



#### Entre Nous

Revista europea sobre salud sexual y reproductiva

#### **Entre Nous lo publica:**

El programa de mainstreaming de género y embarazo y salud reproductiva de la Oficina Regional para Europa de la OMS. Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhague Ø Dinamarca

Tel.:(+45) 3917 1341 Fax: (+45) 3917 1850

Correo-e: entrenous@who.dk

#### **Editora Jefe**

Dra. Assia Brandrup-Lukanow Editor

Jeffrey V. Lazarus

Ayudante editorial

Dominique Gundelach

Maguetación

To om bord, Aarhus. www.toombord.dk **Imprenta** 

Central tryk Hobro a/s

Entre Nous lo financia el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FUNAP), Nueva York, con la colaboración de la Oficina Regional para Europa de la OMS, Copenhague, Dinamarca. Se publica tres veces al año. Las cifras actuales de distribución son: 3.000 en inglés, 2.000 en español, 2.000 en portugués, 1.000 en búlgaro, 1.000 en ruso y 500 en húngaro.

#### Entre Nous lo traduce al:

Búlgaro, el Ministerio de Sanidad de Bulgaria, como parte del proyecto financiado por el FUNAP. Español, el Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Condesa de Venadito 34, ES-28027, Madrid, España. Húngaro, el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Debrecen, CP 37, Debrecen, Hungría.

Portugués, el Consejo General de Sanidad, Alameda Afonso Henriques 45, P-1056 Lisboa,

Ruso, el Centro de Información de la OMS para la Salud en las Repúblicas del Asia Central

Las ediciones española y portuguesa se distribuyen directamente a través de los/las representantes y las oficinas regionales de la OMS para los países luso e hispanohablantes de África y Sudamérica.

El material de Entre Nous puede traducirse gratuitamente a cualquier lengua nacional y reimprimir en publicaciones, revistas y periódicos, así como colgarse en Internet, siempre que se mencione debidamente a Entre Nous, el FUNAP, y la Oficina Regional para Europa de la OMS.

Los artículos que aparecen en Entre Nous no reflejan necesariamente las opiniones de la OMS o el FUNAP. Rogamos dirijan sus preguntas a los/las autores/as de los artículos.

Para información sobre las actividades respaldadas por la OMS y documentos de la OMS, rogamos se pongan en contacto con la Unidad de salud familiar y comunitaria en la dirección indicada anteriormente.

Rogamos soliciten las publicaciones de la OMS directamente al agente de ventas en cada país, o a Marketing and Dissemination, WHO, CH-1211. Ginebra 27, Suiza. ISSN: 1014-8485 NIPO: 207-03-012-8

18

d					

por Dra. Assia Brandrup-Lukanow Las reformas del sector sanitario y la salud reproductiva ¿Cómo podemos evaluar el impacto de las reformas del sector sanitario que afectan a la atención en los servicios y la salud reproductiva en Europa? por Frants Staugård y Charlotte Rosenberg Ishøy La iniciativa por un embarazo seguro La integración de la salud reproductiva en el proceso de reforma sanitaria en Bosnia Herzegovina por Hedia Belhadj 13 Nueva resolución de la UE en materia de Derechos y Salud Sexuales y Reproductivos por Vicky Claevs 17 Recursos de Internet

#### Entre Nous está en línea: www.euro.who.int/entrenous

porJosh Gross y Jeffrey V. Lazarus

Pág.5 Pág. 6 Pág.9 Pág. 12 Pág. 15

### EL EQUIPO EDITORIAL DE ENTRE NOUS

#### **Evert Ketting**

Escuela de Salud Pública de los Países Bajos, Utrecht (Países Bajos)

#### Malika Ladiali

Especialista principal de programas UNESCO. París (Francia)

#### **Nell Rasmussen**

Asesora Principal Centro Danés para los Derechos Humanos

#### Lvn Thomas

Directora regional Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) Red Europea (Londres)

#### **Robert Thompson**

Consejero de sexualidad, Promoción y Salud Reproductiva FUNAP Equipo de servicios técnicos del país para Europa (En Bratislava)

#### Alanna Armitage

**FUNAP Honduras** 

# **EDITORIAL**

Por Assia Brandup-Lukanov



Dra. Assia Brandup-Lukanov

# Queridos/as lectores/as de Entre Nous

Este número de *Entre Nous* será el último en el que colabore como Consejera Regional en Salud Reproductiva, puesto que voy a dejar la Oficina Regional Europea de la OMS para pasar a formar parte de la Agencia alemana de cooperación técnica en Eschborn, Alemania, en donde dirigiré la División de Sanidad, Educación y Protección Social.

Me gustaría aprovechar esta oportunidad para agradecerles los últimos nueve años de cooperación y trabajo conjunto en la Región Europea. Ha sido una experiencia estimulante y creo que, en general, tenemos muchos motivos para sentirnos satisfechos/as. Cuando miro hacia finales de 1993, año en que comencé a trabajar para la OMS (en aquel momento como miembro del sistema FUNAP-TSS de servicios de apoyo técnico), la salud reproductiva apenas figuraba en la agenda europea. Tampoco existía ningún acuerdo de colaboración con países que incluyera la salud reproductiva, no había oficinas regionales o nacionales del FUNAP en esta materia v sólo nos centrábamos en la implementación de los proyectos subvencionados por el FUNAP en Portugal, Turquía, Albania y Rumanía, así como del proyecto de información Entre Nous.

En la actualidad, la situación es muy diferente. Las necesidades sobre salud reproductiva en los países de la región han sido reconocidas y, como término medio, 15 países nos solicitan cada bienio asistencia técnica en este área de trabajo. Otra muestra de reconocimiento ha sido la asignación de recursos del FUNAP para el establecimiento de oficinas en varios países y de coordinación entre países de la Región, lo que ha permitido una mayor viabilidad en la implementación de programas nacionales de mayor escala e integrados por distintos componentes.

El contenido, ámbito y extensión de los programas también han cambiado significativamente con el paso del tiempo. En un principio, había programas paliativos que se centraban en el suministro de anticonceptivos, de equipos básicos de maternidad y medicamentos de primera necesidad, así como en una formación básica mediante becas y cursos cortos en los Estados de Reciente Independencia y en los países de Europa Central y Oriental. En la actualidad, los programas se centran en la promoción de la salud basada en la evidencia aplicable a la salud reproductiva, el fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y el desarrollo e implementación de estrategias nacionales en materia de salud sexual v reproductiva. Los programas de salud reproductiva han evolucionado desde los programas de planificación familiar desarrollados

de forma vertical a la integración de esta área en el desarrollo de la política sanitaria. Este hecho mejora su sostenibilidad y visibilidad dentro del debate sobre política sanitaria, que, durante la pasada década, estuvo regido por el objetivo de hacer que los servicios sanitarios se centraran más en el/la usuario/a y al mismo tiempo que fueran más rentables; así, se reformó radicalmente el modo de funcionamiento y financiación del sector sanitario.

Se ha escrito mucho acerca del impacto de las reformas del sector sanitario en relación a sus costes y, en parte, respecto a los resultados en salud. Hasta la fecha, las evidencias obtenidas de forma sistemática acerca del impacto de las reformas en la atención sanitaria en cuanto a la salud reproductiva son escasas. ¿Cómo afecta a las embarazadas la introducción de tasas económicas a la utilización de los servicios sanitarios durante el embarazo? ¿Cómo afecta la introducción de un seguro médico en cuanto a la utilización de anticonceptivos y en los abortos? Respecto a las personas desempleadas y a aquéllas que carecen de acceso a los recursos económicos, muchas de las cuales son mujeres que trabajan en la economía informal o son «dependientes» en el sentido de que tienen que depender de los ingresos y del seguro de sus maridos, ¿qué medidas se toman para su protección? ¿Se han desarrollado metodologías apropiadas para medir el impacto de todos estos cambios en la salud maternal y en la salud sexual y reproductiva de la juventud o en la incidencia de infecciones de transmisión sexual?

En este número de *Entre Nous*, intentamos reflejar los debates que existen actualmente en esta materia, que también se han tratado en la última reunión mundial de Consejeros/as Regionales de la OMS para la Salud Reproductiva. La reunión subrayó la necesidad de realizar más investigación sobre el impacto de las reformas del sector sanitario que afectan a los servicios de salud reproductiva y sus resultados, así como en los derechos de salud sexual y reproductiva de las personas.

También en este número, presentamos una propuesta de metodología de estudio que ha sido probada en varios países de la región por el Dr. Staugaard, como el estudio llevado a cabo en Bosnia Herzegovina por la Dra. Hedia Belhadj.

En la sección de Recursos, encontrarán información acerca de los perfiles de HiT (sistemas de atención sanitaria en transición) creados por el *Observatorio europeo de sistemas de asistencia sanitaria*, que es una iniciativa de la OMS y de otros ocho socios. Hasta la fecha, un equipo de profesionales internacionales ha analizado exhaustivamente los sistemas sanitarios de más de 44 países. Los

HiT proporcionan un análisis descriptivo de cada sistema de atención sanitaria en cada país y de las iniciativas de reforma que se están realizando o se van a llevar a cabo. Su intención es proporcionar información comparativa relevante que apoye a los/las responsables del diseño de las políticas y a los/as analistas en el desarrollo de los sistemas de atención sanitaria y sus reformas en muchos países, incluidos los de Europa.

Además, en este número de Entre Nous, presentamos las principales áreas de trabajo de la Iniciativa por un embarazo más seguro a nivel mundial en la región europea. Además del país en que se lleva a cabo la experiencia piloto, Moldavia, muchos otros países en la región han expresado su interés en adherirse a la Iniciativa, con lo que se refleja un mayor compromiso político en la mejora efectiva de la salud maternal y en la reducción del sufrimiento y la mortalidad materna. Con el fin de alcanzar los objetivos de la Iniciativa por un embarazo más seguro será necesario incluir las acciones recomendadas en las reformas del sector sanitario que se están llevando a cabo.

Esperamos, por ello, que *Entre Nous* pueda apoyar y estimular el debate existente y, como siempre, esperamos sus comentarios, sugerencias y experiencias.

Una vez más, gracias a todos/as por vuestro compromiso, cooperación y amistad durante todos estos años. Tengo muchas ganas de continuar con la difusión de nuestro trabajo conjunto. En nombre de nuestros/as colaboradores/as y lectores/as, me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento al equipo editorial de *Entre Nous*, Jeffrey Lazarus y Dominique Gundelach, así como al Consejo editorial por su orientación y asesoramiento.

