, presupuestarios y administrativos que revelen la relación entre las políticas de asignación de recursos, las prácticas financieras, los procedimientos administrativos y las ineficiencias operativas (Olave, 2000; IIHMR y Proyecto POLICY, 2000).
- Estudios de las políticas y programas propuestos en el área de salud reproductiva (incluyendo

planificación familiar, maternidad segura y VIH/SIDA) que identifican las políticas operativas que deben corregirse (Ross y Stover, 1997; Stover, 1999; Bulatao y Ross, 2000).

Implementación de recomendaciones para reducir las barreras originadas por políticas operativas

La identificación y el análisis de las barreras causadas por las políticas operativas sólo constituyen la mitad del proceso. De igual importancia es la aplicación de las medidas necesarias para reducir o eliminar dichas barreras.

A fin de identificar las numerosas barreras causadas por las políticas, en Uttar Pradesh, India, se llevó a cabo un análisis de los sistemas y un exhaustivo estudio del contenido de las políticas operativas (Proyecto POLICY, 1998a). Los investigadores iniciaron el estudio al nivel de las instalaciones del sistema de salud pública y reunieron información sobre las distintas condiciones operativas en los centros y subcentros de salud primaria. Entre estas condiciones se incluye la presencia de suministros y productos adecuados, la disponibilidad de equipos en funcionamiento y de personal, la realización o la necesidad de realizar tareas de mantenimiento y la disponibilidad vehicular. Luego se recopilaron todos los memorándums y circulares sobre los temas relacionados, como el transporte, la logística y el traslado del personal, entre otros, durante un determinado período. También se analizó la información de los registros e informes disponibles. Finalmente, los investigadores entrevistaron al personal clave de cada nivel para analizar su desempeño en cuanto a la interpretación de los problemas operativos y para identificar qué políticas operativas afectaron el funcionamiento del sistema en forma negativa.

Durante todo el proceso de identificación de las barreras operativas, de análisis de las políticas que daban origen a los problemas y de recomendación de soluciones, el equipo a cargo de la investigación mantuvo informados a los encargados de formular las políticas. Como resultado, la Política Estatal sobre

Población, formulada en el año 2000 en Uttar Pradesh, trató los asuntos más importantes en materia de políticas operativas sobre la base de los resultados de los estudios de Uttar Pradesh (Gobierno de Uttar Pradesh, 2000). En el plan detallado para hacer operativa la política se incluyeron los pasos a seguir para modificar las políticas y el plan para su ejecución se adoptó formalmente en 2001.

En Haití, se utilizaron diagramas de flujo para identificar de manera gráfica las instalaciones y el personal y de esa manera ilustrar la desigual asignación de recursos en el sistema nacional de prestación de servicios de salud, de acuerdo a lo descrito en un informe que se distribuyó ampliamente (Adé, Eustache y Guengant, 1996). El resultado de dicho proyecto sirve ahora como una fuente de información para el análisis de las políticas y como base para las reformas, que incluyen la propuesta realizada por el MDS con respecto a la ampliación de las clínicas móviles y el desarrollo de la primera política nacional de población.

En Jordania, el estudio para determinar las barreras legales, regulatorias y de políticas indicó que la restricción que autoriza exclusivamente a los médicos a colocar DIU constituía una barrera para el acceso a dichos dispositivos. Como parte del seguimiento de dicho estudio, las actividades para promover el apoyo a la reforma de esta política han incluido un taller y discusiones entre una organización especializada en políticas y el MDS (Almasrweh, 2001; JNPC y Proyecto POLICY, 2000). El grupo de trabajo nacional a cargo de la elaboración del Plan de Acción sobre Salud Reproductiva (RHAP, por sus siglas en inglés) ha reconocido la importancia de esta barrera y ha incluido su eliminación como parte de las actividades que se llevarán a cabo durante los próximos tres años.

En Rumania, un análisis legal y regulatorio que identificó las brechas en las coberturas de los seguros sirvió de base para la formulación de recomendaciones tendientes a su eliminación. En 1997, Rumania promulgó una ley sobre el seguro social de salud que constituyó un marco general para la asignación de seguros. El MDS, la Casa del Seguro de Salud y el Colegio Médico estuvieron a cargo de la determinación de los servicios que se incluirían.

