

MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A TRAVÉS DEL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS SANITARIOS



Entre Nous

LA REVISTA EUROPEA SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Nº68 - 2009



Entre Nous es una publicación de:
Unidad de Políticas y Sistemas del País
Oficina Regional para Europa de la OMS
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen
Dinamarca
Tel. (+45) 3917 1602
Fax: (+45) 3917 1818
E-mail: entrenous@euro.who.int
www.euro.who.int/entrenous

Editora Jefe

Dra. Gunta Lazdane

Editora

Dra. Lisa Avery

Ayudante de edición

Dominique Gundelach

Maquetación

Sputnik Reckame Aps, Dinamarca
www.sputnikreklame.dk

Imprenta (España)

Estilo Estugraf Impresores, S. L.

Entre Nous está financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York, y apoyada por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en Copenhagen, Dinamarca. Se publica tres veces al año. La tirada actual es de: 3.000 ejemplares en inglés, 1.100 en español, 2.000 en portugués, 1.000 en búlgaro y 1.500 en ruso.

Entre Nous se edita:

En búlgaro: por el Ministerio de Sanidad en Bulgaria, en el marco de un proyecto del FNUAP.

En portugués: por la Dirección General de Salud, Alameda Afonso Henriques 45, P-1056, Lisboa, Portugal.

En ruso: por la Oficina Regional para Europa de la OMS en Riga, Komerfirma S&G.

En español: por el Instituto de la Mujer, Ministerio de Igualdad, Condesa de Venadito, 34. Madrid, España.

Las versiones española y portuguesa se distribuyen directamente por la representación del FNUAP y las Oficinas Regionales de la OMS en los países de lengua española o portuguesa de África y América del Sur.

Entre Nous puede traducirse a cualquier idioma y ser reproducida en publicaciones, periódicos y revistas, así como en páginas web, siempre que se indique la fuente de información Entre Nous, FNUAP y Oficina Regional para Europa de la OMS.

Los artículos publicados en *Entre Nous*, no representan necesariamente la opinión del FNUAP o de la OMS. Toda solicitud de información debe ser remitida a las personas firmantes de cada artículo.

Para más información sobre las actividades impulsadas por la OMS, así como sobre los documentos de esta organización, por favor contacte con la Dra. Gunta Lazdane, Unidad de Sistemas y Políticas del País, oficina T-316 en la dirección señalada al principio.

La solicitud de publicaciones de la OMS deberá dirigirse directamente a la agencia de ventas de la OMS en cada país o a Distribución y Venta, OMS, CH-1211, Ginebra 27, Suiza.

ISSN: 1014-8485.

NIPO: 803-10-023-3

Impreso en papel reciclado libre de cloro

Editorial

Por Nata Menabde

3

Sistemas de salud y creación de riqueza: el papel de la salud sexual y reproductiva

Por Enis Bariş

4

Mejorar la salud familiar y comunitaria mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud

Por Gunta Lazdane

6

Calidad: un principio básico de los sistemas de salud y su aplicación a la salud sexual y reproductiva

Por Valentina Hafner

8

Puestos de responsabilidad y salud de las mujeres: pautas para fortalecer los sistemas de salud

Por Jeremy Veillard

10

Función de la Atención Primaria en la Salud Sexual y Reproductiva en Europa

Por Evert Ketting, Ayşe Akin

12

Medicamentos esenciales para madres y población infantil: un elemento clave de los sistemas de salud

Por Kees de Joncheere

14

El fondo mundial y el fortalecimiento de los sistemas de salud

Por Assia Brandup-Luckanow

16

Aumentar la capacitación del personal sanitario mediante una reforma de la formación universitaria

Por Nino Berdzuli

18

Actuación de los y las profesionales ante la violencia de género: investigar para mejorar los sistemas de salud

Por Kristien Roelens, Marleen Temmerman, Hans Verstraeten

20

Un ejemplo de innovación en atención primaria: ¿cómo fortalecer la atención primaria en Turquía?

Por Martina Pellny

22

Salud sexual y reproductiva y la reforma del sistema de salud en Rumania

Por Mihai Horga, Dana Farcasanu, Laurian Traian Arghisan

24

Impacto sobre la salud sexual y reproductiva de la reforma llevada a cabo en Armenia

Por Harutyun Kushkanyan, Razmik Abrahamyan, Gayane Avagyan, Karine Saribekyan, Vahe Gyulkhasyan

26

Una despedida discreta

Por Dominique Gundelach

28

Recursos y eventos

Por Lisa Avery

29

CONSEJO EDITORIAL DE ENTRE NOUS

Dra. Assia Brandup-Lukanow

Asesora Senior para la Red de Trabajo Matrix sobre Salud
Sede General de la OMS, Ginebra

D. Bjarne B. Christensen

Secretario General, Asociación Danesa de Planificación Familiar.

Dña. Vicky Claeys

Directora Regional de la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF-EN). Bruselas.

Jane Cottingham

Coordinadora en la Sede de la OMS en Ginebra. Género, Derechos Reproductivos, Salud Sexual y Adolescencia

Dra. Helle Karro

Catedrática, Jefa del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina. Universidad de Tartu, Estonia.

Dr. Evert Ketting

Investigador Jefe de la Radboud University Nijmegen. Departamento de Salud Pública.

Dña. Nell Rasmussen

Consultora Jefa Centro Danés para la Investigación sobre la Vulnerabilidad Social.

Dr. Peer Sieben

Representante del FNUAP en Turquía y Director Nacional en Armenia, Azerbaijón y Georgia.

Dr. Robert Thomson

Miembro de la Fundación Ginebra para la Educación e Investigación Médica



**Nata
Menabde**

Este número de la revista *Entre Nous* se centra en los sistemas de salud y concretamente, en la salud sexual y reproductiva (SSR). En esta editorial se analiza la SSR poniendo de manifiesto cuestiones y retos importantes.

En primer lugar analizaremos la movilización de recursos (públicos y privados, servicios básicos para la población y prestación servicios personalizados, iniciativas intersectoriales, gubernamentales y no gubernamentales) destinados a mejorar la SSR. Los resultados deseados solo se podrán alcanzar si se logra motivar y movilizar a todas las personas implicadas en un esfuerzo común en favor de la salud.

Sin embargo, en muchos países, se carece de información acerca de la función y del impacto que tienen las instituciones públicas y las organizaciones no gubernamentales en la SSR. Con frecuencia, las políticas sobre SSR y las reformas de los sistemas de salud, se llevan a cabo sin un diálogo con todas las partes implicadas y con escasa valoración de su impacto sobre la SSR. En la mejora de la SSR no solo debe implicarse el sistema de salud, sino todos los gobiernos, parlamentos y organizaciones profesionales de la Región Europea, la sociedad en general y todo tipo de entidades.

Por otro lado, para mejorar la SSR, es preciso abordar los determinantes sociales, ambientales y económicos. El estatus social repercute en la SSR y la correlación entre riqueza y salud es especialmente significativa. Se sabe que un aumento de la formación de las mujeres y niñas correlaciona con una mejora en la salud en toda la población y que la pobreza y la falta de formación están relacionadas con prácticas sexuales de riesgo que con frecuencia derivan en embarazos no deseados o no planificados, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y otro tipo de problemas. Por último, una mala salud sexual y reproductiva genera un descenso en los ingresos económicos y en la productividad, tanto a nivel individual como social.

Finalmente, hay que señalar la importancia de la atención sanitaria. La equidad en el acceso a una atención sanitaria segura y de calidad ha de ser un objetivo prioritario para cualquier país. Existe correlación entre el número de profesionales de la salud por paciente y la mortalidad de mujeres y población infantil: a menor número de profesionales en relación a la población atendida, menor es el índice de supervivencia. También, se ha demostrado que la migración de profesionales de la salud debido a la sobrecarga de trabajo, baja retribución y una planificación poco eficaz de recursos humanos incide negativamente sobre los indicadores de calidad de la salud. Igualmente, una mala gestión del sistema de salud repercute de manera negativa sobre la salud de la población y debilita los sistemas de salud puesto que, sin duda, dificulta la eficacia de las intervenciones.

Por otro lado, la propia organización sanitaria puede influir de forma muy distinta sobre mujeres y hombres. Con frecuencia sitúa a las mujeres en posición de desventaja en cuanto a su SSR. Esta es la razón por la que son necesarias normativas, estrategias, protocolos y motivación para su elaboración y aplicación, así como una gestión adecuada de los recursos sanitarios y otras acciones similares.

Los Estados Miembros, ante el desafío que supone el desarrollo de sus propios sistemas de salud y sus políticas de salud pública, así como para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio en particular, cuentan con el apoyo de la Oficina Regional Europea de la OMS. La Estrategia Europea sobre SSR elaborada en 2001, pretende impulsar que los gobiernos prioricen y pongan en marcha estrategias nacionales sobre SSR para que se mejore el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad; se apoye el desarrollo e integración de Servicios Sanitarios adaptados a la Juventud; se aumente, mediante la formación, la capacidad del sistema de salud para facilitar el acceso a los medicamentos esenciales; y se fortalezca el trabajo de los Centros de SSR Colaboradores de la OMS que llevan a cabo investigaciones para mejorar la práctica médica basada en la evidencia y protocolos de actuación, y finalmente, promover el diálogo entre todas las partes implicadas.

Sin embargo, todavía hay que afrontar grandes desafíos. Varios países del Este de Europa y de Asia Central han sufrido crisis económicas que han debilitado sus sistemas de salud y han tenido efectos negativos sobre la SSR (elevadas tasas de mortalidad materna, difícil acceso a métodos anticonceptivos, abortos inseguros, ITSs y VIH/SIDA). Muchas de las consecuencias de estos problemas todavía son patentes en algunos de los Estados Miembros y su impacto puede llegar a ser aún mayor con la actual crisis económica. Es necesaria la colaboración de todos y todas.

Este número de Entre Nous destaca los esfuerzos que se han realizado en los sistemas de salud de la región europea. Se ha trabajado mucho para alcanzar el objetivo fundamental como es el mejorar la salud sexual y reproductiva de todas las personas. Estoy segura del interés de sus contenidos y agradezco la contribución de todas y todos para la mejora de la salud y de los sistemas de salud en Europa.

Nata Menabde, MD
Subdirectora Regional
Oficina Regional Europea de la OMS
Copenhague

La Conferencia de Tallin, celebrada en junio de 2008, "Sistemas de Salud: Salud y Riqueza" definió el sistema de salud como: "el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos públicos y privados destinados a mejorar, mantener o recuperar la salud dentro del marco institucional y político de cada país. Incluye tanto prestaciones individuales como intervenciones de carácter comunitario, así como actividades dirigidas a influir en las políticas e iniciativas de los sectores que inciden en los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud".

SISTEMAS DE SALUD Y CREACIÓN DE RIQUEZA: EL PAPEL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre “Sistemas de salud: Salud y Riqueza”, que tuvo lugar, en Tallin, en junio de 2008, supuso un antes y un después. En ella se revisaron y consolidaron los últimos avances conceptuales y metodológicos, así como las innovaciones basadas en la evidencia en el campo de la salud en Europa. La conclusión a la que se llegó en este encuentro planteó la relación existente entre una buena salud general y el aumento de la riqueza. Durante la conferencia se argumentó que los sistemas de salud contribuyen a generar riqueza pues el sector sanitario constituye uno de los pilares más importantes de la actividad económica, de la producción, del consumo y comercio de bienes y servicios, además de contribuir a la creación de conocimiento y tecnología a través de la investigación y el desarrollo.

Este artículo, se centra en la generación de riqueza por dos razones. La primera es la opinión que existe entre personas que ocupan puestos políticos, de dirección, de asistencia, y la ciudadanía en general, acerca de que el sistema de salud es un mero consumidor de recursos sociales y se debe controlar su gasto. Obviamente, si un sistema de salud está diseñado únicamente para consumir recursos en lugar de generar salud, se podría argumentar que parte de los recursos sociales que se destinan a la atención sanitaria, estarían mejor empleados en otras áreas como la educación, la alimentación o las infraestructuras.

Sin embargo, en mi opinión, este argumento es erróneo por dos razones: 1. si un sistema de salud no es eficiente o genera pérdidas por causas inherentes al propio sistema, sucederá lo mismo en otras áreas como la educativo o las infraestructuras, puesto que una mala gestión tendrá como consecuencia debilidades en cualquier ámbito, no sólo en el sanitario; y 2. existen evidencias de que cuanto mejor funciona un sistema de salud, más probable es que genere salud. Lo importante para cualquier sociedad es contar con una adecuada estrategia sectorial de gobierno, liderazgo, instrumentos y medios para decidir cómo invertir eficazmente parte de su riqueza y cómo utilizar sus recursos para obtener el máximo bienestar social para toda la población.

En otras palabras, se trata de optimizar la distribución de recursos entre los diferentes sectores, incluido el sanitario (eficiencia en la distribución). De esta

manera los recursos se invertirán en el aumento de la cantidad, variedad y calidad de las prestaciones y de los servicios de salud necesarios para dar respuesta a las necesidades de la población (eficiencia técnica). Sin duda, alcanzar este objetivo será complejo y, por tanto e independientemente de su disciplina, supondrá un desafío para las y los profesionales de la salud.

La segunda razón es la relación existente entre riqueza y salud sexual y reproductiva. Esta relación se debe principalmente a que los años de vida reproductiva coinciden en una buena parte con los años de vida económicamente productivos, además, de no poder obviar que los años anteriores constituyen la etapa formativa que propiciará la generación de riqueza posteriormente.

Igual de importante es el hecho de que casi todas las afecciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva pueden ser evitadas a través de la prevención primaria o son susceptibles de ser eliminadas mediante intervenciones eficientes en términos de coste/eficacia. Si estas intervenciones se realizan de forma adecuada, se reduciría la prevalencia de dichas afecciones en virtud de la reducción de la incidencia o de la disminución de la duración de la enfermedad. También se reduciría la tasa de transmisión y, con ello, los costes directos e indirectos que genera a la sociedad. Obviamente, cuanto mayor sea la incidencia de las infecciones de transmisión sexual a las que debe dar respuesta el sistema de salud- como sucede en la mayoría de los países con ingresos

bajos o medios- mayor será el impacto global sobre la riqueza.

Todo esto nos conduce al tema de la eficacia. Si el objetivo principal de cualquier sistema sanitario es mejorar la salud así como lograr un acceso más equitativo que suponga un mínimo coste económico para las personas usuarias, se han de diseñar indicadores de eficacia que sean consistentes y posean validez predictiva. En el caso de la salud sexual y reproductiva, los indicadores propuestos para medir los avances en el cumplimiento de la Meta de Desarrollo del Milenio número 5, constituirían un buen punto de partida y podrían complementarse con indicadores diseñados para evaluar distintos aspectos de la salud sexual y reproductiva.