Dra. Assia Brandrup-Lukanow [assia.brandrup-lukanow@gtz.de] Editora jefa

3

# LAS REFORMAS DEL SECTOR SANITARIO Y LA SALUD REPRODUCTIVA

Resumen del informe de la reunión de los/las consejeros/as regionales la OMS sobre salud reproductiva Oficina Regional Europea de la OMS, Copenhague, Dinamarca

l Departamento de Salud
Reproductiva e Investigación de la
OMS está realizando una nueva investigación que se centrará en el impacto que
causarán las reformas sanitarias en cuanto a
accesibilidad y utilización de los servicios de
salud reproductiva, así como sus consecuencias en la salud reproductiva. El objetivo será
orientar sobre los enfoques recomendables
basándose en la evidencia, para la implementación de las reformas sanitarias relacionadas
con la salud sexual y reproductiva, tanto a los
países como a las personas que aportan
recursos económicos.

Un tema clave que se puso de relieve en la reunión de Consejeros/as Regionales de la OMS sobre salud reproductiva fue la necesidad de un enfoque holístico para definir el marco de las reformas del sector sanitario, que de acuerdo con el *Informe sobre Salud Mundial* del año 2000 se definió como «cambios sostenibles y determinados que mejoren el sector sanitario». Algunos de los elementos que integran este concepto holístico son: financiación, distribución de recursos, reorganización de funciones, descentralización y marco jurídico.

A la salud sexual y reproductiva (SSR) se le ha concedido una prioridad menor en las políticas sanitarias nacionales y mundiales, como se observa en la omisión de SSR en la *Declaración del milenio* y en la disminución de concesión de fondos económicos no sólo a la SSR sino también a la atención primaria. Una cuestión crucial es cómo los/las responsables de diseñar políticas pueden, con una actitud previsora, asegurar el máximo beneficio en cuanto a la SSR con las reformas del sector sanitario.

#### Descentralización

La evaluación del impacto causado por la descentralización en la SSR fue una prioridad y, por ello, se vio que era necesario desarrollar unas herramientas y metodologías apropiadas para dicha evaluación. El enfoque, denominado «espacio de decisión», ha sido probado y debería tenerse en consideración. Propone una base (individual o institucional) con objetivos específicos y los/as agentes necesarios para implementar las actividades a fin de alcanzar esos objetivos. Se centra en la descripción de políticas e implementación de acciones.

Se ha observado con cierta preocupación que, en algunos casos, la descentralización de la gestión sanitaria ha llevado a que se conceda una menor prioridad a la SSR, y que, por tanto, era necesario asegurar que se considerase la SSR como un componente clave de los servicios sanitarios periféricos y asignar suficientes recursos a la SSR como parte inte-

grante de cualquier proceso de descentralización.

#### El impacto de la financiación en la SSR

Asimismo, se identificó que era necesario llevar a cabo objetivos operativos para todos los elementos de las reformas del sector sanitario de modo que se facilitara su monitorización y evaluación. En este proceso, la tasa de mortalidad materna (TMM) es un indicador clave de la distribución equitativa de recursos. Se observó que algunos elementos de las reformas del sector sanitario causan un efecto positivo en la TMM, incluso cuando no exista un crecimiento económico. No obstante, se hizo hincapié en observar que las reformas por sí mismas no podían compensar los limitados recursos.

Se observó que algunos de los nuevos planes de seguros reducían el acceso a los servicios de SSR a ciertos grupos de la población, con lo que se acentuaba la falta de equidad. Se debatió el tema de la contratación de servicios sanitarios y se señaló que este enfoque podría ser una estrategia rentable en algunos casos, aunque debería evaluarse de forma precisa.

#### Necesidades de investigación

- Cómo documentar la movilización de
- · Cómo medir y asegurar la accesibilidad.
- Cómo medir la rentabilidad de los elementos de la reforma del sector sanitario.
- Cómo medir la magnitud de la violencia de género.
- Cómo medir la rentabilidad de las reformas del sector sanitario.

### Puntos críticos en el ámbito de las políticas y programas

- Cómo movilizar recursos adicionales para la SSR.
- Cómo asegurar una distribución de recursos basada en las necesidades existentes.
- Cómo reducir la inequidad como parte de las reformas del sector sanitario.
- Cómo asegurar que todas las personas interesadas se impliquen activamente en la organización e implementación de las reformas.
- Cómo diseñar las reformas para los países que se están recuperando de un conflicto bélico.

#### Revisión del enfoque sectorial

Se consideró que un enfoque sectorial constituía una estrategia para mejorar la gestión de la cooperación al desarrollo, lo que conducía a lograr una mejora en la relación calidad-precio y en los resultados. Por tanto, este enfoque implica una colaboración estructurada y coordinada entre los gobiernos nacionales y agentes de desarrollo externo. Se hizo constar en la reunión que, aunque este tipo de enfoque podría ser una forma efectiva de implementar y mantener las reformas del sector sanitario, éstas deben basarse en un proceso participativo. Algunas cuestiones cruciales son:

- Cómo medir el impacto de los enfoques sectoriales respecto a la SSR.
- Cómo disponer de documentación específica respecto a las reformas en cada país.

#### Colaboraciones públicas y privadas

La reunión subrayó el hecho de que las colaboraciones públicas y privadas (CPP) han logrado una mayor relevancia como parte integrante de las reformas del sector sanitario. Por tanto, era importante que los gobiernos crearan entornos de apoyo para las CPP. No obstante, se observó que la privatización podría llevar a un incremento del vacío existente y una desviación de las prioridades. Algunas cuestiones clave que quedan sin contestación son:

- ¿Cómo puede ser documentado el impacto de las CPP sobre los servicios de SSR y sus consecuencias sobre la SSR?
- ¿En qué medida las CPP tienen una relevancia específica para la SSR?

#### Derechos sexuales y reproductivos

La reunión hizo hincapié en la necesidad de no separar el derecho a la salud sexual de los derechos reproductivos. Es más, se concluyó que era fundamental la integración de los elementos de la salud sexual con los elementos de la salud reproductiva en los programas y servicios.

Por último, las Oficinas Regionales para Europa y para África de la OMS han preparado una serie de estrategias regionales a seguir respecto a la SSR. La Unión Europea se halla en el proceso de desarrollar una estrategia de este tipo en cuanto a la SSR y se ha considerado importante asegurar la óptima colaboración entre la OMS y los gobiernos regionales y las organizaciones no gubernamentales en política de desarrollo de estrategias de SSR.

### El informe completo del congreso está disponible:

Michael Mbizvo
[Mbizvom@who.int]
World Health Organization
Department of Reproductive Health and
Research (RHR)
Avenue Appia 20, CH-1211
Ginebra 27, Suiza
Tel.: (+41) 22 791-4245/ 305
Fax: (+41) 22 791-4171

# ¿CÓMO SE PUEDE EVALUAR EL IMPACTO DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SANITARIO EN LOS SERVICIOS Y LA ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN EUROPA?

Por Frants Staugård y Charlotte Rosenberg Ishøy

Las reformas del sector sanitario en Europa se han producido debido a las tendencias seculares que atraviesan las fronteras nacionales y subregionales. Parece que al menos dos categorías de factores han generado estas tendencias.



En primer lugar, las presiones externas al sector sanitario han afectado al marco básico de las políticas sanitarias. Una gran variedad de factores políticos, ideológicos, sociales, históricos, culturales y, quizá por encima de todo, económicos, han determinado los contenidos y la naturaleza específica de las reformas sanitarias en cada país. En segundo lugar, los problemas sanitarios existentes y, en algunos casos, los deteriorados estándares de salud de determinados sectores de la población, además de los problemas dentro del sistema de prestación de servicios sanitarios en cada país, han llamado la atención de los/las responsables de plantear nuevas políticas y ha mostrado las reformas necesarias en el sector sanitario.

Se ha desarrollado un protocolo para que lo utilicen aquellos países que deseen revisar elementos específicos de las reformas del sector sanitario y el impacto directo o indirecto sobre los resultados y servicios de salud reproductiva. Basándose en esa revisión será viable que los países modifiquen o refuercen aquellos elementos de sus reformas que afectan al sector sanitario y, por tanto, mejoren los indicadores de salud reproductiva con una perspectiva a largo plazo. Este protocolo se ha llevado a cabo como experiencia piloto en dos países europeos, Eslovaquia y la República de Moldavia, y se presenta brevemente en este artículo. El Programa de salud sexual y reproductiva de la Oficina Regional para Europa de la OMS ha publicado informes exhaustivos con los resultados obtenidos en estas dos experiencias piloto; las copias de dichos informes están disponibles previa solicitud.

#### Objetivos, hipótesis y métodos

Los estudios piloto se proponen:

- Evaluar el impacto de las reformas del sector sanitario respecto a los resultados y servicios de salud reproductiva.
- Analizar la correlación entre elementos específicos de las reformas del sector sanitario y una o más de las áreas estratégicas o elementos principales del programa nacional de salud sexual y reproductiva.
- Añadir los puntos de vista y opiniones de las personas responsables de diseñar políticas, las personas organizadoras, las proveedoras de atención sanitaria, las beneficiarias y los grupos de interés, en cuanto al impacto de las reformas del sector sanita-

- rio en la salud sexual y reproductiva en relación a las estadísticas nacionales a fin de observar las tendencias en los indicadores estándar relativos a la salud sexual y reproductiva.
- Formular propuestas de acuerdo a las necesidades sobre las modificaciones o enmiendas de elementos específicos de las reformas del sector sanitario nacional, para influir de modo positivo en los resultados y servicios de salud reproductiva.

Las cuestiones específicas a cada estudio piloto se formularon conforme a dos herramientas de recogida de datos: una centrada en indicadores y búsqueda por palabras clave, y otra, en cuestiones recogidas mediante entrevistas que se desarrollaron para el protocolo del estudio. Estas herramientas de recogida de datos también están disponibles previa solicitud. Las preguntas se formularon de acuerdo a los documentos oficiales de la OMS, en los que figuran directrices para la selección de los indicadores nacionales y mundiales adecuados para la monitarización de los estándares de salud reproductiva, según la literatura de la OMS para el análisis de las estrategias actuales de las reformas de la asistencia sanitaria en general, y de las estrategias para la mejora de la salud reproductiva en Europa Central y Oriental en particular.

En los estudios piloto se definieron cuatro hipótesis de estudio. Estas hipótesis deberán ser modificadas en nuevos estudios que se realicen, de modo que incluyan hipótesis que contemplen la situación socio-económica y la evolución de las tendencias de los indicadores claves en SSR del país de estudio. Los estudios realizados en el país piloto estuvieron guiados por objetivos operativos y se dividieron en cuatro fases de estudio que se revisan a continuación. El enfoque de implementación de los estudios piloto podría ser de utilidad a las y los investigadora/es que deseen llevar a cabo estudios similares en otros estados miembros. Este enfoque de estudio se basa en la experiencia obtenida en los dos estudios piloto.