Un estudio sobre la rentabilidad de la anticoncepción (Jensen y Stanescu, 1998) persuadió al gobierno para que incluyera la PF/SR en el paquete básico de beneficios del seguro de salud. La reforma de salud convirtió al sistema de seguro social de salud en el principal responsable de la prestación de servicios, mientras que el MDS se centró en el desarrollo de políticas operativas y la administración de los programas nacionales. En 2000, Rumania aprobó tres amplias políticas de seguridad anticonceptiva que proporcionaron un marco para el financiamiento y la difusión de la anticoncepción. El gobierno desarrolla ahora criterios y pautas de implementación claras para identificar y controlar a los beneficiarios de los subsidios del estado (Feranil, Clyde y Cross, 2001).

En Ucrania, el gobierno adoptó en 2001 el Programa Nacional de Salud Reproductiva 2001–2005 (NRHP, por sus siglas en inglés). En un taller sobre las barreras ocasionadas por políticas operativas se reunieron las numerosas partes interesadas, entre las que se incluyeron los miembros del Grupo de Desarrollo de Políticas del MDS, para comenzar a determinar los niveles clínicos de calidad y los planes operativos destinados a la adecuada aplicación del NRHP. Un documento que trataba algunos asuntos relacionados con las políticas operativas en el contexto de la reforma del sector de la salud sirvió de base para las discusiones (Huk, 2000). Algunas de las barreras relacionadas con políticas operativas que se identificaron en el taller tenían causas claramente identificadas. Este tema fue tratado en un anteproyecto del MDS ucraniano, que fue presentado al gabinete ministerial para su aprobación a mediados de 2001. En el caso de las barreras causadas por políticas operativas cuyas raíces se desconocían, se están llevando a cabo estudios que se concentran en el uso ineficaz de recursos—financieros, humanos, de capital y materiales. En una futura serie de recomendaciones que se presentará al gabinete ministerial, se analizarán estas barreras.

De acuerdo con la descripción de las experiencias de los países que se mencionaron anteriormente, fue de suma importancia la intervención, en todas las etapas del proceso, de los principales responsables de la toma de decisiones, para que llevaran a cabo las recomendaciones tendientes a la identificación del origen de las barreras y realizaran

un análisis riguroso de la información obtenida. Una vez analizada dicha información, la perspectiva del personal del sector permitió identificar y determinar más fácilmente la prioridad de las barreras causadas por políticas operativas que debían modificarse y sugerir soluciones para eliminarlas. Sin embargo, sólo los encargados de formular políticas pueden garantizar los cambios necesarios en un contexto más amplio para ejecutar las reformas de las políticas operativas.

Resumen de los pasos a seguir para afrontar las barreras originadas por las políticas operativas

El Cuadro 6 proporciona una lista más detallada de las actividades relacionadas con los pasos que se deben seguir para tratar las barreras causadas por políticas operativas.

Cuadro 6. Pasos a seguir para tratar las barreras operativas en el sector de la salud reproductiva por medio del análisis de las políticas	
Paso	Descripción
1. Comprender el funcionamiento del sector público	
<ul style="list-style-type: none"> Identificar los problemas que puedan estar originados por las políticas operativas inadecuadas 	<ul style="list-style-type: none"> Comprometer a gerentes, empleados, investigadores y demás responsables Utilizar la lista de control (vea el Cuadro 5) para determinar qué barreras operativas deben tratarse Revisar la información existente sobre programas de salud reproductiva y sistemas de salud
<ul style="list-style-type: none"> Comprometer a los encargados de formular políticas para que traten los obstáculos al nivel operativo 	<ul style="list-style-type: none"> Comprometer a los encargados de formular políticas, gerentes de programas, principales interesados y donantes Acordar la metodología que se aplicará para identificar las barreras operativas Elaborar un plan para desarrollar la información obtenida
<ul style="list-style-type: none"> Identificar las barreras operativas y las políticas que las producen 	<ul style="list-style-type: none"> Comprometer a gerentes, funcionarios y demás responsables Llevar a cabo o utilizar estudios existentes, como los análisis de situación, de las barreras médicas u otras iniciativas MAQ Llevar a cabo investigaciones, sacar conclusiones con respecto a las barreras a nivel operativo
2. Adoptar un criterio de colaboración	
<ul style="list-style-type: none"> Identificar las barreras cuyo tratamiento es prioritario 	<ul style="list-style-type: none"> Usar la lista de control (ver Cuadro 5) para determinar la prioridad de las barreras operativas a tratar (para cada barrera, especifique posibles efectos, complejidad, tiempo y recursos necesarios y si la decisión de eliminar la barrera se toma una sola vez)
<ul style="list-style-type: none"> Identificar las causas 	<ul style="list-style-type: none"> Reunir a los funcionarios de los niveles de organización apropiados Colaborar con otras organizaciones encargadas del análisis de las barreras operativas para garantizar la inclusión de la perspectiva basada en las políticas Usar el Gráfico 3 (categorías de políticas operativas) y el Cuadro 3 (barreras según la categoría de la política) como referencia Identificar y clasificar las causas que se pueden solucionar a través de la capacitación, modificación de comportamiento, recursos, políticas y demás. Continuar el proceso con aquellas barreras causadas por políticas a cualquier nivel del sistema de salud público