Es fundamental elaborar un conjunto exhaustivo de indicadores de evaluación de la capacidad del sistema de salud para alcanzar- si no mejorar- sus objetivos en cuanto a la atención proporcionada como a los recursos económicos externos que se emplean, sostenibles a largo plazo. Estos indicadores deberán estar relacionados con las cuatro áreas principales de actuación de cualquier sistema de salud: administración/dirección, financiación, recursos y prestación de servicios, en este caso, en relación a la salud sexual y reproductiva.

En mi opinión, y sin necesidad de entrar en el debate sobre enfoque vertical vs. horizontal, o factores de riesgo/enfermedad vs. sistemas organizativos integrados y prestación de servicios; existen tres áreas que merecen una especial atención:



**Enis
Bariş**

1. La creación de dispositivos de referencia, la estimación y el análisis de los gastos asociados a la salud sexual y reproductiva, tanto públicos como privados, para determinar si la financiación de los servicios sanitarios es la adecuada.
2. El desarrollo, la difusión y la evaluación de protocolos de actuación para los diferentes servicios de salud sexual y reproductiva, junto con un diseño de incentivos, adaptado a las necesidades y preferencias del personal médico implicado en todos los niveles de atención.
3. La mejora de la comunicación para conocer las preferencias y el grado de satisfacción de las personas usuarias mediante la realización de encuestas periódicas de satisfacción en los propios servicios o estudios de opinión dirigidos a la población general.

En la OMS, apostamos por incrementar nuestros esfuerzos para mejorar la salud sexual y reproductiva a través del fortalecimiento de los sistemas de salud, y de documentos adecuados sobre el efecto que este fortalecimiento tendría sobre el bienestar de la sociedad.

Enis Bariş, MD, Doctor
Director, División de Sistemas
Nacionales de Salud
Oficina Regional Europea de la OMS
enb@euro.who.int

Para leer la Carta de Tallin completa,
visite la siguiente dirección:
[http://www.euro.who.int/AboutWHO/
Policy/20010825_2](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010825_2)

LA CARTA DE TALLIN:

La Carta, firmada en Tallin (Estonia) el 27 de junio de 2008, refleja el compromiso de la Oficina Regional Europea de la OMS y de sus Estados Miembros en el fortalecimiento de los sistemas de salud y la mejora de la salud en la Región. A continuación se presentan los principios en base a los que se redactó esta Carta:

Introducción

1. El propósito de esta Carta es el de comprometer a los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la Región Europea en la mejora de la salud mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud, teniendo en cuenta la diversidad social, cultural y económica de la Región. La Carta de Tallin asume e integra los principios contemplados en cartas, convenciones y declaraciones anteriores.
2. Dentro del marco político e institucional de cada país, el sistema de salud es el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos públicos y privados destinados a mejorar, mantener o recuperar la salud dentro de su marco institucional y político. Comprende tanto servicios individuales como colectivos, así como iniciativas dirigidas a influir en las políticas y los sectores que inciden en los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud.
3. Todos los países de la Región Europea de la OMS deben asumir mayores desafíos en salud en un contexto de cambio demográfico y epidemiológico en el que se amplían las diferencias socioeconómicas, los recursos son limitados, existe un gran desarrollo tecnológico y un aumento de las expectativas.
4. Más allá de su valor intrínseco, una mejora en la salud contribuye al bienestar social a través de su efecto sobre el desarrollo económico, el aumento de la riqueza, la competitividad y la productividad.
5. Por tanto, los Estados Miembros, creemos que:
 - Invertir en salud es invertir en desarrollo humano, bienestar social y riqueza;
 - Hoy en día, resulta inaceptable que exista pobreza a como consecuencia de las enfermedades.
 - Un sistema de salud además de la atención sanitaria, debe incluir prevención, promoción de la salud y esfuerzos dirigidos a incidir sobre los sectores que abordan aspectos relacionados con la salud en el diseño de sus políticas;
 - Para mejorar la salud son necesarios sistemas de salud eficaces: un sistema de salud fuerte puede salvar vidas.
 - Es necesario que estos sistemas de salud lleven a cabo buenas prácticas.

Además, la Carta afirma y subraya el compromiso de los Estados Miembros para actuar mediante la gestión, la prestación de servicios, la creación de recursos y una financiación apropiada de sus sistemas de salud. Para leer la Carta completa, por favor acceda a: [http://www.euro.who.int/
document/E91438.pdf](http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf)

MEJORAR LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA A TRAVÉS DEL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Desde 1992, la Oficina Regional Europea de la OMS ha promovido acciones dirigidas a mejorar la salud familiar y comunitaria (SFC), incluyendo entre ellas reuniones bienales entre los Estados Miembros, para tratar los aspectos más importantes de la SFC. Todas las iniciativas relacionadas con la SFC se basan en un enfoque integral, centrado en la salud y el desarrollo de las personas y familias a lo largo del ciclo vital. En lo relativo a la salud sexual y reproductiva, este enfoque supone centrarse también en la salud de las personas recién nacidas, madres, criaturas y adolescentes, así como en la atención a una vejez saludable.

En los últimos años, se ha vuelto a evaluar en muchos países la contribución de los sistemas sanitarios a la mejora de la salud. En la Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre Sistemas de salud “Sistemas de salud: Salud y Riqueza”, celebrada en Tallin en junio de 2008, se planteó el impacto que tiene la salud de la población en el crecimiento económico, y se revisó la evidencia más reciente sobre estrategias que han resultado efectivas para mejorar las actuaciones de los sistemas de salud.

En línea con estos avances, la Oficina Regional Europea de la OMS organizó el Encuentro sobre Aspectos Clave en la SFC, que tuvo lugar en Malta en septiembre de 2008, con el objetivo de mejorar la SFC en el marco de los sistemas de salud.

Objetivos específicos del Encuentro:

- Identificar los desafíos y oportunidades de los Ministerios de Sanidad en la implementación de políticas sobre SFC así como la implicación de otros sectores teniendo como referencia la experiencia de otros países.
- Presentar nuevas herramientas y enfoques estratégicos para mejorar la calidad de los servicios sanitarios.
- Destacar la importancia de la equidad sanitaria en los programas de SFC mediante la inclusión de los determinantes sociales de la salud.

Con el fin de cumplir estos objetivos, los debates se organizaron en torno a las presentaciones que realizó cada país, sesiones informativas y grupos de trabajo. Se llevaron a cabo presentaciones detalladas y debates sobre los documentos estratégicos mundiales y regionales de la OMS (1,2,3), gestión, buenas prácticas y experiencia acumulada en el ámbito esta-

tal para elaborar e implantar estrategias sobre salud familiar y comunitaria en el contexto de una reforma sanitaria a nivel nacional, y sobre recomendaciones para el trabajo futuro en esta área.

Mediante la utilización de indicadores de proceso y resultado elaborados por la OMS, se puso de manifiesto la gran variabilidad existente en cuanto a la calidad de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, materna, infantil y adolescente en la Región. Estos indicadores se diseñaron con el objetivo de ayudar a los Estados Miembros a evaluar y realizar seguimientos de los servicios de atención sanitaria y a encontrar vías eficaces para una mejora cualitativa (4).

Principales recomendaciones del encuentro:

Administración/gestión

1. Se recomienda a todos los países que elaboren estrategias sobre SFC y diseñen políticas financieras que permitan llevar a cabo planes de acción en SFC. El objetivo es garantizar que las políticas estén basadas en la evidencia, maximizar la concienciación política y la eficacia de la financiación.
2. Aumentar la concienciación sobre la importancia de la salud y el bienestar a lo largo de todo el ciclo vital, especialmente durante los primeros años de vida. Algunos mecanismos psicológicos como el apego que desarrollan las niñas y niños hacia la figura materna/paterna así como la estabilidad emocional, repercuten en la forma en que las criaturas responden ante el estrés. Invertir en los primeros años de vida constituye la mejor manera de evitar desigualdades en salud dentro de una misma generación.
3. Las políticas de salud dirigidas a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer y otras enfermedades en la vida adulta han de garantizar un entorno seguro y favorable para la salud de niñas y niños.
4. La reducción de las desigualdades en el ámbito de la salud debe ser uno de los indicadores de eficacia para evaluar la calidad del propio sistema. Se ha de garantizar la igualdad en el acceso a los recursos, como a los tratamientos, así como una mayor equidad en los resultados y en los costes.

5. El enfoque basado en los derechos humanos implica abordar los determinantes de la salud en el diseño, planificación estratégica, implantación y evaluación de las intervenciones sobre la SFC. Es necesario aumentar el apoyo por parte de la OMS para poner en práctica de este enfoque.
6. Las políticas, estrategias y programas de SFC integrarán la perspectiva de género en su formulación, desarrollo y evaluación. La perspectiva de género proporciona información sobre las consecuencias de las desigualdades de género y facilita la comprensión y la posibilidad de abordar las deficiencias de los servicios y el desarrollo de políticas que aumenten su calidad. Por ello, es preciso impulsar la presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional en materia de salud sexual y reproductiva.
7. Desagregar los datos obtenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria, por sexo, edad y país de origen, siempre que sea posible.
8. Las intervenciones deberían diseñarse desde el contexto nacional para dar respuesta a las prioridades identificadas a nivel local.
9. La OMS ha de elaborar recomendaciones sobre capacitación de las organizaciones profesionales e impulsar su participación en la toma de decisiones.
10. Naciones Unidas y las organizaciones internacionales que se comprometieron con los Objetivos de Desarrollo del Milenio sobre salud materno-infantil, incluyendo la salud sexual y reproductiva, han de favorecer el fortalecimiento del tejido asociativo de cada país.
11. Los cambios en las políticas y las iniciativas deben llevarse a cabo teniendo en cuenta los indicadores consensuados por los sectores implicados con el fin de lograr un mayor conocimiento de la realidad objeto de intervención, la motivación y la implicación.
12. Tener en cuenta la intersectorialidad desde el inicio del proceso, mediante comités que realicen el seguimiento de la implantación de las estrategias sobre SFC.
13. Todos los países han de garantizar que los servicios y las políticas de



Gunta Lazdane

apoyo intersectorial den respuesta a las necesidades sanitarias y de desarrollo de la población joven. La inversión en juventud es fundamental para consolidar buenos hábitos en la vida adulta.

Financiación

14. Los servicios de SFC han de contar con financiación suficiente. Los presupuestos estatales destinados a sanidad deberían ser más transparentes sobre los fondos que se destinan a la SFC.
15. La OMS debería prestar apoyo y herramientas a los países en la implantación de políticas que les supongan una importante inversión.
16. Los impuestos deberían establecerse en función de la capacidad económica de cada persona.

Prestación de servicios

17. Reforzar la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva, materna, infantil y adolescente en la atención primaria y diseñar un buen sistema de derivación.
18. Todos los países han de ofertar un conjunto de prestaciones básicas gratuitas y de calidad en SFC.
19. En atención primaria han de prestarse servicios de asesoramiento para lograr la mejora del bienestar de las personas usuarias.
20. Es necesario avanzar en el proceso de desmedicalización de los servicios de SFC y hacerlos más atractivos, adaptados a cada edad y centrados en la persona usuaria, respetando sus derechos.
21. Los servicios deben tener en cuenta la diversidad en su diseño y han de dar respuesta a las necesidades de cada persona de forma efectiva, incluyendo el trabajo comunitario y la atención domiciliaria.
22. La OMS ha de continuar proporcionando apoyo para mejorar la calidad de la atención que se presta. Es necesario acordar objetivos mínimos, definir métodos y herramientas para evaluar la calidad de la atención.
23. Resulta imprescindible crear una relación de confianza y apoyo para prestar una atención de calidad. El miedo puede dificultar seriamente el proceso del parto y postparto; hay que empoderar a las mujeres, a las familias y a la comunidad mediante el

acceso a la información sanitaria y la participación.

24. La formación es esencial para garantizar una correcta recogida y análisis de la información. Este aspecto debería fortalecerse especialmente en Atención Primaria.
25. Continuar trabajando para que la interrupción voluntaria del embarazo sea accesible y segura para todas las mujeres.
26. El personal sanitario y los sistemas de salud han de esforzarse para reducir la desigualdad existente en el acceso a la atención sanitaria entre las personas refugiadas, solicitantes de asilo y migrantes sin documentación, con especial atención a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad como las mujeres, población infantil y jóvenes. Para alcanzar este objetivo es preciso contar con información y servicios de calidad.
27. Evaluar la incorporación de la perspectiva de género en las auditorias clínicas relacionadas con la SFC así como y en las acciones encaminadas a la mejora de la calidad.
28. Destinar recursos a servicios que capaciten a las personas en la toma de decisiones., incluyendo los de orientación y asesoramiento.
29. Fortalecer los servicios de salud en los colegios. Estos servicios no se tienen en cuenta en las reformas de los sistemas de salud y en su financiación cuando su contribución a la salud infantil y adolescente es muy importante.
30. Garantizar servicios de apoyo a las familias. Proporcionar a las criaturas la atención necesaria y una familia de acogida, cuando no sea posible la permanencia con su familia biológica. Se ha de tender a la erradicación de los centros de acogida para menores.

Recursos

31. Revisar los programas de formación en Ciencias de la Salud para garantizar la incorporación de la perspectiva de género así como buenas prácticas basadas en la evidencia. Capacitar al personal sanitario de los distintos niveles del sistema de salud en SFC par que conozcan y apliquen la perspectiva de género en su trabajo.
32. Que la formación dirigida al personal sanitario incluya la calidad en la atención.

33. Garantizar que el personal que trabaja en los servicios de SFC integrados en la atención primaria cuente con las habilidades necesarias, así como fomentar la excelencia de las personas que trabajan en atención primaria.
34. Incorporar en el programa de formación sobre Atención Perinatal Efectiva de la OMS, el conocimiento de actitudes y habilidades de comunicación, así como la atención centrada en el o la paciente, el conocimiento de los derechos de las personas usuarias, el trabajo en equipo, la supervisión, la escucha activa, comunicación de malas noticias, etc.
35. Introducir la certificación de la OMS en aquellos hospitales que incorporen la atención de las familias cuando acrediten que el personal ha recibido la formación anteriormente descrita.