#### Fase de estudio I: Revisión documental

Al principio, para proporcionar un perfil detallado de la situación específica de cada país, debería llevarse a cabo una revisión de toda la literatura relevante disponible, así como de los documentos relacionados con las reformas del sector sanitario, los servicios de salud sexual y reproductiva, indicadores y resultados. La búsqueda de la literatura estaría guiada por palabras clave, definidas en las herramientas de recogida de datos.

La búsqueda de literatura específica debería acompañarse de una revisión sistemática de todos los elementos existentes sobre la legislación sanitaria y de todas las reformas del sector sanitario relevantes en una o más de las áreas estratégicas principales de un programa general sobre salud sexual y reproductiva.

#### Fase de estudio II: Protocolos de estudio específicos por países

Luego debería desarrollarse, para cada país, un protocolo de estudio específico y unas herramientas de recogida de datos, que tuvieran en cuenta la diversidad y el ámbito de las actividades del programa nacional de actividades de salud

nacional de actividades de salud sexual y reproductiva existente, así como las cuestiones prioritarias para el estudio nacional.

## Validación de las herramientas de recogida de datos.

A continuación del desarrollo del protocolo de estudio específico para cada país y las herramientas de recogida de datos, éstas deberían validarse en zonas geográficas seleccionadas y en muestras representativas de destinatarios/as, de forma que sea posible la realización de modificaciones de las herramientas de recogida de datos, en caso de que sea necesario.

### Formación de las personas entrevistadoras

Con anterioridad al comienzo de la recogida de datos, las personas entrevistadoras necesitan una formación bajo la supervisión de investigadores/as con experiencia, que puede formar parte del proceso de validación de estas herramientas.

#### Fase de estudio III:

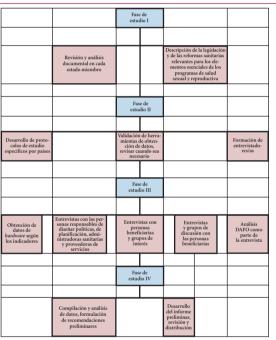
Recogida de información estadística actualizada de los indicadores de salud sexual y reproductiva.

Como primera actividad en la fase III del estudio específico por países, debería procederse a la documentación de todas las tendencias y los indicadores de *hardware* relevantes con referencia a las áreas estratégicas o elementos centrales de un programa general de salud sexual y reproductiva. A los efectos de los estudios piloto mencionados anteriormente, se incluyó un elemento principal o área estratégica adicional, con el fin de proporcionar información complementaria acerca de los asuntos específicos de cada país

relacionados con la equidad, los derechos humanos, la abogacía y el *mainstreaming* de género.

#### Entrevistas con las personas responsables de elaborar políticas, de planificación, proveedoras de asistencia sanitaria, beneficiarias y grupos de interés

Como segunda actividad de la fase III, deberían realizarse una serie de entrevistas con representantes de los gobiernos, las autoridades y las agencias, y representantes de las/los proveedoras/es de servicios de atención a la salud reproductiva en cada uno de los países



Cuadro 1: Secuencia cronológica de los elementos de las cuatro fases en la planificación, implementación y realización de informes, de los estudios específicos por países sobre el impacto en la salud sexual y reproductiva de las reformas del sistema sanitario.

participantes. Tras estas entrevistas iniciales, los/las investigadores/as deberían reunirse con representantes de otras entidades y agencias a nivel central, regional y de distrito, implicados/as en la planificación y gestión de los distintos componentes de las reformas del sector sanitario así como en la planificación e implementación de las actividades de los servicios de salud reproductiva, con el fin de disponer a través de ellas/os de información relevante. Asimismo, deberían fijarse encuentros con representantes de organizaciones no gubernamentales y grupos de interés comprometidos con temas y problemas asociados con el comportamiento sexual y reproductivo. Las percepciones de las personas beneficiarias inmediatas, con respecto al impacto del proceso de reforma del sector sanitario que se está implementando en

varios aspectos de la salud sexual y reproductiva y los servicios de salud, deberían describirse tal como se experimentan desde su propia situación y añadirse al estudio del país de que se trate. La finalidad de complementar los datos cuantitativos con información cualitativa procedente de las entrevistas a diferentes grupos de informantes es crear una imagen triangular de la realidad de la salud sexual y reproductiva en cada país en concreto. Esta información es importante para cada una de las áreas estratégicas de los programas de salud sexual y reproductiva, así como en relación a la equidad, derechos humanos, abogacía y mainstreaming de género.

Como una parte esencial de cada tipo de entrevista, como ya se ha descrito anteriormente, debería estar previsto el obtener información cualitativa respecto a debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO), en relación a las reformas actuales y futuras del sector sanitario, así como su impacto real o potencial en los resultados y servicios de salud sexual y reproductiva.

### Métodos para la recogida de datos cualitativa

Los grupos de discusión, las entrevistas estructuradas y semiestructuradas son técnicas de recogida cualitativa de datos que pueden usarse de manera exclusiva o combinada para la finalidad de este estudio.

Los grupos de discusión combinan varias ventajas, entre las que se incluyen la flexibilidad, un relativo bajo coste, unos resultados potencialmente rápidos y una capacidad para incrementar la muestra de un estudio cualitativo.

Los grupos de discusión son válidos si se emplean con precisión en un tema para el que resultan apropiados. Con relación a ciertos temas de salud sexual y reproductiva podría haber algunas cuestiones que fueran especialmente delicadas en un país determinado, de modo que no pudieran tratarse directamente y que pudieran afectar a la validez de los resultados. Por otra parte, los grupos de discusión también tienen ciertas limitaciones que pueden afectar a la calidad de los resultados, por ejemplo, los/las investigadores/as tienen menos control que en las entrevistas individuales, el análisis de datos es laborioso, la comparación de los debates de grupo es difícil y es complicado convocar a algunos grupos destinatarios para la realización de los debates en los grupos de discuUna entrevista estructurada se caracteriza por un cuestionario estándar con preguntas abiertas y/o cerradas, tal como se muestra en la segunda herramienta de recogida de datos en los estudios llevados a cabo en el país piloto. Esta técnica es apropiada si la persona entrevistadora no tiene mucha experiencia, debido a su forma estructurada. Asimismo, tiene un menor coste temporal y de recursos que las entrevistas semiestructuradas. El inconveniente es que los resultados pueden quedar supeditados a las limitaciones del cuestionario estándar.

Una entrevista semiestructurada se caracteriza por un perfil más flexible.
Normalmente, las entrevistas adoptan la forma de un diálogo sobre temas seleccionados. Esta modalidad de entrevista generalmente es muy satisfactoria en cuanto a la obtención de nuevas perspectivas respecto al objetivo del estudio y su comprensión. En este caso se necesitan personas entrevistadoras con más experiencia, quienes habrán de tener una actitud abierta y concentración durante las entrevistas.

#### Fase de estudio IV: Análisis de los datos de hardware

Los análisis cuantitativos y cualitativos de los resultados del estudio deberían configurar la primera etapa de la fase IV del estudio. Según los resultados obtenidos, se pueden elaborar conclusiones y recomendaciones relativas a elementos específicos de las reformas del sector sanitario con el fin de tener un impacto positivo en los resultados y servicios de salud sexual y reproductiva. Mientras que el análisis de los datos de hardware, que se obtienen de las bases de datos nacionales y mundiales, es comparativamente sencillo y en gran medida facilitado por la disponibilidad de análisis de tendencias (por ejemplo, en la base de datos de la OMS de Salud para todos), sin embargo, el análisis de los resultados desde los datos del software procedentes de las preguntas abiertas en las herramientas de recogida de datos para los estudios por países, podría ser más complicado para las personas que llevan a cabo la investigación ya que se prestan más a la interpretación.

#### Análisis de los datos de software

Existen muchos métodos diferentes para realizar el análisis de los datos cualitativos. La codificación abierta, axial y selectiva es el método más frecuentemente aplicado en la investigación en Salud Pública. La ventaja es el modo convincente y sistemático que tiene el método para procesar los datos. No se

pretende interpretar las experiencias del individuo, sino más bien descubrir patrones y diferentes contextos derivados de las experiencias de las personas encuestadas. Todas las fases del método se describen minuciosamente en los manuales estándar, a diferencia de otros métodos de análisis, por ello resulta de muy fácil acceso a las personas que investigan en salud pública. El inconveniente de usar este método es que no se analizan la totalidad de matices que ofrecen los datos y que el discurso de las personas entrevistadas es susceptible de sacarse de contexto cuando el análisis no está suficientemente detallado.



En el proceso de codificación y análisis de los datos del grupo de discusión y de las entrevistas estructuradas o semiestructuradas realizadas para el estudio, pueden utilizarse, conjunta o separadamente, programas de software tales como Nvivo y Nud\*ist. Nud\*ist es un programa sencillo que codifica grandes cantidades de datos, mientras que Nvivo es un versión posterior y actualizada de Nud\*ist. Los dos programas pueden combinarse fácilmente en caso de que sea necesaria una mayor flexibilidad para el manejo de datos. Una de las ventajas de Nvivo es que el personal de investigación puede combinar el trabajo desde diferentes lugares de la investigación. Asimismo, los elementos cualitativos pueden, para un análisis en mayor profundidad, importarse y exportarse a programas cuantitativos como el SPSS y las bases de

datos de la OMS. La información sobre el *software* está disponible en www.QSR.com.au. En este sitio web también figuran enlaces a otros programas de *software* cualitativos.

La validez y fiabilidad de los resultados del estudio también son criterios importantes. En el proceso de diseño de un grupo de discusión o de un entrevista estructurada o semiestructurada, deben tenerse en cuenta varias consideraciones respecto a los criterios de inclusión, estrategias de muestreo, así como dónde y cuándo deberían llevarse a cabo las entrevistas, por ejemplo, en el domicilio particular de la persona encuestada,

transcripciones, notas u observaciones grabadas en vídeo o magnetófono. Asimismo, es importante tener en cuenta todo lo relativo a los asuntos éticos, para lo cual debe obtenerse permiso de los comités de ciencia ética relevantes y de todas las partes implicadas.

La experiencia teórica, profesional y personal del personal de investigación también debe ser considerada y clarificada. Las personas investigadoras de la parte cualitativa deben tener presente que no sólo afectan al proceso, sino que forman parte del mismo. Es fundamental que se trate explícitamente el modo en que el personal investigador influye en el análisis y, por tanto, en los resultados.

## Desarrollo de la preparación del informe

Una vez finalizado el estudio de cada país, se redactaría un

primer informe con los principales resultados, conclusiones y recomendaciones del estudio. Este informe debería entregarse a las autoridades y otras personas interesadas en el estudio de cada país. Las respuestas obtenidas deberían incluirse en el siguiente informe, con anterioridad a la elaboración de las recomendaciones definitivas, teniendo en cuenta las modificaciones de los elementos específicos de las reformas del sector sanitario.