Cuadro 6. Pasos a seguir para tratar las barreras operativas en el sector de la salud reproductiva por medio del análisis de las políticas (cont)	
Paso	Descripción
3. Analizar las barreras causadas por políticas operativas	
<ul style="list-style-type: none"> Reunir y analizar información adicional para identificar los efectos de las políticas a nivel operativo en áreas de mayor prioridad 	<ul style="list-style-type: none"> Revisar el contenido de las políticas (por ejemplo, declaraciones, circulares, registros de servicios, etc.) Revisar la información existente (por ejemplo, información financiera y cifras relacionadas con servicios, registros del sistema de información administrativa y de suministros y productos, información de las DHS) Entrevistar a informantes claves de todos los niveles del sistema que se estudia Usar la técnica del “estudio de casos prácticos” para obtener información sobre los distritos, centros de salud y demás datos necesarios para determinar el impacto de las políticas Proporcionar evidencia material necesaria, como fotografías, para documentar problemas de infraestructura Llevar a cabo estudios o sacar conclusiones de los análisis económicos existentes
4. Poner en práctica las recomendaciones para reducir barreras causadas por políticas operativas	
<ul style="list-style-type: none"> Recomendar y promover cambios 	<ul style="list-style-type: none"> Presentar claramente las conclusiones del análisis de las políticas a los encargados de formular políticas Realizar debates sobre las políticas Difundir las conclusiones para apoyar la promoción por medio de la amplia participación de los interesados
<ul style="list-style-type: none"> Colaborar con la redacción o modificación de las políticas operativas relevantes 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar los mecanismos apropiados y los responsables de la aplicación de modificaciones
<ul style="list-style-type: none"> Controlar las modificaciones de las políticas y la ejecución de las políticas operativas nuevas o modificadas y sus efectos sobre las barreras operativas 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar un seguimiento para evaluar los cambios a partir de un punto de referencia

Conclusión

Según informa el *World Health Report 2000* (Informe mundial sobre salud 2000), “La calidad de los servicios disminuye cuando no se cuenta con suficientes insumos (materiales y humanos) y cuando no se utilizan los procedimientos adecuados. En el sector público, la carencia de insumos se traduce en la falta de medicamentos esenciales, en centros de salud inaccesibles o ausencia de personal, en vehículos y equipos que no funcionan y en el deterioro de las instalaciones. “Cuando se presentan estos problemas, se perjudica el sistema de salud” (OMS, 1999; 34–35). Esta descripción de los programas del sector público se aplica a muchos programas de salud reproductiva en todo el mundo. A medida que se reduce la disponibilidad de recursos, se agravan las condiciones de los programas de salud del sector público. Hace 20 años, Donabedian (1980: 81) declaró: “Pienso que una buena estructura, es decir, suficientes recursos y un sistema diseñado apropiadamente, puede ser la herramienta más importante para proteger y promover la calidad de los servicios de salud.”

Las políticas operativas son un componente esencial de una “buena estructura” y su presencia repercute diariamente en todo el sistema de atención de la salud. Si las políticas operativas son ineficientes, la escasez de recursos se convierte en un problema grave. Por lo tanto, las políticas operativas son de vital importancia no sólo para el funcionamiento del actual sistema de salud, sino también para el éxito de la reforma del sistema de atención de la salud. Ocupan un amplio “segundo plano” dentro del marco regulatorio que generalmente no es evidente para los observadores ni de participantes. Los estudios realizados en todo el mundo demuestran que la mayoría de los encargados de formular políticas, los burócratas, los doctores, los enfermeros y las parteras ignoran muchas de las políticas operativas más importantes que afectan la prestación de servicios de salud reproductiva. Si bien pueden observar fácilmente los síntomas de la ineficacia de las políticas operativas (por ejemplo, la falta de suministros, medicamentos, mantenimiento, transporte y asignación ineficiente del

personal), pocos conocen las políticas subyacentes y, por lo tanto, no saben qué modificaciones deberían realizarse.