Referencias

1. Estrategia Regional Europea de la OMS sobre salud sexual y reproductiva. Oficina Regional Europea de la OMS, 2001. <http://www.euro.who.int/reproductivehealth/publications/publications>
2. Estrategia europea para la salud y desarrollo infantil y adolescente. Oficina Regional Europea de la OMS, 2005. http://www.euro.who.int/childhealth-dev/strategy/20060919_1
3. Enfoque estratégico europeo para lograr una maternidad más segura: mejorar la salud materna y perinatal. Oficina Regional Europea de la OMS, 2007. http://www.euro.who.int/pregnancy/20071024_1
4. Directrices para el desarrollo de estrategias de calidad y seguras en el contexto de los sistemas de salud. Publicaciones OMS/Europa, 2008. http://www.euro.who.int/healthsystems/Service/20080519_1

Informe completo del encuentro: <http://www.euro.wo.int/reproductivehealth>

Dra. Gunta Lazdane

Consejera Regional
Sistemas y Políticas Nacionales
Oficina Regional Europea de la OMS
gla@euro.who.int

CALIDAD: UN PRINCIPIO BÁSICO DEL SISTEMA DE SALUD Y SU APLICACIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La disponibilidad de servicios efectivos sobre salud sexual y reproductiva (SSSR) tiene importantes implicaciones para la salud en Europa. La salud sexual y reproductiva de la población de la Región se ve afectada por múltiples factores entre los que se encuentran: el escaso crecimiento poblacional, los cambios epidemiológicos asociados a infecciones de transmisión sexual, el aumento de movimientos migratorios, así como la desigualdad en los niveles de calidad y la seguridad de los servicios sanitarios.

Integrar las funciones del sistema de salud resulta esencial para abordar de manera eficiente la SSR. La capacidad de un sistema para dar respuestas eficaces a los cambios en las demandas y expectativas de la población, resulta fundamental para abordar los procesos de enfermedad y cuidados posteriores. El principal desafío a nivel nacional, reside en la elección de intervenciones y su priorización, articulación y difusión en términos de políticas y recursos.

¿En qué consiste la calidad?

Los estudios y experiencias ponen de manifiesto que el tipo de intervención que se lleve a cabo depende de la conceptualización del término calidad. Una definición adecuada aplicable a los servicios sanitarios, conllevará a la integración de servicios. La coordinación de distintos servicios mejorará la eficacia y el acceso a una atención sanitaria de calidad. Para ello es necesario impulsar la promoción de la salud y la medicina de familia, como parte de una estrategia preventiva que incluya el diagnóstico precoz.

Para lograr el desarrollo e implantación de las intervenciones, es preciso que exista información, educación y comunicación en todo el sistema y entre todas las personas implicadas (empe-

Países de la UE	Legislación/políticas sobre calidad de la atención
Bulgaria, Chipre, Estonia, Grecia, Hungría, Malta, Luxemburgo, Letonia Polonia, Portugal, Rumania, Eslovaquia.	Sin legislación ni políticas centradas en la calidad de la atención: • Iniciativas sobre calidad en el ámbito de acción • Nivel local e institucional • Ámbito limitado de acción a nivel estatal
República Checa, Lituania, Eslovenia, Irlanda, Noruega.	Legislación recientemente aprobada/políticas sobre atención recientemente implementadas
Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Finlandia, Alemania, Italia, Países Bajos, España, Suecia, Reino Unido	Legislación con larga tradición/políticas consolidadas sobre calidad de la atención (algunas de las cuales conllevan en la actualidad grandes reformas del sistema)

Figura 1. Ventajas comparativas de indicadores de proceso y resultado (4-6)

Tipo de indicadores	Ventajas	Desventajas
De resultado	Mayor visibilidad y que sean significativos Centrados en el o la paciente Fomentan las estrategias para lograr beneficios a largo plazo Fomentan la innovación en las formas de distribución de servicios Mayor seguridad	Relativa objetividad debido a la complejidad de los procesos: • Multiplicidad de factores • Poca claridad en la agrupación de los datos • Baja frecuencia Muestras de tamaño grande Largo periodo de tiempo
De proceso	Fácilmente medibles Interpretación sencilla Muestras de tamaño reducido Mayor confidencialidad en el uso de los datos Indica dónde y qué acciones son necesarias Reflejan la opinión de las y los pacientes	Específico (ej. intervención única, enfermedad única) Necesitan ser revisados constantemente para actualizarse en función de los avances tecnológicos (anticuados, obsoletos) Requieren nociones técnicas cuando se les trasmite a las y los pacientes Fácilmente manipulables

Figura 2. Ventajas y desventajas de los indicadores de calidad (4-6)

zando por los modelos históricos como el modelo del Círculo de Deming, el de Dirección de Calidad Total de Juran o el Diagrama “Esqueleto de Pescado” de Ishikawa).

Una organización de los recursos que cubran las necesidades sanitarias más eficazmente, requiere de seguridad, que no haya gastos innecesarios y que esté dentro de los requerimientos legales y regulatorios. Esta calidad en el servicio está orientada a la mejora de la salud de la población (1).

¿Por qué es importante evaluar la calidad?

La mejora de la calidad es un proceso continuo y dinámico que requiere ajustes permanentes para adaptarse al entorno que experimenta cambios constantes. El diseño de un marco estratégico de acuerdo con las necesidades nacionales o locales, proporcionará las directrices y el apoyo necesarios para planificar y ejecu-

tar intervenciones y utilizar eficazmente los recursos.

La investigación muestra que las políticas nacionales que tienen en cuenta la calidad y la seguridad en la Región, no están coordinadas bajo un único marco ni existe una comprobación de su grado de implantación (2). Por otro lado, la diversidad cultural queda reflejada en las diferentes maneras en que se regula, se institucionaliza y se evalúa la calidad de los servicios de atención sanitaria (ver figura 1).

La evaluación de la calidad proporcionará información sobre los avances y las necesidades, además de orientar en la elección del enfoque que ayude a cubrir el espacio entre la teoría y la práctica.

Es preciso que los datos sean accesibles. Así, la información sobre la complejidad del sistema se recogerá mediante un proceso organizado a diferentes niveles (registros institucionales, locales o nacionales). Por lo tanto, la impor-



**Valentina
Hafner**

tancia de los datos está directamente relacionada con el tipo de indicadores seleccionados para este propósito.

Introducir la cultura de la calidad y la seguridad requiere un compromiso firme por parte del organismo responsable de la organización y de la comunidad. Esta es la razón por la que es importante fortalecer durante el proceso de documentación la adherencia con este compromiso y la motivación hacia el cambio. La implicación de la población (es la que recibe y genera la información) tiene un papel fundamental en este proceso de cambio.

Los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva se crean para la población en general independientemente de su sexo o edad. Por consiguiente, se requerirán distintos tipos de servicios que contribuirán a mejorar la cobertura, la información, la atención y los niveles de salud. La evaluación de la forma en que los servicios alcanzan estos objetivos hará posible que la administración asuma la responsabilidad en la mejora de los servicios y, en última instancia, revitalizará la competitividad en este ámbito.

¿Cómo se hace?

La información es una herramienta esencial para aumentar la concienciación, la comprensión y generar iniciativas. Obtener la información necesaria implica realizar seguimientos y emplear instrumentos de medida, así como adaptar la explotación de los datos en función del tipo de objetivo (para quién es la información y para qué es la información).

El tipo de evaluación que se realice dependerá de los procedimientos de calidad y cómo se complementen entre ellos para contribuir a lograr una mejora en la calidad del sistema.

Definir indicadores de calidad e instrumentos de medida contribuye a la mejora del sistema (incluyendo la evaluación y las posibles modificaciones). La mayoría de los indicadores conocidos hacen referencia a la enfermedad y a intervenciones específicas que incidan en el aumento de los años con calidad de vida y en las tasas de mortalidad. Sin embargo, las formas de mejorar los indicadores que podemos utilizar para evaluar la calidad son muy diversas (ver figura 2).

Los indicadores más utilizados están relacionados con los procesos de cali-

dad (estándares, protocolos, etc.) o con los resultados del proceso de calidad (mejora de la cobertura, reducción de la mortalidad, etc). Los indicadores mixtos han sido elaborados con la finalidad de encontrar formas más exactas y motivadoras de realizar las mediciones (ej. indicadores clínicos que sirvan para el análisis de su desempeño profesional). Sin embargo, hay que tener en cuenta las limitaciones asociadas a cada categoría cuando se elige la forma de evaluación.

Existen diversas iniciativas, locales, nacionales e internacionales que se han centrado en elaborar los mejores indicadores para medir la calidad de la atención sanitaria (AHRQ, OECD, OMS, etc). Encontrar la mejor manera de evaluar los avances tecnológicos o los nuevos patrones de enfermedad suponen desafíos pendientes.

Las cualidades deseables para un indicador de calidad están relacionadas con el consenso profesional a la hora de su elección y la inclusión explícita de la evidencia más reciente al respecto (validez de apariencia y de contenido). Además, un indicador de calidad debería ser comunicable, admisible, reproducible, objetivo, disponible, contextual, fiable, comparable, recuperable y sensible al cambio (4). La validez predictiva de los indicadores también ha sido estudiada y está estrechamente relacionada con su viabilidad en el contexto.

Calcular los costes que tienen los fallos en calidad- que rara vez se llegan a conocer-, también puede contribuir a proporcionar la evidencia necesaria para dar un nuevo impulso a las intervenciones sobre calidad y seguridad, y para que por fin se dé el paso desde la teoría política y el compromiso profesional hacia la práctica. Cuando se aborda la calidad de los servicios de atención sanitaria en general-y la de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva en particular – se ha de encontrar y utilizar la mejor evidencia disponible, realizar el seguimiento de los resultados y ajustar las estrategias e intervenciones con el fin de superar los fallos detectados. Para ello es necesario tener conocimiento, recursos y liderazgo pero también coordinación, comunicación y trabajo en equipo dentro, entre y más allá de los propios centros de atención y prevención.

Referencias:

1. Ovretveit J., Klazinga N. “Directrices para el desarrollo de estrategias de calidad y seguridad en el contexto de un sistema de salud”. Copenhagen, OMS 2008.
2. “Seguridad para las y los pacientes en Europa: estudio regional base”. Copenhagen, OMS 2007.
3. Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., Glinos I. “Asegurar la calidad de la atención sanitaria en la Unión Europea”. Observatorio sobre Sistemas y Políticas Sanitarias, 2008.
4. Davies H. “Medidas e informes sobre la calidad de la atención sanitaria: cuestiones y evidencia extraídas de la literatura internacional de investigación, ponencia”. Sistema Nacional de Salud Escocés, Mejora de la Calidad, 2005.
5. Guthrie B. “Medida de la calidad de los sistemas de salud mediante propuestas”. BMJ, 2008; 337:441.
6. Smith P., Mossialos E., Papanicolas I. “Indicadores de actuación para la mejora de los sistemas de salud: : experiencias, desafíos y perspectivas”. OMS y OMS en representación del Observatorio Europeo Sobre Políticas y Sistemas de salud, 2008.

Dra. Valentina Hafner, MD, MPH

Oficial Técnica

Creación de Recursos para los Sistemas de salud

Oficina Regional Europea de la OMS

vha@euro.who.int

PUESTOS DE RESPONSABILIDAD Y SALUD DE LAS MUJERES: PAUTAS PARA FORTALECER LOS SISTEMAS DE SALUD

Resulta esencial fortalecer los sistemas de salud para mejorar su funcionamiento y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDGs) (1), especialmente los relacionados con la salud sexual y reproductiva. De acuerdo con la Directora General de la Organización Mundial de la Salud, la Dra. Margaret Chan, para “cumplir con los MDGs relacionados con la salud sexual y reproductiva, es necesario contar con un sistema de salud que sea equitativo, eficaz en su funcionamiento y que garantice la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva” (2). La evidencia empírica ha mostrado la correlación existente entre una gestión eficaz y unos buenos resultados en salud, tales como la reducción de la mortalidad infantil (3). Se ha demostrado que la mejora de la gestión de los sistemas de salud contribuye a su fortalecimiento (4), tal y como se señaló recientemente en la Carta de Tallin sobre Salud: Sistemas de salud y Riqueza.

La Organización Mundial de la Salud define la “gestión” como “el ejercicio de autoridad política, económica y administrativa para la dirección de los asuntos de un país a todos los niveles” (5). Se debe entender la salud como un derecho humano, actuar desde la solidaridad, la igualdad en el acceso y la participación en la toma de decisiones (6).

Por otro lado, la forma de gestionar la salud de las mujeres está generando un modelo que podría generalizarse a otros grupos de población y a los sistemas de salud. Especialmente estrategias que faciliten la implicación de las mujeres en el desarrollo de propuestas, la participación en la toma de decisiones y su representatividad. Este artículo revisa buenas prácticas en la gestión de cuestiones relacionadas con la salud de las mujeres y describe algunas lecciones aprendidas para fortalecer los sistemas de salud.

Participación pública: voz, elección y representación

Según la ONS, la participación pública es un requisito fundamental para lograr una buena gestión. En la Declaración de Ámsterdam sobre la Promoción de los Derechos de las y los Pacientes en Europa se pone de manifiesto que “las y los pacientes tienen derecho a representación en cada uno de los niveles del sistema de atención sanitaria en las cuestiones relacionadas con la planificación y evalua-

Mecanismos	Definición	Ejemplos
Tener voz	Esta estrategia permite articular la visión grupal y colectiva de ciertos grupos de usuarios/as y la visión de la población general sobre cuestiones relevantes de política sanitaria.	Consultas (consejos y jurados populares, sondeos de opinión con pacientes, encuentros para alcanzar consensos, mesas redondas, grupos de discusión, foros nacionales...) Grupos de apoyo (grupos de autoayuda para usuarios/as y pacientes, creación de organizaciones) Mecanismos para poder tramitar quejas (defensor del paciente, oficina de reclamaciones)
Elección	Se aplica a las decisiones individuales en la elección de seguro médico, proveedores/as y tratamiento. “Poder elegir implica que la persona tenga la capacidad y la información para elegir entre diversas opciones”	Elección personal de seguro, pago de cuotas, profesionales de la salud Información a la persona usuaria sobre salud y enfermedades, derechos de las y los pacientes, sistemas de salud, opciones de servicios, indicadores de eficacia y resultados
Representatividad	Habitualmente se aplica a todo el sistema e implica tener un papel formal, regulado y, con frecuencia, obligatorio en todo el proceso de gestión del sistema de salud	Representantes de organizaciones de personas usuarias o pacientes y asesores/as sanitarios/as en la toma de decisiones o en los comités en: hospitales, comités éticos, grupos de calidad, fondos de seguros médicos y comisiones conjuntas Oficina del consumidor/a, consejos sanitarios.

Tabla 1. Definición y ejemplos de estrategias para la participación en la toma de decisiones (8,9)

ción de servicios, incluyendo la variedad, calidad y funcionamiento de la atención prestada” (7).

El Comité de Ministros y Ministras del Consejo de Europa recomienda proporcionar un papel central a la ciudadanía en los procesos de toma de decisiones que afectan a la atención sanitaria.

La tabla 1 intenta definir y proporcionar ejemplos sobre la diversidad de las formas de participación existentes en Europa.

Ejemplos de buena gestión relacionados con la salud de las mujeres

Tener voz

En Canadá, la Red de Salud de las Mujeres de Ontario (OWHN) trabaja a favor de la salud de las mujeres. La red trata de impulsar un sistema de salud equitativo, accesible y eficiente para todas las mujeres, incluyendo los grupos en situaciones de mayor vulnerabilidad. Mediante la investigación y el trabajo para promover la salud de las mujeres, la red trata de identificar formas innovadoras para dar voz a las mujeres, en especial a grupos de mujeres en situación de mayor vulnerabilidad.