### Indicadores de *hardware* de ámbito nacional

Los indicadores de resultados de salud sexual y reproductiva se dividen en dos categorías, la primera de las cuales podría denominarse correctamente indicadores de *hardware*, los

cuales proporcionan al estudio datos oficiales y no oficiales acerca de la efectividad de las políticas nacionales, servicios y estrategias de salud sexual y reproductiva. Los indicadores deberían clasificarse según cada uno de los elementos estratégicos del programa nacional de salud sexual y reproductiva. Cuando fuera conveniente y posible, los indicadores deberían desagregarse por sexos.

#### Indicadores de software

La segunda categoría de indicadores bien podría recibir el nombre de indicadores de software, puesto que esta información debería reflejar las opiniones y percepciones de personas responsables de elaborar políticas, responsables de planificación, proveedoras de atención sanitaria. beneficiarias y grupos de interés de los servicios de salud reproductiva respecto a la adecuación, relevancia, eficiencia, disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud reproductiva así como a la conveniencia y relevancia de las estrategias y políticas de salud reproductiva. Los indicadores deberían desarrollarse de acuerdo con los criterios generales relativos a la utilidad, criterio ético, representatividad, validez, sensibilidad y especificidad de cada indicador dado.

### Debate de temas y problemas metodológicos

La evaluación de la efectividad y el impacto de las reformas del sector sanitario en los resultados y servicios de salud sexual y reproductiva sólo es posible llevarla a cabo con una perspectiva a largo plazo. De este modo, con la evaluación se mide el nivel de éxitos de las reformas en la mejora de los estándares de salud sexual y reproductiva de varios grupos de personas beneficiarias. En la evaluación del proceso de reforma durante un período de tiempo más largo, resultará muy valioso el listado de la OMS referente a los indicadores nacionales y mundiales.

Sin embargo, la información cuantitativa detallada acerca de algunos de los indicadores mundiales definidos no está fácilmente disponible en las bases de datos nacionales o mundiales. Parte de la información de estas bases de datos sólo proporciona a las personas que llevan a cabo la investigación unos indicadores indirectos acerca de la efectividad de las reformas sanitarias en los temas de salud reproductiva.

A corto plazo, se observa la necesidad de monitorizar el avance del proceso de reforma mediante la evaluación de la eficiencia en la implementación de aquellos elementos que estén relacionados directa o indirectamente

con los servicios de salud sexual y reproductiva. Dicha monitorización podría producirse a través de la recogida de datos cuantitativos y cualitativos sobre el proceso de implementación de reformas en relación con: la descentralización de los servicios sanitarios, el fortalecimiento del sector de atención primaria, el papel y la función de los garantes en este sector, especialmente el/la médico/a de medicina general, la calidad, disponibilidad y accesibilidad de la atención prenatal y los servicios de interrupción voluntaria del embarazo a distintos grupos de beneficiarias, la privatización de algunos servicios sanitarios y, finalmente, el papel y la función que desempeñan los planes de seguros médicos respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva. No obstante, los indicadores de procesos de esta naturaleza, que permiten a las personas investigadoras evaluar la eficiencia del proceso de reforma sanitaria en general y la eficiencia de los elementos de reforma en particular, en relación, directa o indirecta, con los servicios de salud sexual y reproductiva, no están disponibles por lo general y, a menudo, se obtienen a través de encuestas específicas. Por otra parte, queda pendiente la definición de los indicadores aplicables mundialmente respecto a la eficiencia de las reformas sanitarias.

Si los estudios específicos por países acerca del impacto de las reformas sanitarias en cuanto a la salud sexual y reproductiva tienen como objetivo la evaluación de la eficacia de las reformas tanto a largo como a corto plazo, es muy importante añadir, a la información cuantitativa, información cualitativa, respecto a la visión y percepciones de las personas que serían las beneficiarias inmediatas, así como de otros grupos destinatarios a quienes se dirigen las reformas, y de este modo optar por un enfoque triangular en cada estudio específico que se lleve a cabo en cada país.

#### Conclusiones de los estudios piloto

En la hipótesis planteada para los estudios pilotos se sostenía que era posible identificar una correlación (positiva o negativa) entre elementos específicos del proceso de reforma del sector sanitario por una parte, y los resultados y servicios de salud sexual y reproductiva por otra, en cualquier país dado. Sin embargo, múltiples factores no determinados afectan a los indicadores de desarrollo sanitario y de salud sexual y reproductiva, y en particular, a los indicadores sanitarios respecto a grupos especialmente vulnerables en una determinada sociedad. Así, resulta difícil y, en la mayoría de los casos imposible, establecer la relación de causalidad de

cualquier elemento dado de las reformas del sector sanitario y los resultados de salud sexual y reproductiva, medida con los indicadores estándar.

No obstante, es posible extraer conclusiones provisionales con referencia a una posible correlación positiva entre los elementos específicos de la reforma del sector sanitario y los resultados y servicios de salud sexual y reproductiva. No debería olvidarse que las tendencias generales de desarrollo socioeconómico (tanto las negativas como las positivas) en cualquier sociedad dada, son los determinantes más importantes para las tendencias de desarrollo de la salud pública en general, y en el desarrollo de la salud sexual y reproductiva en particular.

Sin embargo, la ventaja de establecer una hipótesis de que las modificaciones del proceso de reforma del sector sanitario podría contribuir a una inversión de las tendencias negativas de los indicadores de salud sexual y reproductiva, a pesar de la disminución del desarrollo socioeconómico en la sociedad en general. Esta hipótesis o supuesto podría ser de una especial relevancia para aquellas modificaciones de elementos del proceso de reforma del sector sanitario que específicamente se dirijan a los grupos de población más vulnerables. Por tanto, la metodología de estudio propuesta podría ofrecer a las personas responsables de la planificación de la salud pública y a las responsables de diseñar políticas una herramienta adecuada para mejorar la calidad de los resultados y servicios de salud sexual y reproductiva, puesto que identifica problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva que pueden tratarse y, en el mejor de los casos solucionarse, mediante modificaciones de elementos de las reformas del sector sanitario, incluso ante la ausencia de una mejora socioeconómica global para la población en general, y para las personas que constituyen grupos de población especialmente vulnerables en particular.

El protocolo de estudio completo, con la inclusión de las herramientas de recogida de datos así como los estudios piloto, pueden solicitarse a Frants Staugård.

Frants Staugård, Médico, MPH, Dr. Med Sci [frants\_staugard@yahoo.se] Consejero del Programa de salud sexual y reproductiva Oficina Regional para Europa de la OMS

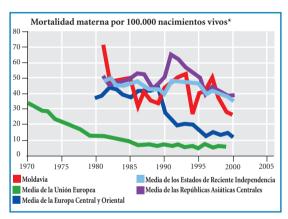
Charlotte Rosenberg Ishøy, Bsc, MPH [cishoey@worldonline.dk]

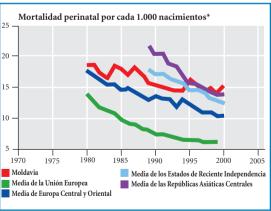


# INICIATIVA POR UN EMBARAZO MÁS SEGURO

#### Embarazos más Seguros en Europa (EMS)

La iniciativa EMS fue puesta en marcha en la región europea en 2001. Mientras las tasas de mortalidad materna y perinatal son relativamente bajas en la Europa occidental, éstas se multiplican por diez en otros países de la región. Las áreas de actuación específicas que se plantearon incluyen: las diferencias significativas en el acceso a los servicios sanitarios, algo habitual en los sistemas centralizados donde los diferentes niveles de atención no están integrados; la ausencia de un enfoque multidisciplinar en los cuidados perinatales; el uso del aborto para compensar una inadecuada anticoncepción; la sobremedicación; la excesiva dependencia o el uso inadecuado de la tecnología y los fármacos; la carencia de equipos y medicamentos básicos. La inestabilidad política, la guerra, los desplazamientos, la migración y las crisis económicas contribuyen también a la escasa cali-





\* Últimos datos disponibles

dad de los diferentes niveles de atención.

La OMS ha colaborado con sus socios en la preparación de un plan regional sobre EMS basado en actividades y programas ya existentes y cumpla los desafíos específicos de la región.

La iniciativa EMS en la Región Europea se basa en programas previos como el de Promoción para una Atención Perinatal Eficaz (PECP).

La atención perinatal debería:

- Ser desmedicalizada
- Utilizar una tecnología adecuada
- Estar basada en la evidencia
- Ser multidisciplinar
- Ser holística
- Estar centrada en la familia
- Implicar a las mujeres en la toma de decisiones
- Estar culturalmente adaptada y
- Tener un sistema de referencia

PECP

#### EMS en Moldavia

La República de Moldavia es el lugar donde se lleva a cabo la experiencia piloto de la iniciativa EMS en la región europea. Gran parte de la población moldava vive en la pobreza, y los servicios de atención primaria se limitan a la detección de riesgos y la derivación a niveles más especializados de atención. Existe también un uso insuficiente de los enfoques basados en la evidencia en la atención secundaria y terciaria, que es donde tienen lugar la mayor parte de las muertes

maternales y perinatales. Además, los servicios de emergencia se demoran con frecuencia, especialmente en las zonas rurales.

La OMS ha desarrollado, en colaboración con el Ministerio de Sanidad y algunas organizaciones clave a nivel nacional e internacional, un plan nacional sobre EMS basado en las actividades de ámbito nacional ya en marcha sobre salud perinatal y reproductiva. Este plan tiene tres áreas de acción prioritarias: promover el modelo de atención basado en la evidencia, reforzar el papel de las comadronas y promover la atención primaria en la salud maternal y perinatal.



Indicadores de maternidad y nuevos nacimientos en Moldavia							
Población*	426						
Esperanza de vida**	67.75						
GDP per cápita (dólares americanos)**	353						
Nacimientos vivos por mil habitantes**	10.15						
Tasa de mortalidad materna, todas las causas, por cada 100.000 nacimientos viv	ros**27.07						
Tasa de mortalidad perinatal por cada 1000	15.23						
Mujeres que reciben atención previa al parto***	>95%						
Distribución de los servicios sanitarios	98%						
Incidencia del SIDA por 100.000 habitantes**	0.07						
Incidencia de sífilis por 100.000 habitantes**	115.87						
Mujeres que utilizan anticonceptivos****	74%						

- \*\* República de Moldavia: Valoración Global del País. PNUD 2000.
- \*\*\*\* Base de datos Salud para Todos. OMS/Europa, enero 2002.
- \*\*\*\* Cobertura de la Atención a la Maternidad: listado de información disponible. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (WHO/RHT/MSM96.28)
- \*\*\*\* Informe PAI, 2001. Diferencias Mundiales, Salud y Riesgos Sexuales y Reproductivos. Washington DC, Acción Poblacional Internacional, 2001.