Los problemas que afectan a los servicios de salud reproductiva, de acuerdo con lo que se describe en este documento, no se limitan a ciertos componentes del sistema de atención de la salud, sino que perjudican a todas las áreas, como el abastecimiento, el personal, el transporte y el presupuesto. Por lo tanto, dado que las políticas operativas rigen todas las áreas del sistema de salud, el conocimiento preciso de dichas políticas constituye una herramienta importantísima y ofrece una obvia ventaja para mejorar el funcionamiento de cualquier sector del sistema por medio de un proceso sistemático de adopción de políticas adecuadas.

La reforma de las políticas operativas que afectan a los programas de salud reproductiva representa, sin duda, un desafío. Implica el análisis riguroso de los detalles de las operaciones realizadas por las entidades gubernamentales o ministerios para hacer que los procedimientos operativos sean más eficientes y para utilizar los recursos más eficazmente. Éste es un arduo trabajo, que se ve obstaculizado aún más por el interés de los encargados de formular políticas y los burócratas en el mantenimiento del status quo. Las entidades gubernamentales y los ministerios prefieren superponer nuevas políticas operativas a las antiguas en lugar de enfrentarse a los grupos con intereses especiales. Por lo tanto, los sistemas de atención de la salud se han estancado y son cada vez más ineficientes. Sin embargo, si se siguen los pasos que se delinean en este documento y se adopta una perspectiva basada en la reforma de las políticas relevantes para eliminar las barreras operativas que obstaculizan la prestación de servicios de salud reproductiva de alta calidad, la aplicación de medidas relacionadas con las políticas, especialmente las iniciativas de colaboración, pueden contribuir al aumento de la eficiencia de los programas y al fortalecimiento de los programas de salud reproductiva en todo el mundo.

Referencias

-
- Ablo, Emmanuel y Ritva Reinikka. 1998. "Do Budgets Really Matter? Evidence from Public Spending on Education and Health in Uganda." World Bank Policy Research Working Paper Series. Washington, DC: World Bank.
- Adé, Emmanuel, Laurent Eustache y Jean Pierre Guengant. 1996. *Institutions et personnel de santé en Haïti 1994–95*. Avec l'assistance du Projet POLITIQUES et basé sur des enquêtes réalisées par PROFAMIL. Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Almasarweh, Issa. 2001. Personal communication. 18 de agosto.
- Ashford Lori y Carolyn Makinson. 1999. *Reproductive Health in Policy and Practice: Case Studies from Brazil, India, Morocco, and Uganda*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Bailey, W., M. Clyde, S. Smith, A. Lee, J. Jackson, P. Oliver y J. Munroe. 1994. *Mapping Study and Private Physicians' Survey: Opportunities for Expanded Family Planning Services in Jamaica. Final Report*. Kingston, Jamaica: National Family Planning Board.
- Banco Mundial. 1998. *Assessing Aid: What Works, What Doesn't, and Why*. Washington, DC: World Bank.
- Berman, Peter (ed.). 1995. *Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Berman, Peter. 1999. "Understanding the Supply Side: A Conceptual Framework for Describing and Analyzing the Provision of Health Care Services with an Application to Egypt." Boston: Harvard School of Public Health, International Health Systems Group.
- Bertrand, J., K. Hardee, R. Magnani y M. Angle. 1995. "Access, Quality and Medical Barriers in Family Planning Programs." *International Family Planning Perspectives* 21(2): 64–74.
- Bertrand, Jane, Robert Magnani y James Knowles. Sin fecha. *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation*. Chapel Hill, NC: The Evaluation Project.
- Bossert, T., W. Hsiao, M. Barrera, L. Alarcon, M. Leo y C. Casares. 1998. "Transformation of Ministries of Health in the Era of Health Reform: The Case of Colombia." *Health Policy and Planning* 13(1): 59–77.
- Bruce, Judith. 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21(2): 61–91.
- Bulatao, Rudolfo y John Ross. 2000. "Rating Maternal and Neonatal Health Programs in Developing Countries." MEASURE Evaluation Working Paper WP-00-26. Chapel Hill, NC: Carolina Population Center, MEASURE Evaluation Project.
- Bungoma District Malaria Initiative (BDMI). 2000. *Health Care Financing in Bungoma District: Assessment of Barriers between Enhanced Accounting and Quality of Care in Health Service*. Bungoma, Kenya: BDMI.
- Cassels, A. 1995. "Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries." *Journal of International Development* 7(3): 329–347.
- Cross, Harry. 2000. "Presentation at POLICY Project Technical Development Week." Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.