Una forma de dar voz es la realización de consultas para obtener datos e información en el proceso de elaboración de políticas relacionadas con la salud de las mujeres. Por ejemplo, en mayo de 2000, el Ministerio de Sanidad alemán organizó un simposio abierto de tres días de duración sobre salud sexual y

reproductiva. En él participaron personas expertas de diversos ámbitos, grupos de apoyo y público en general; algunas de las personas participantes fueron invitadas para presentar sus puntos de vista sobre siete cuestiones predeterminadas. Estas presentaciones fueron seguidas de una discusión en profundidad con las personas interlocutoras, personal del ministerio y el público interesado durante la duración del simposio y, posteriormente, a través de un foro en Internet.

Por último, también se pueden utilizar una gran variedad de métodos de consulta tales como sondeos, comentarios a borradores/anteproyectos o participación en grupos de trabajo. Estos métodos son útiles durante el proceso de elaboración de directrices clínicas, como se ha hecho recientemente en el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica y Sanitaria en el Reino Unido en el caso de una guía práctica sobre el cáncer de mama. Para ello, se involucró a las propias pacientes y a todas las personas interesadas además de las personas expertas.

Elección

Poder elegir entre las diferentes opciones de servicios sanitarios requiere contar con una información contrastada y basada en la evidencia a partir de pacientes y personas usuarias, tal y como se hace en algunos medios de comunicación y centros de orientación y asesoramiento. Un requisito esencial para obtener una infor-



**Irene
Hirschberg**



**Jérémy
Veillard**

mación fiable que permita realizar una elección informada, es la evaluación y posterior comunicación de resultados de la actuación clínica. En Ontario, Canadá, se han realizado esfuerzos significativos para evaluar esta actuación especialmente en lo relativo a la salud de las mujeres (mediante la utilización del método del cuadro de mando integral).

En el informe sobre resultados relacionados con la salud de las mujeres, se puso de manifiesto la importancia de incluir la perspectiva de la salud de las mujeres en la evaluación de la actuación de un sistema de salud. Este informe muestra cómo aumenta la probabilidad de obtener mejores resultados en los hospitales en los que se integra la perspectiva de la salud de las mujeres entre sus estrategias principales.

Representación

La forma de proteger el interés de las mujeres en los procesos relacionados con la gestión es mediante la elección o nombramiento de representantes de pacientes y organizaciones de consumidores y consumidoras que participen en consejos o comités y a través de organizaciones especializadas. En Irlanda, el Consejo sobre Salud de las Mujeres, organismo asesor del Ministerio de Sanidad e Infancia, fue creado en 1997 bajo la recomendación del Plan para la Salud de las Mujeres, y se elaboró mediante consulta internacional con las mujeres. El objetivo del Consejo es el de influir en el desarrollo de las políticas sanitarias con el fin de alcanzar beneficios sociales y sanitarios para las mujeres. Se pretende alcanzar este objetivo a través de la elaboración de propuestas políticas, publicación de documentos y representación en órganos de gobierno externos.

Lecciones aprendidas sobre gestión para el fortalecimiento de los sistemas de salud

A partir de estos ejemplos, se pueden extraer conclusiones útiles para fortalecer los sistemas de salud.

El fortalecimiento de la participación mediante la voz, la capacidad de elección y la representación aporta las siguientes ventajas:

- Proporciona información de las necesidades, preferencias y valores de la población.
- Implica a la población en la toma de decisiones, lo que puede tener como resultado unas decisiones más justas y

equilibradas al tiempo que se fomenta así su aceptación.

- Aumenta el conocimiento individual sobre cuestiones sanitarias e incrementa la confianza en los sistemas de salud.
- Promueve la elección y la competitividad entre el personal sanitario en base a los resultados.

Aunque puede reportar enormes beneficios, no es sencillo encontrar el equilibrio entre las tres formas de participación.

Hay algunos pasos que deben dar los gobiernos para mejorar la participación y para fortalecer la gestión de los sistemas de salud:

- Es necesario establecer un marco legal para la participación, por ejemplo, el de los derechos de las y los pacientes.
- Las estrategias de participación han de desarrollarse de acuerdo a los procesos en curso sobre política sanitaria.
- Otros sectores como el educativo, el de bienestar social y el económico deberían participar de manera sistemática.
- Si no se considera apropiada o conveniente la participación pública en un asunto determinado, deben darse a conocer a la población las razones de esta decisión, así como información acerca de la marcha del proceso.
- En el diseño de las estrategias se han de tener en cuenta las dificultades económicas, culturales e idiomáticas que pueda suponer el proceso de participación.
- Se ha de motivar a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad así como garantizar su representatividad en los procesos consultivos.
- Finalmente, es necesario realizar más investigaciones sobre el impacto de la participación en los procesos de toma de decisiones y utilizar sus resultados para mejorar los sistemas de salud.

Fortalecer la gestión de los sistemas de salud es tanto una cuestión compleja como una necesidad. No existe una única fórmula para lograrlo pero las conclusiones extraídas a través de la experiencia pueden ser útiles para mejorar la actuación del sistema de salud en general y el cumplimiento de los MGDs en particular.

Referencias

1. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York: Naciones Unidas, 2000. Disponible en: URL:<http://www.un.org/millenniumgoals/>
2. Chan M. Editorial. Entre Nous. 2007; 66:3. Disponible en: URL:http://www.euro.who.int/entrenous/20020905_1
3. Reidpath DD., Allotey P. "Estructura (gestión) y salud: una respuesta no solicitada". BMC Int Health Hum Rights 2206; 6:12. Disponible en: URL:<http://www.biomedcentral.com/1472-698X/6/12>
4. Oficina Regional Europea de la OMS. "Administración/gestión de sistemas de salud. Documento de base de la 58ª sesión del Comité Regional de la OMS para Europa". Copenhague, Oficina Regional Europea de la OMS, 2008. Disponible en: URL:http://www.euro.who.int/Document/RC58/RC58_edoc09.pdf
5. Informe sobre la salud mundial, 2000. Sistemas de salud: mejorar el desempeño. Ginebra, OMS 2000.
6. "La salud en el marco político de la Región Europea de la OMS: actualizado a 2005". Copenhague, OMS 2005.
7. Oficina Regional Europea de la OMS. "Carta sobre la Promoción de los Derechos de las y los Pacientes en Europa". Copenhague, OMS 2005.
8. den Exter AP. Agencia pública de compras. Figueras, J., Jakubowski E., Robinson R., editores. "Adquisiciones para mejorar el desempeño de los sistemas de salud". Maidenhead: Open University Press, 2005; pag. 122-39. Disponible en: URL:http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20050602_1
9. "Noveno foro sobre el futuro de la gestión de los sistemas de salud y la participación pública". Copenhague, OMS 2006.

Jérémy Veillard

Jefe de Equipo Nacional para el Fortalecimiento de los Sistemas de salud en los países de Europa occidental
Oficina Regional Europea de la OMS
jev@euro.who.int

Irene Hirschberg

Departamento de Historia, Ética y Filosofía de la Medicina
Facultad de Medicina de Hannover, Alemania
hirschberg.irene@mh-hannover.de

FUNCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EUROPA

Resultados preliminares de un estudio realizado por el Foro Europeo para la Atención Primaria

El Foro Europeo para la Atención Primaria (FEAP) se establece con el objetivo de fortalecer la Atención Primaria (AP) en Europa. El FEAP define la AP desde un enfoque comunitario, con recursos y servicios siempre disponibles y de fácil acceso (1). En 2008, el FEAP encargó a personas expertas que prepararan un Manifiesto sobre salud sexual y reproductiva donde se contemplaba la importancia que la AP debía tener en este ámbito. Posteriormente se desarrolló un cuestionario del que se derivó un estudio piloto y que fue modificándose en función de las respuestas obtenidas. El estudio piloto se realizó en cinco países Europeos: Bielorrusia, Estonia, Alemania, Portugal y Suecia.

El cuestionario fue enviado a una persona experta en salud sexual y reproductiva de cada uno de los cinco países y se permitió que consultaran con otras personas expertas en caso de necesitar apoyo para responder alguna de las cuestiones. Este artículo está basado en los resultados de ese estudio piloto. Una versión mejorada del cuestionario está disponible en Internet desde septiembre de 2008 para ser utilizada en la fase de implantación del proyecto (2).

Antecedentes y motivos

Hasta ahora, nunca se había investigado de forma sistemática, quién hace qué, dónde y cómo en salud sexual y reproductiva en Europa y cuáles son los resultados. Hay al menos cuatro motivos por los cuales la AP es fundamental en la SSR: **Accesibilidad.** La AP tiene un enfoque comunitario, cuenta con recursos y servicios de fácil acceso y disponibilidad. Por ello, si la SSR se integra en la AP, se garantiza su accesibilidad.

Coordinación. Es importante que exista una institución u órgano que coordine los servicios de SSR ya que incluye múltiples y diferentes aspectos. Por ejemplo, a las mujeres que se someten a una interrupción voluntaria del embarazo en un hospital, se les podría ofrecer la posibilidad de acudir a un centro de planificación familiar. Si el personal médico de AP orienta y deriva a estas mujeres a un hospital, queda garantizado el seguimiento sobre los métodos anticonceptivos que utilizará ya que será atendida por parte de la misma persona.

Integración. Puesto que son muchos los aspectos incluidos en la SSR y están interrelacionados, es importante que exista un servicio donde se puedan abordar en la misma consulta. Un ejemplo es la prevención de ITSs y de embarazos no deseados. Una paciente que necesita diagnóstico y tratamiento para una ITS,

también necesita protección contra un embarazo no deseado. Mientras en una clínica especializada en ITS es probable que no se aborde el otro problema, en AP sí se hará.

Enfoque socio-sanitario. Las y los profesionales de AP tienen en cuenta aspectos sociales y psicológicos, especialmente importantes para poder abordar asuntos relacionados con la sexualidad, donde los factores sociales, psicológicos y culturales son a menudo más importantes que los sanitarios. Puede que las y los profesionales de AP tengan mejor formación para dar respuesta a estas necesidades que las y los médicos/as especialistas.

Evaluar el papel de la AP en la SSR

Existen dos aspectos importantes a tener en cuenta en la evaluación del papel de la AP en la SSR en Europa. El primero es que la forma en la que se conceptualiza la AP. Dependiendo del país, los centros de medicina de familia, de especialidades, las matronas o incluso las policlínicas pueden convertirse en puerta de entrada para la AP. La diferencia en el modelo organizacional, dificulta la categorización de servicios o personal sanitario como AP. El segundo aspecto, es la dificultad de garantizar que los conceptos relacionados con la SSR se interpreten de forma similar en toda Europa, dada su amplia y diversa naturaleza. La OMS ha tomado parte activa en el desarrollo de indicadores para la SSR, pero la mayoría de ellos son “epidemiológicos” y sólo evalúan aspectos relacionados con su estado. Sin embargo, se han dedicado muchos menos esfuerzos para evaluar la prestación de servicios. Este estudio es uno de los primeros intentos que se realizan para valorar la prestación de servicios. El estudio se centró en los siguientes elementos de la SSR:

- Planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos

- Atención durante el embarazo y el parto
- Infecciones de transmisión sexual
- Servicios de SSR especiales para jóvenes.

Se realizó un análisis cuantitativo de la organización institucional y del desempeño de las y los profesionales.

Algunos resultados del estudio piloto

Los resultados del estudio piloto indican una variación significativa en Europa en la función de la AP, en la forma en que se organizan los servicios de SSR y en el modo en el que se desarrollan los centros de SSR para jóvenes.

Organización de los centros de SSR

(1) Papel de la AP en la planificación familiar y atención durante el embarazo

En Alemania y Bielorrusia, el papel de la AP en la prestación de servicios de SSR es insignificante, aunque por razones distintas. En Bielorrusia, la AP no existe fuera de las zonas rurales y son las policlínicas y departamentos en los hospitales quienes se encargan de prestar los servicios de SSR. Por el contrario, en Alemania, son el servicio de ginecología y otras especialidades de la práctica privada, quienes se encargan de la atención en SSR. La atención primaria no tiene una función determinada en la derivación de pacientes a la especialidad de ginecología o en el seguimiento posterior al tratamiento. En Suecia y Estonia el papel de la AP es “algo significativo”. En Suecia las matronas tienen una función fundamental en la SSR puesto que trabajan en “centros de atención primaria de matronas”, en los cuales se responsabilizan de la planificación familiar, las pruebas de embarazo y el seguimiento durante el mismo. Esta forma de trabajar tiene sus antecedentes históricos: en los años 60 las matronas fueron perdiendo gradualmente su papel durante el



Ayşe Akin



Evert Ketting

parto puesto que esta función fue asumida por los y las profesionales de ginecología que trabajaban en el ámbito hospitalario. Durante el mismo periodo, la planificación familiar se convirtió en un asunto muy importante en Suecia y, puesto que las y los profesionales de la obstetricia y la ginecología no tenían interés en asumir esta nueva función, fueron las matronas quienes se hicieron responsables de la planificación familiar, siendo autorizadas a colocar DIUs y posteriormente, a recetar métodos anticonceptivos.

Sólo en el caso de Portugal se puede decir que el papel de la AP en la SSR es “muy significativo” ya que las prácticas y centros de AP tienen un rol activo en casi todas las áreas de la SSR que se han evaluado. La planificación familiar, las pruebas de embarazo, la atención durante el embarazo e incluso las ITS son responsabilidad de la AP. En caso de diagnósticos y tratamientos más especializados, se deriva a las distintas especialidades.

(2) Control de las ITSs

El control de las ITSs está disperso entre diversas instituciones médicas. En Suecia, el diagnóstico y el tratamiento se lleva a cabo en clínicas especializadas en ITS, departamentos específicos en hospitales y policlínicas. En Estonia, el diagnóstico y tratamiento de las ITSs es asumido por distintas instituciones, incluidas clínicas especializadas en ITS, hospitales generales, maternidades, departamentos de urología y ginecología privados y, en algún caso, también AP.

En Alemania la atención primaria tiene un papel importante en este ámbito, aunque la mayor parte se atiende desde el ámbito de la práctica privada de la ginecología, urología y dermatología. En contraste con el resto de los países, en Alemania, el control de las ITSs no es responsabilidad de ningún departamento de hospital o policlínica. Sólo en Portugal, la AP y sus profesionales tienen un papel central en el diagnóstico y tratamiento de las ITSs, aunque existen además, clínicas específicas para las ITSs, departamentos de hospitales para enfermedades infecciosas y especialistas de la medicina privada en enfermedades infecciosas.