# Construcción de la capacidad regional europea



Taller sobre las herramientas de trabajo. Copenhague, diciembre 2001. Creado para definir cómo el PEPC debería integrar las herramientas del plan EMS tanto a nivel regional como global (ver descripción de las herramientas en la página 4).



Formación para formadores/as a nivel regional, Copenhague, febrero 2002. En este curso se han utilizado las herramientas de formación EMS/PEPC revisadas y traducidas al ruso, con el fin de incrementar el número de formadores/as regionales, especialmente matronas, y para proporcionar métodos de formación actualizados.



#### Actividades en Moldavia



Reunión para la Planificación y Presentación de la iniciativa EMS en Chisinau, República de Moldavia, enero 2002.



Auditoría sobre la Calidad de la Atención: ejemplos de interrupciones de embarazo y atención perinatal. Profesionales experta/os y un consultor del Royal College de Ginecología y Obstreticia, compararon el manejo de casos existentes con las nuevas experiencias internacionales y las mejoras recomendadas en la práctica clínica y la legislación.



Fundación del Centro de Documentación sobre EMS, bajo la responsabilidad del Director Nacional Profesional. El centro proporciona una valoración de los antecedentes, recoge fuentes de información en internet y de la literatura impresa, y apoya actividades e investigación bibliográfica sobre el tema.

Refer Mary

El curso sobre EMS Atención a la Madre y Recién Nacida/o Basada en la Evidencia, se diseñó para la región europea y se tradujo al ruso. El primer modelo de curso fue llevado a cabo en Moldavia en abril de 2002, con profesionales experta/os locales y en colaboración con personas de referencia del Ministerio de Sanidad con el fin de elaborar una directrices clínicas. El personal docente procedía de Escocia, Georgia y Moldavia. Uno de los objetivos del curso era introducir conceptos clave sobre la biomedicina basada en la evidencia, desarrollar habilidades para identificar y valorar críticamente la evidencia en la investigación, y desarrollar un curso piloto para apoyar la formación y difusión sobre la atención maternal y neonatal basada en la evidencia. En la actualidad está siendo implementada la formación en cascada de formadores/as de Moldavia.



#### Principales referencias

Las siguientes referencias sobre formación y seguimiento, disponibles en ruso e inglés, han sido actualizadas y adaptadas a las necesidades locales en 2002. Se utilizan en la orientación, planificación e implementación de actividades de EMS/PEPC en la región europea y son coherentes con otras herramientas utilizadas en ella.





Manejo de las Complicaciones durante el Embarazo v el Parto. Alrededor del 15% de las mujeres embarazadas, desarrollan complicaciones potencialmente graves durante su embarazo, parto y el posparto. Estas com-

plicaciones son mejor atendidas en recursos que proporcionan una atención integral en los servicios de urgencias.

Desafortunadamente, no todas las mujeres derivadas a los servicios de urgencias para tratar dichas complicaciones, son tratadas con rapidez y eficacia. En esta guía las intervenciones están basadas en las últimas experiencias disponibles. Con el objeto de lograr una rápida detección de los riesgos, intervención y derivación de los casos, el texto está organizado por síntomas para lograr una consulta práctica. Este manual está orientado a matronas, médicos/as y otros profesionales responsables de llevar a cabo la atención de las complicaciones obstréticas y neonatales.

Se ha traducido al ruso y adaptado a las necesidades de la Región.



Cuidados esenciales en el periodo antenatal, parto y posparto. La OMS realizó este manual para la Europa Central (CEE), los Estados de Reciente Independencia (NIS) y las Repúblicas Asiáticas Centrales

(CAR) como parte del programa EMS/PEPC. Pretende mejorar los conocimientos y la práctica de los y las profesionales sobre atención obstétrica básica. Este manual, actualizado en 2002, presenta una orientación clínica y propone protocolos basados en la evidencia clínica en temas como la anemia, trastornos de hipertensión,





Cuidados básicos canal Newborn Com and Oremworksto de Reciente

del/la recién nacida/o v lactancia. Esta referencia está actualizada y es parte de la serie de instrumentos desarrollados por la OMS para Europa Central (CEE), los Estados

Independencia (NIS)

y las Repúblicas Asiáticas Centrales (CAR) en el contexto del programa EMS/PEPC. Con ella se pretende mejorar tanto el conocimiento como la práctica del cuidado del/la recién nacida/o, así como desarrollar las correspondientes habilidades y actitudes entre el personal médico, de enfermería y matronas responsables de la atención neonatal en los centros de salud y pequeños hospitales. Intenta también fomentar la implicación del personal en su tarea sanitaria, preparándoles para ofrecer los cuidados básicos al recién nacida/o y en el programa de lactancia. Este manual ofrece orientaciones actualizadas para el manejo de la anoxia, hipotermia y bajo peso al nacer, así como para la



#### Embarazos más seguros

Organización Mundial de la Salud Oficina Regional Europea Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenague O, Dinamarca Tel: (+45) 39 17 17 17 [postmaster@who.dk] www.euro.who.int

# INTEGRAR LA SALUD REPRODUCTIVA EN EL PROCESO DE REFORMA SANITARIA EN BOSNIA-HERZEGOVINA. Por Hedia Belhadj.

Bosnia-Herzegovina está creando instituciones y diseñando políticas para alcanzar un crecimiento económico estable y el desarrollo social, mediante un cambio que va de la simple reconstrucción al desarrollo a medio plazo.

El país está compuesto por la Federación de Bosnia-Herzegovina y la República de Srpska (que incluye el Distrito de Brocke). Por primera vez, un reciente plan estratégico para la reforma y reconstrucción de los sistemas sanitarios de las dos partes del país se ha dirigido a la racionalización en el uso de los servicios, incluyendo los hospitales, la privatización, la oferta de prestaciones básicas para la atención sanitaria de las personas sin recursos económicos, y la redistribución de los recursos. En todo caso, la estrategia de reforma no es exhaustiva y es necesario trabajar más en el campo de la salud reproductiva y sexual.

En los años 80 Bosnia-Herzegovina poseía una infraestructura y unos indicadores de salud relativamente desarrollados en comparación con otros países de centroeuropa. La independencia en 1991 fue seguida de una guerra que destruyó muchos de los recursos médicos y fallecieron alrededor de 250.000 personas. En total, la población disminuyó de 4.39 millones en 1991 (datos censales) a aproximadamente 3.36 millones a finales de 2001, con alrededor de un millón de personas refugiadas.

El elevado número de personas desplazadas y retornadas hace de ellas un grupo excepcionalmente vulnerable. Las estructuras sociales, ya de por sí limitadas, están siendo forzadas al límite y, debido a la política de redistribución de recursos públicos e inversiones en cuidados paliativos, este grupo está siendo aún más excluido. El apoyo se está asegurando a través de la ayuda internacional, gran parte de la cual está muy dividida y se distribuye de manera aleatoria. Así mismo, la igualdad y equidad de género en las oportunidades de empleo y el acceso a otros recursos, son problemas que el país también debe resolver.

A pesar de la importante ayuda internacional, el crecimiento económico es bajo y el PIB (producto interior bruto) es un 50% inferior al de 1991. Por otro lado, la proporción de personas dadas de alta en la Seguridad Social es una séptima parte de la población total, cifra que representa la mitad del periodo pre-bélico. Sería por tanto necesario, un mayor control sobre el sector informal, el establecimiento de sistemas de regulación y un sistema riguroso de impuestos con el fin de proporcionar la renovación necesaria para cubrir los vacíos del sistema público financiero.

El porcentaje de personas jóvenes menores de 20 años es del 34%, frente al 42% en 1991, mientras que las personas de 65 y más años representan el 7,8% de la población total. El perfil de la pirámide poblacional justifica un análisis serio del tipo de estructura y de la inversión en el sector sanitario así como del sistema de Seguridad Social. Por ejemplo, los

datos sobre salud reproductiva muestran que tres cuartas partes de la población joven inician las relaciones sexuales coitales entre los 16 y 19 años. De éstos/as, el 50% no utiliza ningún tipo de anticonceptivo y no son conscientes del riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS). En la raíz de esta situación se encuentra la falta de educación sexual en los colegios y de acceso a servicios para jóvenes equipados y con personal cualificado. El acceso a la anticoncepción está limitado debido a la ausencia de una regulación gubernamental, lo que deriva en unos precios elevados y en una provisión de recursos irregular.

Entre los factores de riesgo de transmisión del VIH entre la población joven, se encuentra el sexo no seguro, el uso de drogas inyectadas por vía parenteral y la existencia de una industria del sexo no regulada. Existe un gran número mujeres jóvenes traídas de países vecinos que son forzadas a ejercer la prostitución. Para terminar con este tráfico sería necesaria una estrategia a nivel subregional con pleno apoyo de los países de origen y destino.

Las prácticas y el conocimiento sobre salud reproductiva (SR) varían entre la población general. Los estudios sobre SR realizados en 1999 muestran que casi todas las mujeres conocen al menos un método de planificación familiar moderno. El conocimiento de los anticonceptivos orales, condones y dispositivos intrauterinos (DIU) es relativamente alto (alrededor de un 95%). Los métodos menos conocidos son la vasectomía y el condón femenino. La confianza en métodos poco fiables como la marcha atrás y el método ogino, es alta (74.3% y 50.5% respectivamente). Esta es la razón por la que hay un número tan elevado de abortos entre las mujeres de 35-44 años seguido de los grupos de edad de 25-34 y 15-24.

Todas las mujeres entrevistadas en el estudio sobre salud reproductiva tenían conocimiento sobre el VIH/SIDA. Sin embargo, existe una desinformación bastante extendida sobre las vías de transmisión. Las pruebas sistemáticas como el análisis citológico estaban ya muy extendidas en el pasado, si bien no son el método para disminuir la morbilidad, como lo es la promoción del sexo seguro para frenar las ITSs, una de las principales causas del cáncer cervical. Estos resultados no muestran sino la necesidad de mejorar la información existente sobre salud reproductiva y de promover los beneficios que supone para la salud el uso de los recursos de salud reproductiva, así como la necesidad de mejorar también el acceso y la calidad de estos servicios, especialmente para los y las adolescentes.

En la actualidad, el proceso de reforma sanitaria propone centrarse en la sostenibilidad del sistema, la equidad y solidaridad, la eficiencia, la satisfacción de los y las trabajadoras y personas usuarias, y en la transición que supondría pasar de la autogestión a la economía de mercado. El hecho de enfrentarse a unos recursos escasos supone para el gobierno la necesidad de intentar establecer prioridades en la atención sanitaria (establecer unos mínimos) y unos gastos cofinanciados (con la participación de las personas usuarias) procurando siempre la transparencia. En este contexto, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en cooperación con el Banco Mundial y la Unión Europea, continuarán aportando asistencia técnica para definir e integrar unos mínimos en lo referente a los servicios de salud reproductiva que aseguren la calidad, disponibilidad y el acceso para todos los grupos de población con la garantía de prestar servicios gratuitos para los colectivos con mayor exclusión y vulnerabilidad. El Banco Mundial ha contribuido a financiar en la República de Srpska, unos servicios sanitarios básicos habiendo casi logrado este objetivo en todo el país.