- Demographic and Health Surveys (DHS). 2001. STATcompiler (<http://www.measuredhs.com/>). Calverton, MD: Macro International.
- Donabedian, Avedis. 1980. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Feranil, Imelda. 2001. Personal communication based on a 1989 briefing by the World Bank Assessment Team in Manila.
- Feranil, Imelda, Maureen Clyde y Harry Cross. 2001. "Romania POLICY Supplemental Workplan." Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Forman, Shepard y Romita Ghosh. 2000. Promoting Reproductive Health: Investing in Health for Development. Boulder, CO: Lynne Rienner Publishers.
- Galway, Katrina. 1992. "Regulations and Procedures that Undermine Service Delivery and Encourage High Fertility: Observations and Suggested Activities." Washington, DC: The Futures Group International, OPTIONS II Project.
- Gobierno de Filipinas. 1975. Presidential Decree No. 856, 23 December 1975 Code on Sanitation Chapters XI, XII, XII. Manila: Government of the Philippines.
- Gobierno de Uttar Pradesh. 2000. Uttar Pradesh Population Policy. Lucknow: Government of Uttar Pradesh, Department of Health and Family Welfare.
- Hardee, K., B. Janowitz, J. Stanback y M. Villinski. 1998. "Studying Service Practices: What Have We Learned?" *International Family Planning Perspectives* 24(2): 84-90.
- Hardee, K., K. Agarwal, N. Luke, E. Wilson, M. Pendzich, M. Farrell y H. Cross. 1999. "Post-Cairo Reproductive Health Policies and Programs: Case Studies of Eight Countries." *International Family Planning Perspective* 25 (Supplement): s52-s59.
- Huk, Andriy. 2001. "Health Sector Reform Profile: A Background Paper to Identify Operational Policy Issues." Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Iknane, A.A., M. Kadjoke, I. Camara y M. Camara. 2000. "La santé communautaire au Mali: aspects juridiques, réglementaires et économie politique." Bamako, Mali: The Futures Group International, POLICY Project.
- Indian Institute for Health Management Research (IIHMR) y Proyecto POLICY. 2000. *Issues in Public Sector Reproductive and Child Health Financing in the State of Rajasthan*. Washington, DC: The Futures Group International.
- Ishikawa, K. 1982. *Guide to Quality Control*. White Plains, NY: Asian Productivity Organization.
- Jensen, Eric y Alan Stanescu. 1998. "The Cost-Effectiveness of Reproductive Health Care in Romania." Publicación inédita. Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Jewell, Norine. 2000. "Proposed POLICY Support for Follow-Up of March 1999 Francophone MAQ Conference." Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Jordanian National Population Commission (JNPC) y Proyecto POLICY. 2000. "Analysis of Policy and Legal Barriers to Improved Reproductive Health Services in Jordan." Amman, Jordan: The Futures Group International.
- Juran, Joseph y F.M. Gyrna (eds.). 1988. *Juran's Quality Control Handbook, 4th Edition*. New York: McGraw Hill.
- Management Sciences for Health (MSH). 2000. *Building Sustainability Through Better Management. Family Planning Development Project*. Boston: MSH.