Por último, en Bielorrusia, la responsabilidad en el control de ITSs, depende del grado de urbanización de la zona. En las áreas rurales, las “FAPs” (compuestas por una matrona y un médico o médica ayudante con autorización para llevar a cabo

un número limitado de tratamientos) son el punto de entrada. En las ciudades pequeñas es la atención primaria y en las ciudades más grandes lo son las policlínicas.

(3) Centros de atención a la SSR para jóvenes

El papel que desempeñan los centros para jóvenes es muy diferente en los cinco países que participaron en el estudio. Suecia es el más avanzado en esta prestación. Los centros de SSR para jóvenes dependen organizativamente de los centros de AP y su papel en la atención a la población joven es mucho más amplio que en otros países: a la edad de 18 años el 80% de las chicas y el 17% de los chicos han sido atendidos al menos una vez en esos centros. Casi todos los servicios de SSR que necesita la gente joven están disponibles en estos centros y se prestan de manera gratuita.

En Estonia, han tenido lugar avances significativos en este ámbito durante las dos últimas décadas, donde se han desarrollado tres tipos de centros para jóvenes: centros independientes de SSR para jóvenes, centros que forman parte de policlínicas y centros gestionados por profesionales del ámbito privado. Todos ellos son gratuitos ya que los costes son cubiertos por un proyecto especial de atención preventiva del sistema de seguridad social. Para las personas que no tienen seguro médico, existen fondos locales especiales que cubren los gastos. Sin embargo, en este caso, debido a este acuerdo económico, no se puede mantener el anonimato de las y los pacientes. Se estima que alrededor del 10 al 25% de la población joven acude a estos centros, por lo que su influencia cuantitativa es bastante significativa en cuanto a la respuesta que se da a las necesidades en SSR de la juventud.

En Portugal, existe una amplia variedad de centros para jóvenes que prestan diferentes servicios de SSR; algunos forman parte de los centros de planificación familiar, otros están vinculados a hospitales y el resto están gestionados por el Instituto Portugués de la Juventud. Todos los servicios se prestan de manera gratuita pero se desconoce cuál es su alcance a la hora de dar respuesta a las necesidades de la juventud.

En Alemania existen centros similares. Alemania cuenta con centros independientes de orientación conocidos como Centros Profamilia; existen 170 centros y menos de

la mitad ofrecen tratamiento médico, centrándose en la prestación de servicios de orientación y asesoramiento. Sin embargo, hay que señalar, que en estos centros no se atiende a jóvenes. Por otro lado, se han creado algunos centros piloto independientes para la atención de la SSR de la población joven pero su impacto cuantitativo en todo el país es insignificante.

En Bielorrusia se han creado recientemente este tipo de centros en diferentes niveles de la atención sanitaria con la ayuda del FNUAP y UNICEF, pero su papel en este país todavía no es muy importante. Una de las desventajas es que estos centros se orientan al asesoramiento mientras que su papel en el diagnóstico, tratamiento y prescripción de fármacos es muy limitado.

Conclusión

La investigación internacional sobre sistemas de salud en el ámbito de la SSR en Europa se encuentra en una fase inicial. Los resultados de este estudio piloto parecen indicar que se puede extraer mucha información a partir de la investigación sistemática de los diferentes acuerdos institucionales y organizacionales en este ámbito en los países europeos. Sería de gran utilidad para organizar de manera efectiva la prestación de servicios de SSR, vincular las conclusiones de estos estudios a los indicadores de resultado en SSR y, de esta manera, detectar qué sistemas producen los mejores resultados.

Referencias

1. Foro Europeo para la Atención Primaria. Panfleto informativo. EFPC, Utrecht. Para más información, vea: <http://www.euprimarycare.org/>
2. El cuestionario se encuentra disponible en: <https://questions.netq.nl/nq.cfm?q=1cd4e60d-2bf0-a000-c407-c9ce5aa7fe22>

Ayşe Akin

Directora de la Universidad de Hacettepe
Centro Colaborador de la OMS
Ankara
ayseakin@gmail.com

Evert Ketting, MD

Investigador Senior
Centro Internacional de Nijmegen para la Investigación sobre Sistemas de salud y Educación
Universidad de Radboud
e.ketting@tip.nl

MEDICAMENTOS ESENCIALES PARA MADRES Y POBLACIÓN INFANTIL: UN ELEMENTO CLAVE DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Acceso a las medicinas y política pública farmacéutica

Cuando los medicamentos se utilizan de forma apropiada, son una de las intervenciones más rentables de la atención sanitaria. En Europa una buena parte del presupuesto sanitario se destina a medicinas: del 12% como media en los países de la UE, al 30% en los Estados Recientemente Independientes (en inglés, NIS). Mientras que en los países de la UE la mayor parte del gasto farmacéutico se financia a través del pago de impuestos o del sistema de seguridad social, en estos Estados y en los países del sureste de Europa, con frecuencia son los y las pacientes quienes costean los medicamentos. Muchas personas, por lo tanto, no tienen acceso a las medicinas porque no pueden pagarlas. En otros casos, las familias deben vender objetos personales para afrontar el enorme gasto que les suponen los medicamentos y la atención sanitaria.

El acceso a las medicinas no solo depende de que sus precios sean bajos sino de los acuerdos económicos para su financiación y de la fiabilidad y eficiencia del sistema de distribución. Por ello, las políticas farmacéuticas tienen un papel esencial dentro de los sistemas de salud ya que son responsables del acceso, la regulación, la distribución equitativa, la calidad, el coste y la sostenibilidad (ver cuadro). Cualquier política farmacéutica tiene que ser coherente con la política sanitaria general de cada país y debe encajar en el sistema de salud. El Ministerio de Sanidad es el encargado de regular el sector farmacéutico (teniendo en cuenta la calidad de los productos en el mercado así como la concesión de licencias a fabricantes y responsables de distribuir los fármacos), de garantizar que la información circule en el sector y de controlar los resultados de las intervenciones realizadas con fármacos.

El sistema de salud debe garantizar que no existen desigualdades en el acceso a los medicamentos y que los mecanismos de financiación son los apropiados. Ha de hacerse cargo de que el sistema de distribución de fármacos sea efectivo, que los reembolsos se llevan a cabo y que los precios son ajustados, así como que la prescripción y uso de los fármacos es el apropiado.

Por último, cabe señalar que los medicamentos tienen un papel muy importante en la prestación de servicios sanitarios, tanto a nivel ambulatorio- donde la mayoría de las consultas terminan con la prescripción de algún fármaco- como en el ámbito hospitalario.

Medicamentos esenciales

Desde 1997, la OMS ha promovido el concepto de “medicamentos esenciales”:

todo sistema de salud debe establecer una lista de fármacos para su sistema de salud que satisfaga las necesidades prioritarias de la mayoría de la población. Esta lista debe ser acorde con las posibilidades y la financiación del sistema de salud y debe corresponderse con el conocimiento y habilidades del personal sanitario.

Los medicamentos esenciales deben estar disponibles, dentro del contexto de funcionamiento del sistema de salud, en la cantidad y dosis necesarias. La elección de estos fármacos es la piedra angular de las políticas sanitarias nacionales y favorece un funcionamiento uniforme de todo el sistema farmacéutico.

La “Lista Modelo de Medicamentos Esenciales” de 1977 contenía 208 fármacos. Esta lista se revisa cada dos años y en la actualidad consta de 340 medicamentos, incluyendo fármacos contra la malaria, el VIH/SIDA, la tuberculosis, la salud sexual y reproductiva y, cada vez más, enfermedades crónicas como el cáncer o la diabetes. El concepto de medicamento esencial está ampliamente reconocido como uno de los avances más innovadores en salud pública de los últimos 40 años. En la actualidad, 156 de los 193 Estados Miembros de la OMS tienen una lista oficial de medicamentos esenciales. Puesto que los recursos de los sistemas de salud suelen ser limitados, estos listados constituyen una herramienta muy potente para seleccionar las medicinas necesarias, más rentables y con un coste razonable para el sistema de salud.

Los Nuevos Estados Independientes y los países del sureste de Europa han creado su propia lista pero su implantación real varía de unos a otros. Casi todos los países de la UE apoyan el planteamiento de incluir algunos medicamentos en el listado tras la compra de los cuales se

reembolsa parte del dinero a la población. El número de fármacos incluidos en la lista en Europa varía de 350 a más de 1000, dependiendo de los patrones epidemiológicos, los fondos económicos y las características de cada sistema de salud.

Papel de los medicamentos esenciales sobre la salud materna e infantil

Aunque las tasas de mortalidad infantil en menores de 5 años y las de mortalidad materna son bajas en general en la Región Europea, éstas varían mucho entre países. Hay muchas causas generales de mortalidad infantil en menores de 5 años (neumonía, diarrea, malaria, sarampión y VIH) y de mortalidad materna (hemorragias, sepsis, eclampsia, abortos inseguros y partos complicados) que también están presentes en la Región Europea. Los países del Este muestran una mayor morbilidad y mortalidad asociada a enfermedades respiratorias y etiologías infecciosas mientras que en los países occidentales, las enfermedades no contagiosas tienen un papel mucho más importante (1). También existen diferencias dentro de cada país en cuanto al acceso a los medicamentos, incluso entre regiones y grupos de población.

Los medicamentos esenciales son fundamentales en la prevención de estas muertes. El acceso a las vacunas a través de campañas de vacunación infantil previene un amplio espectro de enfermedades, incluido el sarampión. Las vacunas y la lactancia reducen de forma efectiva la mortalidad por neumonía; los antibióticos y el oxígeno son cruciales para manejar de forma efectiva algunas enfermedades. El tratamiento para la diarrea infantil mediante rehidratación oral con sales combinado con suplementos de zinc es una forma segura y rentable



Kees de
Joncheere

Objetivos de una política pública sanitaria

En general, el objetivo de una política pública sanitaria de cualquier país es:

- Asegurar un acceso equitativo a todos los medicamentos necesarios que resulten seguros, efectivos y que respondan a los estándares de calidad.
- Promover que la prescripción y uso de los medicamentos sean apropiados.
- Garantizar que los recursos se invierten bien, que el sistema es sostenible y tiene un coste razonable, y proteger a las y los pacientes ante gastos extraordinarios.
- Finalmente, encontrar el equilibrio con los objetivos políticos relacionados con la industria farmacéutica en los países que cuentan con este tipo de industria.

de salvar vidas.

En algunos países de Asia Central y las Repúblicas Transcaucásicas de la Región Europea todavía existe riesgo de contraer malaria y la medicación para combatirla: quinina y derivados del artemeter- resulta esencial para su tratamiento y prevención.

En relación al VIH y la TBC, aunque las tasas infantiles en la Región Europea son significativamente menores que las de África, el tratamiento no es fácil debido a que los fármacos no siempre están disponibles en la dosis infantil adecuada. La población infantil contrae el VIH principalmente por la vía de transmisión madre-hija/o, que puede prevenirse si existe acceso a antirretrovirales, así como a unas buenas prácticas durante el parto y la lactancia.

En cuanto a la salud materna, las complicaciones mencionadas anteriormente se pueden prevenir y tratar de forma efectiva con sustancias como la oxitocina, los antibióticos y el sulfato de magnesio (2), así como con el acceso a un sistema de salud de calidad que cuente con personal cualificado y atención obstétrica de emergencia. Además, el acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces puede incidir en el descenso de la mortalidad materna y en la transmisión madre-hijo/a del VIH si se previenen los embarazos no planificados y no deseados. Incluso algunos métodos anticonceptivos también mejoran la salud de las mujeres puesto que disminuyen la incidencia de la anemia (causada por las menstruaciones

abundantes) y el dolor asociado con los ciclos menstruales anormales.

Dentro de la Región Europea, la mayoría de los países han incluido en sus listas medicamentos esenciales para combatir estos problemas, pero en la práctica el acceso a los mismos no resulta sencillo, especialmente en los países en transición. El informe de la ONU de 2008 "Favorecer la Asociación Mundial para Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio" señala la existencia de fallos importantes en la disponibilidad de los fármacos tanto en el sector público como en el privado, así como una amplia variación en los precios de los medicamentos esenciales. El informe establece que, en general, en el sector público los fármacos genéricos sólo están disponibles en un 34.9% de los centros y que, de media, cuestan un 250% más que el precio internacional de referencia. En el sector privado, los mismos medicamentos están disponibles en un 63.2% de los centros pero cuestan de media un 650% más que el precio internacional de referencia.

Aunque existen políticas que promueven la utilización de genéricos en muchos países, aún es preciso realizar esfuerzos adicionales a nivel nacional e internacional para mejorar su disponibilidad y su coste (3).

Qué hace la Oficina Regional Europea de la OMS

Los medicamentos esenciales tienen un papel fundamental en la reducción de la mortalidad materna e infantil en toda la Región puesto que forman parte integral de los sistemas de salud de varios países. A lo largo de los últimos años la Oficina Regional Europea de la OMS ha apoyado a los países en transición a través de la mejora en el acceso a los medicamentos para madres y población infantil con el "Proyecto Especial para los Estados Recientemente Independientes". Se trata de un proyecto conjunto del Departamento de Tecnología Sanitaria y Farmacia de la Oficina Regional Europea de la OMS y la División de Política Sanitaria y Medicamentos Esenciales de la sede de la OMS. Este proyecto se basa en la colaboración entre la OMS y sus homólogos en cada Estado y trabaja: reforzando el proceso de selección de medicamentos; ayudando a las autoridades encargadas de regular los fármacos a garantizar que los productos tienen la calidad que requiere el mercado; apoyando a los países para mejorar la

distribución de medicinas y el sistema de reembolso del gasto y a los programas nacionales existentes en la elaboración de directrices clínicas para que todo esto se lleve a cabo; y respaldando las iniciativas establecidas para mejorar la prescripción y uso de los medicamentos. Para conocer algo más sobre esta colaboración, puede visitar la página www.euro.who.int/pharmaceuticals/NIS/20020708_1

La Oficina Regional Europea de la OMS también ha tomado parte en la campaña mundial de la OMS para "adaptar las dosis a la infancia", puesta en marcha el 7 de diciembre de 2007. El objetivo último de esta campaña es aumentar la concienciación y acelerar las iniciativas dirigidas a mejorar la disponibilidad de medicinas seguras para menores de 15 años. Para alcanzar este objetivo se han puesto en marcha iniciativas como la investigación sobre fórmulas farmacológicas infantiles o la mejora en el acceso a los medicamentos mediante el fortalecimiento de los sistemas de distribución de los mismos. En la actualidad, existen muchos medicamentos que no están disponibles en las dosis apropiadas, no están adaptadas o no están disponibles para la población infantil.

La Oficina Regional Europea de la OMS continuará prestando su apoyo a los países que lo necesiten para mejorar sus sistemas de salud. Todo ello con el objetivo de mejorar la salud de la población, incluyendo la salud materno-infantil en la Región, a través de un mejor acceso a los medicamentos esenciales.