# La financiación de la salud y el papel de la atención primaria

El sistema sanitario se caracteriza por tener un gran número de médicos y médicas formado/as, aunque existe todavía un desarrollo desigual en los recursos sanitarios en cuanto a su distribución geográfica, así como en la distribución del propio personal médico. Esta situación tiene como resultado un acceso desigual a la atención especializada, particularmente en las regiones rurales y con menor cobertura, y la limitación del papel de la promoción de la salud.

La provisión de fondos está asegurada a nivel local y se espera que algunos cantones compartan un porcentaje de sus fondos a nivel central para una redistribución hacia las regiones con menos recursos económicos. La información a este respecto es muy limitada, puesto que muchos de los cantones determinan ellos mismos sus prioridades y no siempre siguen sistemáticamente las de los planes nacionales. La financiación sanitaria disminuyó un 50% entre 1991 y 1997. La cofinanciación y las contribuciones obligatorias distribuidas igualitariamente entre empresarios/as y empleados/as, suponen sólo un 1/25 del capital necesario, e implica una reducción drástica en la capacidad del país para mantener el presupuesto sanitario partiendo de un sistema de pago.

A pesar de la existencia de una

proposición de ley que prioriza a las víctimas de la guerra, los servicios básicos en hospitales para la población con menos recursos, y un programa de salud que se centra en la atención primaria y la salud pública, los criterios para distribuir los presupuestos anuales de los recursos sanitarios, dependen finalmente del número de trabajadores y trabajadoras adscritos a este recurso, de su nivel de formación y de los años trabajados.

En la actualidad, la cantidad o la calidad de los servicios, no se consideran entre los criterios para la distribución de recursos. En realidad, el personal gestor de hospitales y clínicas tiene otros incentivos para que el personal continúe (a menudo innecesariamente) e incrementar la ocupación de camas, puesto que en la actualidad ésta es la forma de aumentar la proporción de recursos económicos asignados.

En cuanto al uso del sistema sanitario, debido a la mencionada escasa inversión en el sistema de atención primaria, la población tiende a acudir directamente a los niveles secundario y terciario. Esto conduce al colapso de los hospitales en algunas especialidades y a la infrautilización de los recursos en otras. El Estudio sobre Gasto y Prestaciones, de la Federación de Bosnia-Herzegovina (1999), mostró que el primer contacto sanitario no hospitalario, es el farmacéutico, o el especialista privado en lugar del médico o médica de atención primaria (MAPs), poniendo en evidencia la mala imagen que éste último y el sector público tienen entre la población general.

Un tercio de las personas que consultaron a un/a MAP en primera opción, lo hicieron en una segunda ocasión, pero fueron más las que consultaron a un/a especialista (43%). Así mismo, dos tercios de aquéllas que consultaron a un/a especialista en primera opción, lo hicieron también en una segunda ocasión, y sólo un 8% consultaron a un/a MAP la segunda vez.

Alrededor de una cuarta parte de las personas que participaron en el estudio, opinan que la calidad de la atención era muy buena aunque la proporción variaba desde menos de un 20% de aquellos que consultaron con un MAP, hasta más de la mitad de los que fueron a ver un médico o médica privado. Un estudio de los hogares en la República de Srpska, con la colaboración del Banco Mundial, indicó que el 73% de la muestra cree que es fundamental un cambio para mejorar el sector de salud.

Una de las conclusiones que se extrae del estudio es que la gente está dispuesta a pagar más si a cambio recibe unos servicios de mayor calidad. Con la reforma, se incrementará el papel del sistema de atención primaria de salud, y por tanto, un nuevo tipo de profesional, MAPs, o, idealmente, las y los médicos de familia se convertirán en "la puerta de entrada". Cualquier propuesta de ampliar las competencias de los MAPs, deberá tener en cuenta como responderá a la demanda tanto en términos de recursos y equipo óptimos, como de formación adecuada de las y los profesionales. Además, es necesario que población sea consciente de la importancia de respetar el sistema de referencia.

### Opciones para el futuro: establecer prioridades

El Estudio sobre Percepción de la Atención Sanitaria en los Hogares, en la República de Srpska (2000), mostró que la población general estaba de acuerdo en que algunos grupos prioritarios como las personas con escasos recursos, personas veteranas de guerra, la población anciana, desplazada y la retornada, deberían beneficiarse más que otras de los servicios gratuitos. Incluso un 31% manifestó que el incremento de los impuestos era una opción válida para compensar los gastos. Es necesario establecer aún una combinación de planes de seguros médicos y de una red de acuerdos con los presupuestos para la Seguridad Social.

El estudio sobre Gastos y Prestaciones de Salud (1999) realizado en la Federación de Bosnia-Herzegovina mostró que los hogares contribuyen significativamente en los costes de la atención hospitalaria y no hospitalaria en cada una de las áreas del estudio. Entre los resultados más importantes, mencionados a continuación, se manifiesta la relación insostenible entre ingresos y costes de salud:

- El 80% de las personas manifestaron haber contribuido a los gastos de los servicios tanto hospitalarios como no hospitalarios;
- El tipo de seguro no influye a la hora de pagar las consultas no hospitalarias;
- El aumento de gasto hospitalario se asocia con las estancias más prolongadas; por otro lado, este incremento en el gasto no conduce necesariamente a una percepción de mayor calidad;
- Los ingresos medios de una familia son aproximadamente 211.68, mientras que un ingreso hospitalario puede llegar a costar 102,26;
- Las estimaciones del gasto privado sugieren que el gasto sanitario es aproximadamente el 5% del PIB (Producto Interior Bruto).

Al igual que para la capacidad de pago, la muestra mostró una relación entre la edad de las personas y el nivel de gasto. Casi el doble de las personas más jóvenes, gastaba bastante menos en comparación con las más mayores. Sin embargo, debido al reducido tamaño de la muestra, estas diferencias no son estadísticamente significativas. Otro dato: las personas que tenían un seguro, era más probable que gastasen menos puesto que su seguro corría con los gastos. Más de la mitad de los no asegurados, gastaron más de 61.4, una proporción importante del salario medio, pero de nuevo las diferencias no son estadísticamente significativas.

Las personas que carecen de un seguro médico y con escasos recursos económicos, sólo pueden recibir atención sanitaria a través de organizaciones humanitarias. Así, existe un fuerte debate sobre la inexistencia de una red de seguridad para los/las más pobres. Otro punto del debate está relacionado con la gran cantidad de personas pobres en el medio rural, que quedan fuera del sistema de seguros, y con la dificultad de obtener un seguro a partir de las prestaciones por desempleo. Por último, la escasa disponibilidad de servicios unido a la imposibilidad de pagar por estos servicios, plantean la cuestión de la equidad en el acceso a los recursos, tema que el gobierno debe abordar a través de la reforma política.

#### La reforma sanitaria: avance hacia la estrategia de SR (Salud Reproductiva)

En este contexto, las autoridades nacionales del Ministerio de Sanidad, están de acuerdo en que los esfuerzos deben dirigirse hacia la atención primaria y la salud reproductiva. A pesar del retraso en hacer operativa la estrategia SR, bajo supervisión del gobierno desde 2001, las metas de la SR deberían ser: reducir el número de abortos, incrementar las tasas de prevalencia en el uso de

anticoncepción y disminuir el número de infecciones ginecológicas y de infecciones de transmisión sexual.

Por tanto, la reforma estructural basada en las necesidades percibidas mencionadas arriba, debería integrar un paquete de medidas que mejoraría el nivel de SR entre la población mediante la provisión de servicios de calidad en SR. Debería también incrementar la eficiencia en el uso de fondos a través de un sistema económico descentralizado y, por último, debería reducir la proporción de financiación estatal y de igualdad universal asegurando el acceso de los y las más pobres a través de exenciones de pago para este colectivo.

Desde 1995, la proporción de financiación de los servicios sanitarios desde la Seguridad

Social y el sector privado, se ha ido incrementando aún cuando la contribución del sector público sigue siendo significativa. Los gastos del sector privado incluyen el pago directo al personal médico, el tratamiento en clínicas privadas, la cofinanciación y el pago de fármacos adquiridos sin receta y el pago informal a algunos proveedores de servicios sanitarios.

Con el objeto de recibir una atención de mayor calidad, algunas personas usuarias acudían a las clínicas, las cuales les procuran una mejor calidad pero corrompen al mismo tiempo el sistema e incrementan los gastos



extra de las y los consumidores/as. Éste es también un problema en los servicios de SR, por ejemplo en el transcurso de los partos, interrupciones del embarazo, etc.

Un segundo impedimento para el acceso universal a la salud reproductiva, es lo que parece ser una barrera en la promoción de la anticoncepción por parte de las y los ginecólogos. Puesto que el estado se retrasaba en los pagos al personal médico, las IVEs se convirtieron en una fuente importante de ingresos para esta/os profesionales. Sin embargo, miembros de la sociedad de ginecología y obstetricia, están de acuerdo en que la anticoncepción es la clave para evitar las interrupciones de embarazos no deseados. Además, se ha introducido recientemente una barrera

económica. Esta barrera podría conducir a muchas mujeres a abortar con personal no cualificado y/o con unas infraestructuras de salud inadecuadas. Esta situación merece un seguimiento minucioso.

Una posibilidad sería contrarrestar la necesidad de abortar, con una campaña informativa dirigida a las posibles usuarias, que enfatice los beneficios de la salud reproductiva sobre la salud del bebé, la madre, y la familia en general. Para mejorar el acceso a los productos sanitarios en SR, es esencial que sean parte de la lista de fármacos básicos y que sean ofrecidos por el Ministerio

de Sanidad. De forma similar, los sistemas de seguros deben cubrir al menos una parte básica de la SR que incluya la anticoncepción, el parto seguro, los cuidados postparto, el seguimiento y prevención de enfermedades de transmisión sexual y el tratamiento de los problemas ginecológicos.

Otra opción es la de involucrar a otros profesionales sanitarios de diferentes niveles como personal de enfermería y comadronas, en el asesoramiento y el fomento de unos servicios de SR completos. Una tercera opción es la de trabajar en el contexto del programa nacional de formación para médicas y médicos de atención primaria y de familia. Con una formación adecuada y un cambio de su imagen entre la población general, las y los médicos de atención primaria, obtendrían un papel fundamental en el campo de la prevención y la atención a la familia, alcanzando grandes cupos de pacientes y limitando así los gastos. Tanto el asesoramiento sobre anticoncepción como la orientación y educación sobre problemas de salud sexual para adolescentes, deberían formar parte de su formación.