- Manning, Nick, Ranjana Mukherjee y Omer Gokcekus. 2000. "Public Officials and Their Institutional Environment: An Analytical Model for Assessing the Impact of Institutional Change on Public Sector Performance." World Bank Policy Research Working Paper 2427. Washington, DC: World Bank.
- Miller, R., A. Fisher, K. Miller, L. Ndhlovu, B. Ndugga Maggwa, I. Askew, D. Sanogo y P. Tapsoba. 1997. *The Situation Analysis Approach to Assessing Family Planning and Reproductive Health Services*. New York: Population Council.
- Ministère de la Santé Publique. 1994. *Rapport de l'étude juridique et institutionnelle sur la pratique de la planification familiale au Maroc*. Rabat, Morocco: Experdata Communication.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), OPTIONS Project y USAID. 1993. *Evaluación de las Barreras Médicas a los Programas de Planificación Familiar*. Guatemala: MSPAS and The Futures Group International.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en colaboración con el Proyecto POLICY el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), la Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM), la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM), la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG), el Population Council y la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID). 2000. *Barreras Médicas e Institucionales Para la Prestación de Servicios de Planificación Familiar en Guatemala*. Final Report. Guatemala City: Population Council.
- Ndhlovu, L., J. Solo, R. Miller, K. Miller y A. Ominde. 1997. *An Assessment of Clinic-Based Family Planning Services in Kenya: Results from the 1995 Situation Analysis Study*. New York: Population Council.
- Olave, Manuel. 2000. "Financing Reproductive Health in Bolivia." Unpublished paper. Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Omachonu, Vincent. 1991. *Total Quality and Productivity Management in Health Care Organizations*. Norcross, GA: Institute for Industrial Engineers.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1999. *The World Health Report 1999. Making a Difference*. Geneva: WHO.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. *World Health Report 2000*. Geneva: WHO.
- Owino, Wasunna y Julius Korir. 1997. "Public Health Sector Efficiency in Kenya: Estimation and Policy Implications." Discussion Paper No. DP/007/97. Nairobi, Kenya: Institute of Policy Analysis and Research (IPAR).
- Population Council. 1998a. *Reproductive Health Operations Research, 1995–1998. INOPAL III Final Report*. New York: Population Council.
- Population Council. 1998b. *Global Operations Research: Improving Reproductive Health Program Performance*. Washington, DC: Population Council.
- Proyecto POLICY. 1998a. "Operational Policies for Delivery of Health and Family Welfare Services in Uttar Pradesh." Unpublished paper. New Delhi: The Futures Group International.
- Proyecto POLICY. 1998b. *Targets for Family Planning in India. An Analysis of Policy Change, Consequences, and Alternative Choices*. New Delhi: The Futures Group International.
- Proyecto POLICY. 2001a. "Philippines HIV/AIDS Country Workplan." Washington, DC: The Futures Group International.
- Proyecto POLICY. 2001b. *Review of Implementation of Community Needs Assessment Approach for Family Welfare in India*. New Delhi: The Futures Group International.
- Ravenholt, Betty Butler. 1999. "Implications of the Legal and Regulatory Environment for Family Planning and Reproductive Health Services Delivery

- in Ukraine.” Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Ross, John y Elizabeth Frankenberg. 1993. *Findings from Two Decades of Family Planning Research*. New York: Population Council.
- Ross, John A. y W. Parker Mauldin. 1996. “Family Planning Programs: Efforts and Results, 1972–94.” *Studies in Family Planning* 27(3): 137–147.
- Ross, John y John Stover. 1997. “Policy Environment Score.” Unpublished document. Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Ross, John y John Stover. 2000. “Effort Indices for National Family Planning Programs, 1999 Cycle.” MEASURE Evaluation Working Paper WP–00–20. Chapel Hill, NC: Carolina Population Center, MEASURE Evaluation Project.
- Rudiy, Volodymyr. 1999. “Legal and Regulatory Framework for Family Planning and Reproductive Health in Ukraine.” Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Seidman, Myrna y Marjorie Horn. 1991. *Operations Research. Helping Family Planning Programs Work Better*. New York: Wiley-Liss.
- Shane, Barbara y Kate Chalkley. 1998. *From Research to Action: How Operations Research Is Improving Reproductive Health Services*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Sharif, A.K. 2001. Personal communication with the Provincial Medical Officer, Coast Province, Kenya. 18 de enero.
- Shaw, R. Paul. 1999. “New Trends in Public Sector Management in Health.” WBI Working Papers. Washington, DC: The World Bank Institute.
- Shelton J., Marcia Angle y Roy Jacobstein. 1992. “Medical Barriers to Access to Family Planning.” *The Lancet* 340: 1334–1335.
- Stover, John. 1999. “The AIDS Program Effort Index (API): Results from the Field Test.” Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.
- Tantchou, Justine y Ellen Wilson. 2000. *Post–Cairo Reproductive Health Policies and Programs: A Study of Five Francophone African Countries*. POLICY Occasional Paper No. 6. Washington, DC: The Futures Group International, POLICY Project.