Referencias

1. "Informe sobre la Salud en Europa, 2005: iniciativas de salud pública para mejorar la salud infantil y de la población general". Copenhague, OMS 2005.
2. "Medicamentos esenciales para la Salud sexual y reproductiva: Directrices para su inclusión en los listados nacionales". Ginebra, OMS, 2006.
3. Objetivo de Desarrollo del Milenio nº8. "Favorecer la Asociación Mundial para Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio". Nueva York, Naciones Unidas, 2008.

Kees de Joncheere
Consejero Regional
Oficina Regional Europea de la OMS
cjo@euro.who.int

EL FONDO MUNDIAL Y EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Durante los últimos cinco años, se ha incorporado un nuevo interlocutor al ámbito de la salud mundial influyendo en la Agenda Internacional sobre Salud Pública. El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM, en inglés) ha contribuido con casi 20 billones de dólares para los países que buscaban apoyo en la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Esto equivale a, más o menos, el 21% de la cantidad total comprometida (ver figura 1).

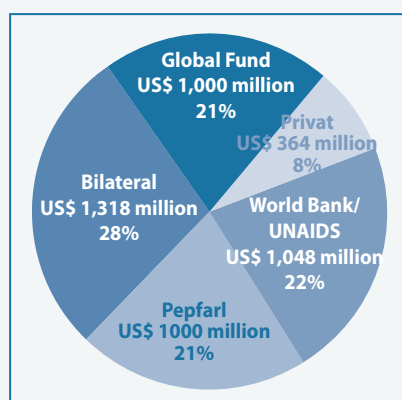


Figura 1. Compromisos internacionales de financiación (1)

En el sentido de las agujas del reloj: Fondo Mundial, fondos privados, Banco Mundial/UNAIDS, Pepfar, bilateral. Las formas de apoyo difieren de país a país, y de región a región dependiendo del patrón epidemiológico de las enfermedades y de los problemas y obstáculos que encuentran los sistemas de salud (ver figura 2). El Fondo ha sido criticado frecuentemente por respaldar enfoques verticales que debilitan los sistemas de salud alejando los ya de por sí escasos recursos humanos en aras del fortalecimiento de los programas verticales. Sin embargo, hay que señalar que la percepción de que el "Fondo Global promueve los enfoques verticales más que los de fortalecimiento de los sistemas" no es correcta. El Fondo Mundial apoya y fomenta los procesos llevado a cabo a nivel de cada país, en el que todas las personas interlocutoras están, o deberían estar, representadas en el Organismo Nacional Coordinador. En él se incluyen instituciones gubernamentales, profesionales del mundo académico, y representantes de la población general. Se revisa la consistencia, coherencia y complementariedad de las propuestas desarrolladas en cada país en relación a lo

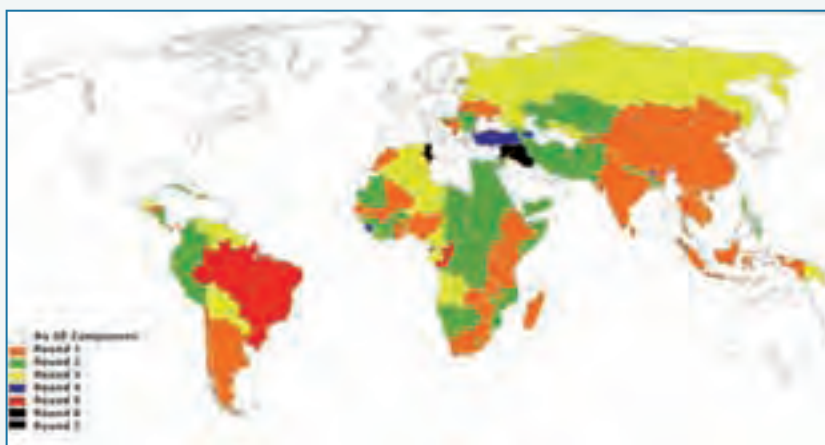


Figura 2. Países que cuentan ayudas del GFATM (1)

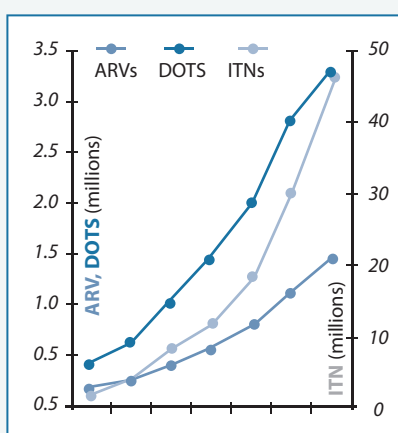


Figura 3. Cobertura con antirretrovirales (ARVs), tratamiento para la tuberculosis (DOTS) y redes antimosquitos (ITNs) (1)

que los recursos públicos y privados pueden dar cobertura. Teniendo en cuenta el hecho de que la evaluación y seguimiento a medio plazo pone de manifiesto las dificultades de los sistemas de salud a la hora de implantar los programas, las nuevas propuestas deberían incluir un componente específico para el fortalecimiento de los sistemas de salud. Con ello, se podría trabajar sobre las debilidades y se lograría aumentar el efecto de las intervenciones e inversiones de las tres enfermedades objetivo del Fondo. Este trabajo es tan esperado como necesario. Proporciona a los países la oportunidad de abordar cuestiones que se han identificado como obstáculo o dificultad a nivel regional. También permite fortalecer los elementos definidos como clave para el éxito y que han sido identificados en conferencias regionales como la Conferencia Ministerial sobre Fortalecimiento de los Sistemas de salud de 2008, o las Conferencias Ministeriales sobre Tuberculosis y VIH/SIDA de 2006.

Resultados

El resultado de las ayudas económicas concedidas hasta la fecha resulta alentador en términos de cobertura con antirretrovirales (ARVs), casos detectados de tuberculosis (DOTS) y redes antimosquito tratadas con insecticida (ITNs) (ver figura 3 y 4). Estas últimas tienen un efecto especialmente directo e importante sobre la morbilidad y mortalidad infantil. El proporcionar estas redes a gran escala, como medida preventiva, liberaría a los sistemas de salud de la carga que supone el tratamiento contra la malaria y se podría aprovechar esa capacidad para dar respuesta a otras necesidades y dirigirla hacia programas como los de gestión integrada de enfermedades infantiles. En el contexto de la lucha contra la expansión de la epidemia del VIH/SIDA, resulta alentador observar que los esfuerzos preventivos han generado cambios en los modelos de comportamiento (ver figura 5). Pero todavía resulta sorprendente observar que se han llevado a cabo pocas actuaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva en el contexto de la atención y prevención primaria, especialmente en lo relativo a la prevención de la transmisión del VIH vía madre-hijo/a. Parece como si los dos sistemas funcionaran de forma paralela y esto quizá tenga algo que ver con la percepción que se tiene sobre las consecuencias de la conducta sexual. Todavía existe- a pesar de todo el trabajo realizado para evitar la estigmatización durante las últimas décadas- un gran estigma asociado a las personas enfermas de VIH/SIDA en muchos contextos. Por otro lado, las maternidades de los hospitales y los centros de salud sexual y reproductiva



**Assia
Brandrup-
Lukanow**

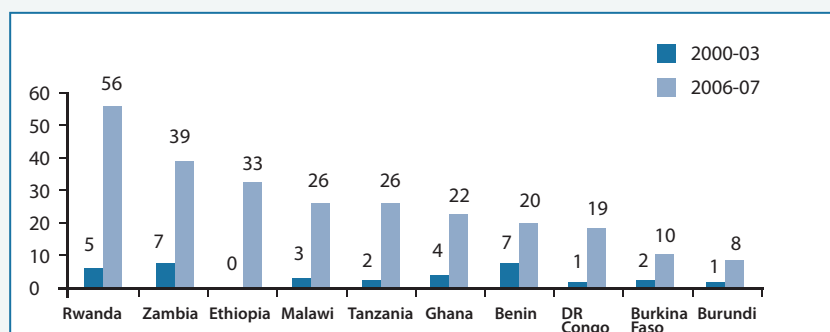


Figura 4. Niños/as menores de 5 años que duermen bajo redes anti-mosquito tratadas con insecticida, 2002-2003 y 2006-2007 (1).

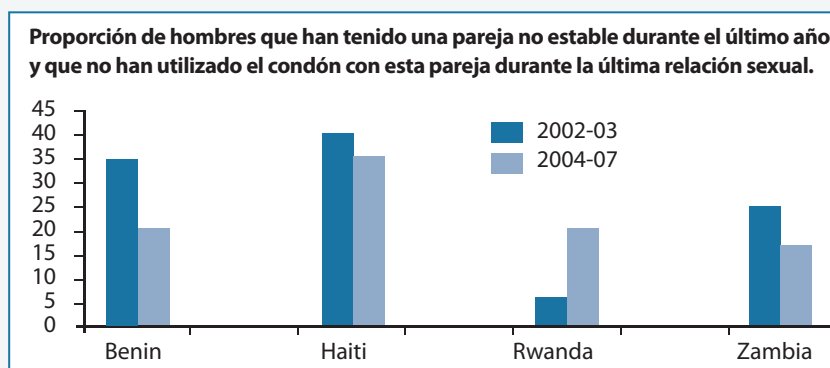


Figura 5. Patrones de comportamiento masculino frente a la utilización del condón. (1)

todavía se asocian al resultado positivo de una relación sexual: traer al mundo una criatura sana.

La maternidad de un hospital constituye un pilar fundamental del sistema de salud y debería hacerse todo lo posible para que fuera un lugar positivo, seguro y acogedor. Hablar sobre la prevención del VIH/SIDA en el contexto de la atención durante el embarazo y después del parto no resulta fácil y no siempre es bien aceptado por las pacientes y el propio personal sanitario. El VIH/SIDA debería estar en la agenda de los centros y servicios de salud sexual y reproductiva, tanto en los lugares donde la prevalencia es alta como donde es baja. En aquellos lugares donde existe una prevalencia elevada, la posibilidad de que una madre esté infectada o se encuentre situación de riesgo es muy alta, mientras que en los lugares donde la prevalencia es baja, los centros y servicios de salud sexual y reproductiva se convierten en el mejor recurso para realizar prevención primaria.

El GFATM en la Región Europea

Con la parte del GFATM destinada al fortalecimiento de los sistemas de salud, se pretende que los países de la Región Europea- especialmente países de Asia

Central, el Cáucaso, y Europa Central y del Este- examinen de forma más detallada los vacíos existentes en los servicios de salud sexual y reproductiva. En concreto:

- La capacidad para llevar a cabo intervenciones preventivas de eficacia probada y para prestar la atención perinatal necesaria. En este sentido, la prevención de la transmisión vía madre-hijo/a no implica saber únicamente cuándo y cuánta nevirapina u otros fármacos se deben administrar. Se trata de proteger la salud sexual y reproductiva de las mujeres, hombres, población infantil y adolescente. Concienciar para que los servicios de salud sexual y reproductiva y su personal adquieran esta visión más integral, resulta costoso en términos económicos y temporales.
- La capacidad de sus recursos humanos. Otra de las limitaciones de los sistemas de salud, frecuentemente señalada como razón de una prestación de servicio insatisfactoria, es el hecho de que la formación y cualificación del personal sanitario no se ajuste a las necesidades prioritarias de la población a la que atienden. Además, existe una falta de planificación y de proyectos

en el área de recursos humanos. Esta es un área en la que la financiación del GFATM puede utilizarse para: analizar las necesidades de los recursos humanos, tanto en términos de cantidad como de competencias, y elaborar así planes a nivel nacional o regional.

- La gestión de la calidad en las áreas de dirección y contabilidad. Ambas deben ser actualizadas de manera constante para adaptarse a las nuevas necesidades. Es preciso fortalecer su capacidad para aplicar estos principios en los centros de atención sanitaria y en las estructuras de dirección. Incluir la gestión de calidad en las propuestas del GFATM, favorece el fortalecimiento y la credibilidad así como la sostenibilidad de la propuesta.

Para terminar

Los sistemas de salud solo serán sólidos y sostenibles si su financiación se realiza de manera sostenible. Descargar parcialmente al sector público y repartir el peso económico con el sector privado, generará sistemas más resilientes y con mejor capacidad de respuesta. Si se difunde esta forma de financiación y se inicia una reforma económica del sistema de salud, es precisa, al menos al principio, una gran cantidad de recursos adicionales que, por el momento, solo puede proporcionar el GFATM. Embarcarse en una reforma de este calibre tendrá impacto no sólo en las tres enfermedades en las que se centra el Fondo, sino en la morbilidad y mortalidad causadas por otras enfermedades. Hasta ahora, solo Ruanda ha emprendido dicha reforma con la financiación del GFATM. En vista de la urgente necesidad de reforma económica del sector sanitario en la Región, sería muy interesante observar y valorar comparativamente los resultados.

Referencias

1. Feachem, R., Sabot, O. El Fondo Mundial 2001-2006. Revisión de la evidencia. Global Public Health 2007, 2(4): 325-341.

Assia Brandrup-Lukanow
DBL- Centro para la Investigación y Desarrollo de la Salud
Facultad de Ciencias de la Vida
Universidad de Copenhague
assiabrandrup@yahoo.de

AUMENTAR LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO MEDIANTE UNA REFORMA DE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA

La actuación de los sistemas de salud depende del conocimiento, habilidades, motivación e implicación de las personas responsables de organizar y proporcionar los servicios. El personal sanitario representa uno de los pilares del sistema de salud. Un personal sanitario que realiza bien sus funciones es aquel que trabaja de manera responsable, justa y eficaz para alcanzar los mejores resultados posibles en salud con los recursos disponibles y teniendo en cuenta el contexto (1).

Para tener un personal sanitario que realice correctamente sus funciones y sea capaz de ofrecer servicios de calidad, es esencial asegurar que se refuerza la formación previa y la continuada de las y los profesionales sanitarios. La formación previa- en el ámbito universitario- representa el primer paso en el desarrollo de los recursos humanos y tiene un papel fundamental en la preparación del personal sanitario.

Esta formación se define como una formación pre-especializada y se imparte en facultades y escuelas de medicina, enfermería y obstetricia y también se la conoce como “formación médica de grado” (2). Esta formación representa una forma eficiente de utilizar los recursos ya que proporciona los conocimientos necesarios a las y los futuros profesionales de la salud, tiene un amplio alcance y se mantiene durante un periodo prolongado de tiempo lo que implica mejores resultados que los obtenidos con la formación que se ofrece ya en el puesto de trabajo (2). Comparativamente, la formación en el puesto de trabajo es apropiada para fortalecer la formación previa, y proporciona la oportunidad de actualizar las habilidades e incorporar nueva información y el uso de nuevas tecnologías una vez que están disponibles.