### Asegurar los servicios de SR en un sistema equitativo y eficiente

Bosnia-Herzegovina está experimentando una reforma con múltiples prioridades para la reconstrucción y potenciación de su infraestructura. Esta reforma debe asumir el objetivo de completar el proceso de racionalización en el uso de los recursos materiales y humanos, y de la normalización de la atención. Las lecciones aprendidas de los procesos de reforma en otros países, muestran que éstos no conducen automáticamente a un descenso en los niveles de salud. Más bien, pueden afectar a los principios de equidad mediante la redistribución de los recursos desde las clases medias y altas hacia las clases

socioeconómicamente más bajas (ver el protocolo de estudio de la reforma del sector sanitario y de la atención en salud reproductiva en las páginas 5-8). Las políticas dirigidas a las personas con menos recursos funcionan cuando existen opciones de servicios para aquellas personas que pueden costeárselos, acompañado de un sistema regulador eficaz que refuerce este planteamiento. Se asume que si este objetivo se logra, tales cambios influirán también positivamente en el acceso a los servicios de SP

La privatización implicará un aumento en la demanda de servicios más especializados y sofisticados tanto para el sector de la salud en general como para la SR en particular. Para el competitivo sistema *multipagador*, la cobertura universal basada en la contribución por parte de las y los usuarios, puede ayudar a mantener un equilibrio entre los diferentes niveles de atención y el control de los gastos de la atención sanitaria.

Así mismo, el criterio para la distribución de los recursos debería estar basado en el desarrollo y mantenimiento de los servicios, teniendo en cuenta las necesidades de la población atendida, el grado de sofisticación de los servicios que se necesiten v sus costes de desarrollo y mantenimiento. Esta consideración debería también hacerse a fin de llevar a cabo un seguimiento sobre la calidad de los servicios de SR, evaluándola mediante indicadores de satisfacción de las y los pacientes y de las tendencias en el uso de los recursos, incluyendo el tratamiento recibido. El pago por los servicios debería ser realizado por aquellos que puedan asumirlo, y debería así mismo existir un mecanismo de seguridad para salvaguardar el acceso a los servicios para aquellos que no puedan pagarlos, basado en la clara identificación de los grupos vulnerables.

La continuidad en la atención es también un elemento que debe ser considerado desde el principio debido a la fragmentación que supone tener diferentes niveles de atención. La continuidad se alcanza mejor cuando existen vínculos entre la atención primaria, las derivaciones y los informes estandarizados. En el contexto de la salud sexual y reproductiva, es importante para el personal médico de atención primaria (MAPs), formarse en, por ejemplo, anticoncepción, tecnologías anticonceptivas, planificación familiar, prevención y manejo de los abortos de riesgo, salud sexual y reproductiva en adolescentes, manejo de ETS, e identificación y derivación de mujeres que han sufrido abuso sexual.

El gran beneficio de que el personal de enfermería forme parte del equipo de atención primaria, es también muy relevante en el caso de la salud reproductiva. El personal de enfermería y matronas forman parte de la comunidad y por ello su relación con las pacientes es más cercana. Una inversión importante para mejorar el nivel profesional en técnicas reproductivas y de asesoramiento del personal de enfermería y matronas que trabajan en consultas y policlínicas para mujeres, se traduciría en un beneficio real para la salud, lejos del enfoque medicalizado y curativo, contribuyendo a alcanzar las metas nacionales de reducción en el número de abortos y sus consecuencias tanto en la morbilidad reproductiva como en las tasas de mortalidad.

El pluralismo introducido por la privatización es éticamente aceptable mientras deje espacio para un enfoque social de la atención sanitaria. En este momento, el gobierno se ha comprometido a limitar la privatización a los ambulantas (centros de tratamiento médico) con la esperanza de que esto motivará a las y los médicos a trabajar en el área de la medicina de familia. La política de distribución de los recursos deberá basarse en la contratación de servicios teniendo en cuenta la mejora de las medidas reguladoras y el fomento de motivaciones económicas que satisfagan los objetivos de la atención sanitaria (incluyendo los servicios de SR). Este punto podría hacerse extensivo al personal de enfermería y matronas que trabajan en el sector privado. Además, para asegurar servicios de calidad se debería trabajar de forma paralela en todos los planes de formación en medicina de familia, en la educación superior y en las estrategias relacionadas con los niveles normativizados.

Una alternativa para la cobertura pública de los recursos materiales y para financiar la SR incluye el márketing social de los anticonceptivos, especialmente de los condones. Las campañas de márketing social tienen un doble objetivo, incrementar la demanda mediante programas informativos bien diseñados y mejorar el acceso financiado a estos productos. Este proceso familiariza a la o el usuario con el producto mediante el pago de un precio simbólico, estableciendo una relación sostenible entre la o el cliente y el mercado privado.

La planificación descentralizada, como la aplicada en la Federación de Bosnia-Herzegovina, es un enfoque válido. De todos modos, la descentralización debería llevarse a cabo de forma progresiva y flexible especialmente al inicio, donde habrá cambios en algunos recursos que pasarán de un nivel terciario de atención al primario. Una de las condiciones para el éxito de la privatización con intervención pública (modelo mixto), es la mejora de la regulación en cuanto a la recaudación de impuestos y el impacto que sobre el sentido de la responsabilidad de la población tiene el

hecho de pagar tasas a un gobierno que proporciona una atención sanitaria de calidad. Además, esta consideración debería tenerse en cuenta para facilitar la implementación del pacto establecido con el fin de reducir las desigualdades entre los fondos de seguros sanitarios de los cantones. La República de Srpska aún conserva seguros y sistema de seguridad social y puede por tanto realizar un cambio en los recursos en cualquiera de los dos sentidos para cubrir los vacíos existentes.

También deben ser considerados los elevados costes a largo plazo de las inversiones en recursos públicos para obtener un sistema preventivo centrado en la atención primaria, y particularmente en la salud sexual y reproductiva. Este sistema debería asegurar la capacidad de elección, la eficiencia y equidad, y realizar un seguimiento de la ejecución basado en los resultados más que en las inversiones. Este cambio requerirá un movimiento considerable desde el interés centrado en el nivel individual hacia el interés centrado en el nivel social atendiendo también a las necesidades de una población sana. Requerirá también un personal formado en enfoques multisectoriales (costes sanitarios, análisis político y de gestión de los servicios), en los cambios legislativos, en los acuerdos institucionales y, lo más importante, un cambio de actitud hacia la dirección, contabilidad y excelencia basada en los resultados. Será fundamental el compromiso político y la participación de la comunidad en la toma de decisiones sobre los tipos de servicios y las formas de financiarlos.

El autor quiere dar las gracias al Dr. Haris Hajrulahovic, por sus valiosos comentarios y sugerencias.

Las referencias están disponibles a través del propio autor.

Hedia Belhadj, MD, MPH [belhadj@hotmail.com] Vicerrector, División de Estados Árabes y Europa en UNFPA, Nueva York.

#### 17

# NUEVA RESOLUCIÓN DE LA UE SOBRE SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SEXUALES

por Vicky Claeys

El 3 de julio de 2002, el Parlamento Europeo votó a favor de la Resolución sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales propuesta por Anne Van Lancker, MEP (Socialista, Bélgica)

A pesar de la fuerte oposición mostrada por algunos activistas, una clara mayoría del Parlamento Europeo apoyó la Resolución sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales, mostrando a la comunidad internacional la intención del Parlamento Europeo de luchar por el derecho de las personas a tener una vida sexual sana y satisfactoria.

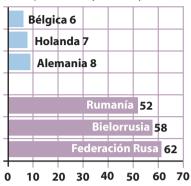
La Resolución se preparó en el contexto de los compromisos adquiridos por los Estados Miembros de la Unión Europea (UE) y de los países candidatos con las agendas de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD, 1994 y 1999) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres (1995 y 2000). Aunque muchos políticos/as creen que los acuerdos de estas conferencias internacionales sólo comprometen a los países desarrollados, éstos pueden extenderse, de hecho, a todos los países de Europa.

Ciertamente existe la necesidad de un compromiso sobre la salud y los derechos reproductivos y sexuales en Europa, particularmente en lo referente a las desigualdades existentes entre el este y el oeste. El uso medio de anticonceptivos en la UE es aproximadamente del 65%, mientras en los países candidatos para la ampliación es del 35%.

En Europa Central y del Este, el aborto es todavía la principal forma de control de la natalidad. El aborto puede realizarse en principio, a un bajo coste o incluso de forma gratuita, mientras el precio de los anticonceptivos puede llegar a ser hasta un tercio del salario medio en Europa Central y del Este. Las tasas de abortos en Europa (ver tabla 1), varían desde las más bajas del mundo, en Bélgica, Países Bajos y Alemania (alrededor de un 7 por 1000 de las mujeres entre 15 y 45 años), hasta una de las más tasas más altas de abortos en el mundo, en la Federación Rusa y Rumania (entre 50 y 60:1000).

Cuadro 1. Tasas de abortos en diferentes países de la Región Europea.

(Abortos por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años)



Fuente: AGI Medición de interrupciones voluntarias del embarazo: revisión mundial 2000 e Informe breve sobre seguimiento de la población mundial, Naciones Unidas, 2002.

"Ya es hora que los Estados Miembros y los países candidatos actúen sobre lo que ha sido un tema clave desde hace tiempo en los foros internacionales, especialmente conociendo las importantes diferencias entre las experiencias de los países europeos. Europa puede contribuir a reducir las desigualdades en las áreas de la salud reproductiva y sexual. Es hora de que aprendamos unos de otros."



Anne Van Lancker, ponente, acogiendo el resultado del voto el 3 de julio de 2002.

La Resolución contiene recomendaciones específicas para la UE en varias áreas clave. Insta a los Estados Miembros y a los países candidatos a mejorar el intercambio de información y las intervenciones que afectan a los embarazos no deseados y los abortos, la salud y derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, la educación sexual, y

sobre el desarrollo de políticas de salud reproductiva y sexual en general.

Con respecto a los jóvenes y los hombres adultos, la Resolución exige la promoción de la investigación científica en el campo de la anticoncepción masculina con el fin de asegurar la igualdad entre mujeres y hombres en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, y exige también la promoción de una educación sexual sensible al género.

Una resolución del Parlamento Europeo no supone una base legal para las actuaciones de la Comisión Europea. El Comisionado de Salud, Medioambiente y Protección al Consumidor, Byrne, ha confirmado que la Comisión no tiene competencia sobre la gestión de la atención sanitaria, incluyendo los servicios de salud reproductiva v sexual. Sin embargo, se ha puesto el énfasis en que la salud reproductiva y sexual será parte de la Estrategia Sanitaria en la nueva UE, lo que incluye la recogida y la realización de estudios estadísticos e investigaciones epidemiológicas basadas en los datos disponibles. Sin duda esto formaría una buena base para el intercambio de experiencias que quiere promover el Parlamento Europeo.

El Comisionado Byrne tiene un mensaje adicional para los Estados Miembros, en el que afirma que él esperaba que se pusiera un mayor énfasis en la educación e información de los hombres en esta área tan importante. Afirmó que la Resolución prestó mucha atención a la responsabilidad y a los derechos de las mujeres en cuanto a su salud y bienestar, pero muy a menudo se ha pasado por alto la importancia de mejorar la educación de los hombres con el fin de cambiar sus conductas, actitudes y compromiso.

La Resolución del Parlamento Europeo sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales en Europa, es una fuente útil y una valiosa herramienta de apoyo para las y los políticos, las ONGs y las asociaciones de planificación familiar a la hora de ayudarles a llamar la atención de sus gobiernos y la Unión Europea sobre este asunto. El texto completo de la misma será publicado en la página web del Parlamento Europeo: www.europarl.eu.int/plenary/default\_en.ht m

Vicky Claeys es la co-directora de la Red Europea de la Federación Internacional de Paternidad Planificada. www.ippfen.org.

### Enlaces con páginas web sobre la reforma del sector sanitario

#### Un centro para la nueva Europa



http://www.centrefortheneweurope.org
El Centro para la Nueva Europa es una fundación para la investigación sin ánimo de lucro y apolítica con sede en Bruselas, que se centra en las implicaciones prácticas de las políticas de la Unión Europea. La página web incluye numerosos documentos que se pueden descargar como La Revolución de la Atención Sanitaria en Estocolmo de Johan Hjertqvist. Contiene también enlaces con páginas relacionadas con la reforma del sector sanitario, como la conferencia de Joe Zammit-Lucia en Bruselas "Análisis económico de la distribución de la atención sanitaria".

#### Diario Médico croata



www.cmj.hr

El Diario Médico croata es un diario internacional y abierto a personal científico de todos los campos de la medicina y áreas relacionadas. Con un diseño de forma resumida en una sola página, incluye noticias y un tablón de todos los eventos destacados en la región.

Dos interesantes informes (en formato PDF) de agosto de 2002, incluyen:

- Años de Vida Potencialmente Perdidos y Estimación de Años de Vida Potencialmente Perdidos en la Evaluación de Mortalidad Prematura en Eslovenia. Realizado por Jozica Selb Semerl y Janja Sesok.
- Reformas en el Sistema Sanitario en

Rumania. Elaborado por Ana-Caludia Bara, Wim J. A. Van den Heuvel y Johannes A. M. Maarse.

#### Dos artículos de la Organización Internacional del Trabajo

www.ilo.org

1. Promoción y privatización de los servicios médicos en Rusia, Ukrania y Georgia.

Igor Vocatch-Boldyrev http://www.ilo.org/public/english/employm ent/ent/papers/ippred15.htm

Resumen: la privatización es un factor importante en la reforma del sistema sanitario en la antigua URSS. En la creación de las bases legales para el nuevo sistema sanitario, resulta también importantes otros factores como la descentralización y el cambio hacia los principios básicos de la seguridad social. Debe adoptarse un marco amplio donde se considere la privatización como medida de desentendimiento del Estado hacia las instituciones de salud pública tanto en términos de tutela como de dirección de las estructuras sanitarias y de la responsabilidad económica.

2. Los males de la atención sanitaria en Europa Central y del Este. nº 42, 2002. http://www.ilo.org/public/english/bureau/in f/magazine/42/healthcare.htm

Resumen: una visión severa de la disminución en las estructuras de salud pública, el deterioro de las condiciones y el pesimismo del personal extraídos de un reciente estudio sobre la atención sanitaria en Europa Central y del Este. La situación es especialmente grave debido al gran deterioro en la salud pública en buena parte de la región en la última década, en algunos casos incluso con un descenso en la esperanza de vida.

#### Selección del menú: cómo hacen frente a las demandas de la UE sobre la Reforma Institucional los Estados de Europa Central y del Este. Wade Jacoby

http://www.essex.ac.uk/ecpr/jointsessions/t urin/papers/ws4/Jacoby.pdf
Una ponencia preparada para el Taller 4
sobre ECPR. Ampliación y Gobernación
Europea ECPR, Sesiones de puesta
en común de Talleres, Turín, 22-27 de marzo
de 2002.

Se trata de un documento muy interesante y en profundidad (46 páginas en PDF) sobre la reforma económica en Europa del este, con una sección muy amplia sobre la reforma de la atención sanitaria.

# Publicación: La muerte de la crianza: atención sanitaria en Europa del este.

Sam Vaknin, United press international, 2002.



http://samvak.tripod.com/pp143.html

Resumen: la gente lleva vidas peligrosas y con conductas de riesgo sólo para exprimir la flor de la vida, a menudo en estado ebrio. En las repúblicas de la antigua Yugoslavia, las enfermedades respiratorias y digestivas están en auge. El estrés y la contaminación contribuyen a cosechar una horrible siembra en las tierras de Europa del este. La tasa de tuberculosis en Rumania es superior a la de Africa sub-sahariana. El descenso en los ingresos sume a la población en la pobreza e incrementa la dificultad de mantener un estilo de vida saludable. El desmoronamiento de los sistemas sanitarios, debido a la corrupción y el amiguismo, ha conducido a que ya ni siquiera se mantenga la apariencia de unos servicios sanitarios rudimentarios. El número de mujeres fallecidas en el parto se ha disparado.

#### Reforma sanitaria online (HRO)



http://www.worldbank.org/healthreform/

La Reforma Sanitaria Online es una fuente de información de los directores de atención sanitaria, analistas y decisores que quieran saber más sobre la economía y financiación de la distribución de la atención sanitaria en los países en desarrollo. La página pertenece al Banco Mundial.

18







#### Unidad Internacional de Investigación sobre Servicios Públicos (PSIRU)



#### www.psiru.org

La PSIRU, en la Universidad de Greenwich, fue fundada en 1998 para investigar temas como la privatización, los servicios públicos y la globalización. La investigación de esta unidad se basa en el mantenimiento de una extensa base de datos e información sobre experiencias económicas, políticas, financieras, sociales y tecnológicas en torno a la privatización de los servicios públicos en el mundo.

Ver el artículo: ¿Pertenecen los Sistemas Sanitarios al Estado? www.psiru.org/reports/2002-04-H-pational.doc

# Informe mundial sobre Violencia y Salud

www.who.int

El 3 de octubre de 2002, la OMS lanzó el primer Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Entre los objetivos de este informe se encuentra el de concienciar de forma global sobre el problema de la violencia, hacer ver que la violencia puede prevenirse y enfatizar el papel crucial que la salud pública tiene a la hora de estudiar sus causas y consecuencias.

Hay un capítulo de 30 páginas sobre violencia sexual, incluyendo el tráfico de mujeres, la prostitución, la pobreza, la educación, la relación con el VIH/SIDA y la mutilación genital femenina así como numerosos recursos en las 212 referencias, además de las secciones de recursos generales y el anexo estadístico. Es una referencia obligatoria para cualquier biblioteca de salud y resulta esencial para todos aquellos que trabajan en salud pública.

El informe completo puede descargarse en formato PDF en:

http://www.who.int/violence\_injury\_prevention/

Para más información por favor contacte con:

Departamento de Prevención de la Violencia

y los Daños Organización Mundial de la Salud 20 Avenue Appia CH-1211 Geneva 27 Suiza Fax: 41 22 791 4332; email: vip@who.int

#### Informe sobre Salud Mundial 2002- Reducción de Riesgos y Promoción de una Vida Saludable

Publicado el 30 de octubre de 2002.

La esperanza de vida a nivel mundial podría incrementarse de 5 a 10 años si los gobiernos y las y los ciudadanos trabajaran conjuntamente en la reducción de los riesgos para la salud en cada región. El informe sobre Salud Mundial 2002 examina algo más que los riesgos para la salud e identifica también las intervenciones que reducirían estos riesgos, aumentando así el número de años de vida saludable. Los riesgos para la salud incluyen el infrapeso, el sexo sin protección, la hipertensión, el alcohol, el agua no potable y las malas condiciones sanitarias, el colesterol, la contaminación, la carencia de hierro y el sobrepeso.

El informe completo puede descargarse de:

www.who.int/whr.

#### El Observatorio Europeo de los Sistemas Sanitarios

El Observatorio Europeo de los Sistemas Sanitarios apoya y promueve una política sanitaria basada en la evidencia mediante un análisis riguroso y exhaustivo de las dinámicas de los sistemas sanitarios europeos. La publicación principal del Observatorio es la serie sobre la Transición de los Sistemas Sanitarios (HiTs) que analiza el perfil de varios países. Esta procura una descripción analítica de cada sistema sanitario europeo así como sus iniciativas de reforma en curso y las que están en desarrollo.

El objetivo de HiTs es el de proporcionar una información comparativa importante para apoyar a las y los políticos y analistas en el desarrollo de sistemas sanitarios y reformas en los países europeos y más allá. Es útil para:

- conocer en detalle los diferentes enfoques económicos, organizacionales y de distribución de los servicios sanitarios;
- describir el proceso, contenido e implementación de los programas de reforma de la atención sanitaria;
- subrayar los desafíos y las áreas que requieren un análisis en mayor

profundidad; y

difundir la información sobre sistemas sanitarios y el intercambio de experiencias de estrategias de reforma entre políticos y analistas en los países de la Región Europea de la OMS.

#### Además del HiTs, el Observatorio también produce:

- un breve resumen del perfil de cada país (HiT);
- diferentes estudios algunos de los cuales son publicados en colaboración con la Open University Press, sobre algunos temas políticos clave y tendencias: Regulación de la contratación en los sistemas sanitarios:

Los hospitales en la cambiante Europa; La financiación de la atención sanitaria: opciones para Europa;

Política y práctica en Salud Mental en Europa:

Reforma organizacional y atención primaria;

Alcanzar una mejora en la salud;



19

Para más información sobre las publicaciones del Observatorio, contacte con Jeffrey Lazarus [jla@who.dk]

Salud y ampliación de la UE;

una serie de breves resúmenes políticos

sobre los hallazgos de cada estudio;

Eurohealth, una revista trimestral y el

EuroObserver, una hoja informativa

· un boletín mensual vía e-mail sobre las

noticias y hallazgos del Observatorio.

Seguridad Social:

trimestral; v



Revista europea sobre salud sexual y reproductiva

Oficina regional para Europa de la OMS

Unidad de salud familiar y comunitaria

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhague Ø

Dinamarca

Tel.: (+45) 3917 1451 ó 1341

Fax: (+45) 3917 1850

Correo-e:entrenous@who.dk



intre Mous