Los países del Este de Europa y de Asia Central están demostrando su compromiso con la mejora en el acceso y la calidad de la planificación familiar (PF) y de otros servicios de salud sexual y reproductiva (SSR). Así, la reducción en el número de interrupciones voluntarias del embarazo y el aumento en la utilización de métodos anticonceptivos eficaces, dependerá en gran medida de la calidad de los servicios y del personal que los presta. Revisiones recientes en el ámbito la planificación familiar han mostrado que todavía queda mucho por hacer para mejorar los servicios de PF y de SSR. Un factor clave de esta situación son las escasas habilidades y la limitada competencia técnica del personal que trabaja en PF y SSR (3).

La implantación de una reforma sanitaria en muchos de estos países ha hecho necesaria la introducción de la evidencia más reciente relacionada con la formación médica y la práctica clínica. A lo largo de los años, se ha puesto especial atención en la formación del personal

sanitario en PF y SSR en toda la Región. Pero la mayor parte de los programas de formación, materiales y donaciones se han destinado directamente a mejorar la formación en el puesto de trabajo. Miles de profesionales de la obstetricia, ginecología, medicina de familia y enfermería han recibido formación para mejorar sus habilidades y ampliar su conocimiento sobre PF y SSR. Así mismo, la mayoría de los países de la Región han desarrollado y aprobado directrices y protocolos sobre práctica clínica basada en la evidencia para la prestación de servicios de PF. Todo ello, gracias al apoyo de financiación privada y agencias técnicas. Algunos países han implantado nuevas directrices y protocolos a nivel nacional (Rumania, Georgia y Ucrania) (4,5).

Sin embargo, estos nuevos materiales y directrices clínicas prácticas no se han incorporado en los programas de formación médica universitaria, por lo que se ha generado un vacío entre la formación universitaria y la práctica clínica. La indiferencia académica hacia las prácticas clínicas actuales implica que buena parte de esta formación impartida resulta irrelevante.

Una revisión de la formación médica universitaria en la Región mostró que la formación que recibe el alumnado no está bien coordinada y varía de unos simples seminarios sobre temas relacionados con la PF a diferentes grados de información sobre tecnología anticonceptiva que, en su mayor parte, no está basada en la evidencia reciente (6). Falta información sobre “Criterios Médicos de Elección para el Uso de Anticonceptivos” de la OMS y otras directrices internacionales y basadas en la evidencia (7). La formación práctica sobre la prestación de servicios de PF a menudo es inexistente para estudiantes de medicina y enfermería, y se proporciona de forma muy limitada.

Además, la metodología didáctica que se utiliza en muchas facultades de medicina de la Región está basada en métodos tradicionales (ej. estudiantes que asisten a clase con una actitud pasiva) que proporcionan pocas oportunidades de llevar a cabo un aprendizaje interactivo. Así, la metodología educativa en medicina no facilita la posibilidad de dotar a las y los estudiantes de las competencias necesarias para trabajar en servicios de PF y otros de SSR.



**Nino
Berdzuli**

Debido a estas carencias en la formación médica universitaria, el alumnado se licencia con escasos conocimientos sobre PF, SSR y otras cuestiones. Esto implica que el personal sanitario y, especialmente, las y los profesionales de atención primaria, y otras especialidades diferentes a la obstetricia y ginecología, recibirán más formación sobre PF y SSR en su puesto de trabajo que en la facultad, resultando gravoso para el Estado y el sector privado.

A pesar de todo ello, existen algunos recursos que en la actualidad están disponibles para apoyar el desarrollo o la reforma del currículo formativo de las facultades.

En octubre de 2008, la Intervención Regional sobre Planificación Familiar en Europa y Eurasia (en inglés EERFPA), fundada por la Agencia Americana para el Desarrollo Internacional (USAID) e implantada por John Snow, Inc, puso en marcha una iniciativa para abordar la escasez de temas relacionados con la planificación familiar en los programas formativos universitarios de medicina y enfermería de la Región. La EERFPA pretende reformar estos programas incrementando la formación basada en la evidencia sobre planificación familiar a través del trabajo con los organismos que regulan el contenido de la formación.

La Consulta Académica Regional sobre Fortalecimiento de la Formación Universitaria en Planificación Familiar llevada a cabo en Tbilisi, Georgia, del 22 al 24 de octubre de 2008 fue organizada por la EERFPA con el apoyo técnico y la asistencia de la Oficina Regional Europea de la OMS. Constituyó el primer intento de centrar la atención en la necesidad y la urgencia de mejorar la formación médica universitaria. Las delegaciones de Armenia, Azaerbaijan, Georgia y Kyrgyzstan, con representación de las facultades de obstetricia y ginecología, y de los departamentos de medicina de familia de las facultades de medicina, escuelas de enfermería y del propio ministerio de sanidad, debatieron sobre las razones para fortalecer la formación universitaria sobre PF, los recursos disponibles y los cambios potenciales. Trataron sobre los pasos a seguir para fortalecer esta formación, tanto en el contenido técnico como en la metodología didáctica y, finalmente, elaboraron un plan de acción para llevar a cabo una reforma de la formación sobre PF.

Este encuentro puso de manifiesto que el programa formativo médico necesita una reforma y que el decanato de de las facultades y escuelas de medicina y enfermería, debe comprometerse con esta reforma y poner en marcha una plataforma de colaboración para mejorar la formación sobre PF. Así mismo, el procedimiento utilizado para la PF, puede usarse también para mejorar otros aspectos de la enseñanza sobre SSR.

Es muy importante dar respuesta a la necesidad de los países relativa a mejorar la formación médica universitaria cambiando los programas sobre PF y SSR. La EERFPA USAID es una iniciativa que pretende colaborar con la Oficina Regional Europea de la OMS y otras agencias técnicas de la región, para reformar la formación médica universitaria sobre PF. La inversión dirigida a mejorar la formación sobre PF y SSR es un aspecto crucial para mejorar la calidad de la atención y mejorar el acceso a los servicios de PF y SSR. Una enseñanza basada en la evidencia y más completa sobre conceptos relacionados con la SSR, dará como resultado un personal sanitario mejor formado y preparado para dar respuesta a los múltiples y variados desafíos sobre PF y SSR que se plantean en sus países.

Para más información, por favor visite nuestra página web: www.jsi.com

Referencias

1. "Un problema de todos/as: fortalecer los sistemas de salud para mejorar los resultados en salud. Marco de Acción de la OMS" Ginebra, OMS, 2007.
2. "Formación universitaria para profesionales de la salud sexual y reproductiva". Baltimore, MD: JHPiEGO. Noviembre, 2002. Disponible en: <http://www.jhpiego.org/pubs/infos-hts/prsrvcrh.pdf>
3. "Análisis de la situación de la planificación familiar en 2007: resumen de dirección" Agosto, 2007. Arlington: John Snow, Inc. Intervención Regional sobre Planificación Familiar en Europa y Eurasia para la Agencia Americana de Desarrollo Internacional, 2007.
4. "Georgia: análisis de la situación de la planificación familiar". Arlington: John Snow, Intervención Regional sobre Planificación Familiar en Europa y Eurasia para la Agencia Americana de Desarrollo Internacional, 2007.
5. Merce, G., Christopher Wright C, Magdalena P truleasa M., y Hedgecock D. "Mejora de los servicios de planificación familiar en Romania: estudio de caso". Arlington: DELIVER para la Agencia Americana de Desarrollo Internacional, 2006.
6. Berdzuli, N. "Integrar la evidencia: formación sobre planificación familiar basada en las competencias. Documento sobre el concepto técnico. Arlington: Intervención Regional sobre Planificación Familiar en Europa y Eurasia para la Agencia Americana de Desarrollo Internacional, 2008.
7. http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/guidelines.htm

Nino Berdzuli, MD, MPH

Directora de Proyecto
Intervención Regional sobre Planificación Familiar en Europa y Eurasia
John Snow, Inc
Arlington, Virginia
Nberdzuli@jsi.com

ACTUACIÓN DE LOS Y LAS PROFESIONALES ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO: INVESTIGAR PARA MEJORAR LOS SISTEMAS DE SALUD

Salud sexual y reproductiva libre de violencia de género

La violencia de género se define como cualquier coacción física, psicológica, económica o sexual causada a las mujeres por el hecho de serlo (1). La violencia de género es la causa principal de lesiones físicas, enfermedad mental, complicaciones durante el embarazo y muertes maternas pero aún no se considera una cuestión urgente para la salud de las mujeres, sino una epidemia oculta. Se estima que entre el 10 y el 69% de las mujeres sufrirán violencia a lo largo de su vida; en el caso de las mujeres embarazadas la proporción es del 3 al 8% (2).

Durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, 179 países acordaron que las personas y las parejas tienen derecho a alcanzar el mejor nivel de salud sexual y reproductiva, libres de discriminación, coacción y violencia. La Conferencia adoptó un Programa de Acción a 20 años por el cual los 179 gobiernos se comprometían a tomar medidas preventivas y de rehabilitación para alcanzar este objetivo en sus respectivos países.

La violencia de género continúa siendo en todo el mundo un obstáculo para alcanzar el nivel de salud sexual y reproductiva propuesto en la Conferencia de El Cairo y constituye una amenaza importante para el desarrollo de la población. La violencia de género debe considerarse un problema de salud pública y no solo un asunto privado del ámbito familiar.

Violencia de género en Bélgica

Bélgica es uno de los países que ratificó la convención de El Cairo, pero solo desde 1997 se considera la violencia de género como delito en la legislación belga y fue a partir del año 2000 cuando se empezaron a tomar medidas concretas. El Plan Nacional de Acción para luchar contra la violencia de género fue elaborado por varios ministerios (Ministerio de Administración Pública, Integración Social, Urbanismo y el de Igualdad de Oportunidades junto con el Ministerio de Justicia y un representante del Primer Ministro) y se puso en marcha como un plan integral con acciones dirigidas a aumentar la concienciación, la prevención, la formación, el apoyo y otras medidas a diferentes niveles de la sociedad.

En el contexto de la atención primaria, la Organización Nacional de Medicina de Familia, estableció un consenso sobre el papel de la medicina de familia en la detección y abordaje de la violencia de género. Este consenso constituye una buena herramienta práctica, sin embargo en ella no se incluyen recomendaciones sobre mujeres embarazadas y violencia de género. De hecho, en Bélgica la mayoría

de las mujeres acuden al servicio de ginecología para las revisiones rutinarias del embarazo y el parto, por lo que los obstetras y ginecólogos/as han de proteger el bienestar de las mujeres” no sólo durante el embarazo, sino, frecuentemente, durante todo el ciclo de vida sexual y reproductiva.

Violencia de género y ginecología

El Centro Internacional para la Salud sexual y reproductiva (en inglés ICRH) y el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Gante, llevaron a cabo dos estudios en el ámbito de la violencia de género. El primero consistió en un estudio intersectorial realizado entre mujeres embarazadas que acudían a las revisiones rutinarias de su embarazo. La prevalencia de la violencia de género a lo largo de la vida, se estimó en torno al 10.1% y, durante el embarazo y/o en el año anterior al embarazo en un 3.4%, que es una proporción similar a la encontrada en otros estudios internacionales. Las mujeres no suelen revelar que sufren violencia en la mayoría de los servicios de atención sanitaria, a no ser que se les pregunte directamente. Se pudo comprobar que las preguntas sistemáticas eran bien aceptadas por las mujeres que participaron en el estudio (3).

El otro estudio, denominado “Conocimiento, Actitud, Práctica” se llevó a cabo en el ámbito de la ginecología con el fin de identificar obstáculos a la hora de realizar preguntas sobre violencia de género en un contexto en el que aún no se disponía de protocolos de actuación. Se encontró que las y los especialistas en ginecología subestimaban en gran medida el alcance de la violencia de género y que sólo el 6,8% había recibido alguna formación sobre violencia de género. Tampoco consideraban que el embarazo fuera un buen momento para realizar preguntas de forma sistemática. Las barreras internas que se detectaron fueron la percepción de falta de eficacia para tratar este tema y la escasa familiaridad con los mecanismos de derivación. La falta de tiempo y el temor a ofender a las pacientes eran las principales barreras externas.



**Kristien
Roelens**



**Hans
Verstraelen**



**Marleen
Temmerman**

Se concluyó que la formación sobre violencia de género para profesionales de la medicina es importante y debe ir acompañado de la introducción de estrategias de empoderamiento y refuerzo tales como herramientas para la detección, folletos informativos para las pacientes y mecanismos formales de derivación (4).

El ICRH y el Departamento de Obstetricia y Ginecología también contribuyeron en gran medida al desarrollo de una guía para la “atención a mujeres en situación de violencia” en el Hospital Universitario de Gante (5). Este protocolo no solo sirve para disponer de pautas de tratamiento sino como herramienta de formación para las y los profesionales de la salud. Junto a la implantación del protocolo, se realizó formación para profesionales de urgencias, ginecología, cirugía, medicina interna y psiquiatría y del trabajo social. En la actualidad se ha incorporado un curso sobre violencia de género en el programa formativo de la Universidad de Gante. Así, durante este curso el alumnado de medicina es informado sobre el protocolo para la atención a mujeres en situación de violencia de género.

Fortalecer los sistemas de salud

En el nuevo Plan de Acción Nacional (2008-2009) sobre violencia de género se incluyen diferentes actuaciones en el ámbito de la atención primaria. Uno de los proyectos, que en la actualidad se está poniendo en marcha, se centra en evaluar el protocolo de la Universidad de Gante con el fin de actualizarlo y difundirlo en otros hospitales junto a la formación de las y los profesionales de dichos hospitales. Otras actividades programadas del Plan de Acción Nacional incluyen el establecimiento de mecanismos formales de derivación, la educación y formación de diferentes profesionales de la salud y el impulso a la colaboración interdisciplinar. A través de nuestra investigación sobre violencia, contribuiremos al desarrollo de políticas locales adecuadas y de directrices sobre violencia basadas en la evidencia para especialistas en gineco-



logía, especialmente para la atención durante el embarazo.

Esperamos que nuestra aportación conduzca hacia acciones concretas y al fortalecimiento del sistema de salud. De esta manera, se contribuirá a mejorar la atención sanitaria para las mujeres en situación de violencia.

Referencias

1. Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM y col. “Vigilancia de la Violencia de Género: Definiciones y Recomendaciones de Elementos”, 2002.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA y col. “Informe Mundial sobre Violencia y Salud”. Ginebra. OMS, 2002.
3. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K y col. “Revelación y búsqueda de atención sanitaria tras sufrir violencia de género antes y durante el embarazo en Flandes, Bélgica: Estudio de Seguimiento” Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008; 137(1):37-42
4. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K y col. “Estudio sobre conocimiento, actitudes y práctica entre obstetras-ginecólogos/as sobre la violencia de género en Flandes, Bélgica” BMC Public Health 2006; 6(1):238.
5. Buylaert W, Calle P, Roelens K y col. “Atención en crisis para víctimas de la violencia. Protocolo de la Universidad de Gante”. Gante: Centro Internacional para la Salud sexual y reproductiva, Hospital Universitario de Gante, 2004.

Dra. Kristien Roelens

Centro Internacional para la Salud sexual y reproductiva
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
Kristien.roelens@ugent.be

Hans Verstraelen, MD

Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario de Gante
hans.verstraelen@ugent.be

Dra. Marleen Temmerman MD, MPH, PhD

Jefa del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Gante
Directora del Centro Internacional para la Salud sexual y reproductiva. Centro Colaborador de la OMS para la Investigación sobre Salud Sexual y Reproductiva
Universidad de Gante
Marleen.Temmerman@UGent.be

Para más información sobre violencia de género, consulte el número nº 61 de la revista Entre Nous “Respuesta ante la Violencia contra las Mujeres” en http://www.euro.who.int/entre-nous/20020905_

UN EJEMPLO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿CÓMO FORTALECER LA ATENCIÓN PRIMARIA EN TURQUÍA?

La atención primaria es un elemento clave de los sistemas de salud y con frecuencia sirve como puerta de entrada para la atención de las necesidades en salud sexual y reproductiva (SSR) y la posterior derivación a servicios más especializados. Así, en muchos países el fortalecimiento de los servicios de atención primaria está vinculado al fortalecimiento a los servicios de SSR. Por ello, el impacto de la atención primaria sobre la SSR de la población es significativo.

Este artículo resume los principales resultados de la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria de la OMS (en inglés, PCET), que se implantó de forma piloto en Turquía en 2007 en el marco del Acuerdo Colaborador Bianual 2006-2007 entre la Oficina Regional Europea de la OMS y el Ministerio de Sanidad de Turquía. En este acuerdo se recogen las tres áreas de trabajo principales de colaboración entre las partes. Otros socios son el Instituto Holandés para la Investigación de los Servicios Sanitarios- Centro Colaborador de la OMS-, personas interlocutoras del sistema de salud como especialistas en política nacional, personal directivo, profesionales de la medicina de familia y sus pacientes.

Metodología

La metodología subyacente para diseñar la PCET procede del Marco de Sistemas de salud de la OMS 2000, que indica que la actuación de un sistema de salud está determinada por la forma en que se organizan sus funciones. Las funciones de un sistema de salud son: administración, obtención de recursos, financiación y prestación de servicios. El Marco de la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria abarca estas cuatro funciones, combinadas con las características clave de los servicios de atención sanitaria, esto es: la accesibilidad a los servicios, la continuidad de la atención, la coordinación y la exhaustividad. La tabla 1 ilustra como para cada función de la atención primaria existen un número de dimensiones clave y subtemas. Cada dimensión ha sido traducida en uno o más ítems (que son los sustitutos de las dimensiones). En la tabla también se muestran algunos ejemplos de ítems de cada una de esas dimensiones.

Con el fin de evaluar la complejidad de cualquier sistema de atención primaria, la información se puede clasificar en diferentes niveles, desde el punto de vista de la demanda y de la prestación de servicios.

La Herramienta consistía en tres cuestionarios: uno referido a la situación de la

atención primaria a nivel nacional, otra para las y los médicos de familia y otro para pacientes. Entre los tres cuestionarios se cubrían todas las funciones identificadas de la atención primaria así como sus dimensiones e ítems como se establecía en el Marco. Cada cuestionario ha sido pre-estructurado con respuestas pre-codificadas.

La Herramienta se puso a prueba de manera piloto en 2007 en dos provincias de Turquía: Bolu y Eskişehir. Los cuestionarios han sido respondidos por personas expertas en política nacional y otras interlocutoras del sistema de salud, personal sanitario de la medicina de familia y sus pacientes. Los resultados se extraen de los autoinformes sobre comportamientos y experiencias más que de la observación directa o el análisis sistemático de los datos rutinarios.

Resultados

• A nivel nacional, basados en entrevistas con personas expertas en política nacional

Administración: la atención primaria es una prioridad nacional. Desde 2003, se está implantando de manera activa un modelo integral de atención primaria. En 2007, 12 de las 81 provincias habían implantado este modelo. A pesar de la descentralización, el Ministerio de Sanidad todavía tiene mucho peso en la coordinación del proceso de reforma. Las y los profesionales de la atención primaria y las asociaciones de pacientes aún no tienen un papel definido en el proceso de reforma. Tampoco está muy desarrollada la normativa sobre derechos de los pacientes. Por ejemplo, no es obligatorio la existencia de un procedimiento para que las y los pacientes puedan formular sus quejas en los centros de salud de familia. Sin embargo, la implantación en las regiones elegidas fue buena.

Financiación: es el Estado quien proporciona y financia la atención primaria. Todos los servicios de atención primaria son gratuitos, excepto las medicinas, para las que existe co-pago. Las y los profesionales de la salud pertenecen al funcionariado público y reciben un salario por su trabajo. La reciente introducción de un sistema de incentivos económicos en función del rendimiento, parece ser un gran paso hacia una mejor atención y respuesta del sistema.

Recursos: durante los últimos años, ha tenido lugar un incremento sistemático en la cantidad de personal sanitario que trabajan en atención primaria (el 13.8% de los y las médicos/as en activo en

Turquía son especialistas en medicina de familia). Sin embargo, en comparación con el número total de médicos/as, el personal sanitario en atención primaria aún es escaso, además de estar distribuido de forma desigual. Aunque existen directrices clínicas y están disponibles, su uso no está extendido. En relación con este punto, todavía no se han desarrollado los mecanismos de control de la calidad y la política para fortalecer las habilidades y el conocimiento del personal sanitario.

• A nivel de profesionales sanitarios de atención primaria y pacientes, basados en experiencias y opiniones de las personas participantes y datos rutinarios:

Accesibilidad de la atención: la disponibilidad de servicios de atención primaria es desigual en el país (pero es buena en Bolu y Eskişehir). El personal de los centros de medicina de familia está compuesto por médicos/as de familia, personal de enfermería en prácticas y, en muchos casos, matronas. Durante los días laborables es fácil acceder a estos centros pero es casi imposible hacerlo fuera del horario de oficina, por las noches y durante los fines de semana.

Las y los pacientes refieren satisfacción con la atención recibida por el personal y con el servicio en sí. La ratio de atención es de 2484 pacientes por cada médico/a de familia pero también hay grandes variaciones a lo largo del país (en Bolu y Eskişehir, por ejemplo, la media era de 3700). Como resultado, el número de consultas al día es elevado (50 de media) pero modesto comparado con la práctica en este ámbito. Rara vez se realizan visitas a domicilio.

Coordinación de la atención: la falta de coordinación de la atención es un problema grave. El trabajo de equipo multidisciplinar que beneficiaría a las y los pacientes con enfermedades crónicas no existe. Tampoco existen mecanismos que mejoren la coordinación entre el nivel primario y el secundario. La función de “puerta de entrada” de la atención primaria no se mantiene y es frecuente la derivación de las y los pacientes de nuevo a este nivel después de haber tenido una hospitalización.

Continuidad de la atención: las y los pacientes refieren tener un profesional sanitario asignado. En general, valoran positivamente los tratamientos, la duración de la consulta y las habilidades sociales del profesional sanitario. Sin embargo, también informan que las y los profesionales de la salud de familia tienen suficiente preparación para realizar visitas a domi-



Martina Pellny

Tabla 1. Listado de funciones, dimensiones e ítems de la atención primaria (AP)

Función	Dimensión	Ítems de información seleccionados
Gestión	Desarrollo político	Prioridades políticas en AP
	Desarrollo profesional	Sistema de re-acreditación para la AP
		Mecanismos que aseguren la calidad de la AP
	Condiciones en que se presta la atención	Distribución geográfica de los centros de AP
		Planificación de los recursos humanos
Obtención de recursos	Tamaño de la plantilla	Números y densidad
	Desarrollo profesional	Papel y organización de las y los profesionales
		Formación en AP
	Ética profesional	Satisfacción laboral
	Recursos y equipamientos	Equipamiento médico
Financiación e incentivos		Acceso a equipos externos
	Financiación de la atención sanitaria/AP	Fondos para la AP
	Gastos de la atención sanitaria	Gastos en AP
	Incentivos para profesionales	Introducción de empresas
		Forma de remuneración
Prestación de servicios	Coste para las y los pacientes	Co-pago en AP
Acceso a los servicios	Acceso geográfico	Distancia hasta el centro de AP
		Distribución de médicos/as de AP
	Acceso organizacional	Ratio de pacientes/médico-a
		AP fuera del horario de oficina
	Capacidad de respuesta	Aspectos del servicio
Continuidad de la atención		Posibilidades de recibir atención
	Continuidad informática	Informatización de la práctica
		Registros médicos informatizados
	Continuidad longitudinal	Hábitos de visita de las y los pacientes: primeras visitas/derivaciones
		Resistencia de la relación profesional-paciente
Coordinación en la atención	Continuidad interpersonal	Relación profesional-paciente
	Cohesión interna en la AP	Dirección de la AP
		Cooperación entre profesionales de AP
	Coordinación con otros niveles de atención	Sistema de derivación/puerta de entrada
		Acuerdos para la atención compartida
Exhaustividad	Condiciones de la práctica	Premisas
	Prestación de servicios	Manejo de enfermedades
		Procedimientos médicos
	Orientación comunitaria	Vínculos con la comunidad
	Habilidades profesionales	Seguimiento y evaluación
		Capacidades técnicas

Tabla 2. Implicación de las y los médicos/as de familia en actividades con grupos específicos de pacientes

MF implicados/as en:	Bolu (N=37)%	Eskişehir (N=41)%
Detección de ITSs	12	3
Detección del VIH/SIDA	9	11
Programas de salud materno-infantil	89	87
Detección de tuberculosis	15	16
Campaña de vacunación contra la gripe para grupos de riesgo	57	61
Rehabilitación	42	41
Programas de salud escolar	71	54
Programas de salud mental	39	31
Programas de detección del cáncer de útero	9	6
Programas de detección del cáncer de mama	68	51

cilio. Aunque los ordenadores se utilizan de forma habitual en las consultas para conservar los registros clínicos, éstos no se actualizan de manera regular.

Exhaustividad de la atención: las y los profesionales de la atención primaria y de la medicina de familia disfrutan de una posición privilegiada al ser quienes contactan

por primera vez con las mujeres y con la población infantil. Sin embargo, como se puede comprobar en la tabla 2, mientras la mayoría- el 89% en Bolu y el 87% en Eskişehir- tienen un papel importante en los programas de salud materno-infantil y menos en los de detección del cáncer, su presencia y actuación en otras áreas de la

SSR todavía es insuficiente (ITS, detección del VIH/SIDA, detección del cáncer de útero). La implicación de las y los médicos de familia en el tratamiento de enfermedades se puede mejorar si se compara con la de sus colegas en los países de Europa occidental. Sin embargo, en relación con la situación en Turquía 15 años antes, su situación ha mejorado mucho. Las y los médicos de familia están moderadamente implicados/as en actuar desde la prevención y para grupos de pacientes concretos. También existían pocos vínculos con la comunidad en la que se presta la atención primaria.

Acciones políticas recomendadas

Las principales recomendaciones políticas extraídas de este estudio son:

- Implicar a las asociaciones de profesionales de la salud y ONGs en el proceso de desarrollo de políticas sanitarias y en su implantación.
- Desarrollar y formalizar el papel de las y los pacientes en la atención primaria, introduciendo procedimientos para la formulación de quejas en los centros de salud y teniendo en cuenta sus necesidades.
- Tomar medidas para reducir la falta de personal sanitario en medicina de familia y enfermería y distribuirlos de una forma más equitativa por todo el país. Esto ayudaría a reducir su carga de trabajo.
- Dedicar esfuerzos en la formación en medicina de familia y al ámbito de los servicios y la atención en SSR.
- Promover el papel de “puerta de entrada” de la atención primaria
- Continuar introduciendo incentivos para lograr una buena actuación del sistema, centrándose especialmente en la calidad de los servicios.
- Mejorar la función de coordinación de los y las profesionales de la medicina de familia eliminando los obstáculos para la colaboración y las relaciones profesionales entre ellos y ellas y con especialistas de segundo nivel. Así como fomentar la cooperación y el trabajo en equipo en atención primaria.
- Reforzar los vínculos que existen en la actualidad entre los centros de atención primaria y la comunidad.

Martina Pellny

Directora de Programa
Atención primaria en salud
Oficina Regional Europea de la OMS
map@euro.who.int

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN RUMANIA

Rumania es un caso muy especial en lo relativo a la salud sexual y reproductiva en el mundo actual. Tras 30 años de prohibición en los que se negaba a las mujeres y a las parejas el derecho a la planificación familiar, los cambios políticos que tuvieron lugar en diciembre de 1989 hicieron posible que las mujeres volvieran a tener derecho a decidir el momento y el número de descendientes. El Decreto Ley 1/1989 promulga la total despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo siendo la primera resolución dictada tras el cambio político de 1989. Se puede considerar como el inicio de la planificación familiar en Rumania.

En 1990, las mujeres rumanas no estaban familiarizadas con los métodos anticonceptivos modernos. Así, se registraban 1.2 millones de abortos en el país con una ratio de 3.2 abortos por cada nacimiento (1). Sin embargo, la mortalidad materna experimentó un descenso del 50% en 1990, debido a una importante disminución en el número de abortos inseguros llevados a cabo por personas no cualificadas. A principios de los años 90 Rumania continuaba teniendo una de las tasas de aborto más elevadas del mundo, junto con una elevada mortalidad materna y una escasa utilización de métodos anticonceptivos a causa de cuatro décadas (1949-1990) de un sistema de salud muy centralizado, caracterizado por el monopolio del Estado sobre los servicios sanitarios; una planificación, financiación y organización centralizada de los servicios sanitarios; una forma rígida de dirección y la total ausencia del sector privado y de las ONGs.

Reforma del sistema de salud y salud sexual y reproductiva

La reforma del sistema de salud comenzó en 1990, y en 1998 se estableció un sistema de seguridad social obligatorio y el papel de las y los principales interlocutores e interlocutoras en el ámbito sanitario cambió. Se reforzó la atención primaria y la medicina general fue sustituida por la medicina de familia, encargada de proporcionar servicios preventivos y de atención sanitaria. Las funciones del Ministerio de Sanidad pasaron a ser, fundamentalmente, la elaboración de políticas, la regulación del sector sanitario y el desarrollo de programas de salud pública.

El Programa Nacional de Salud Materno-Infantil, bajo el cual se agruparon todas las iniciativas relacionadas con la planificación familiar, es uno de los más exitosos en la Rumania post-comunista. Se trata de un modelo de participación,

concienciación política y consistencia que ha generado unos resultados muy positivos e indicadores de impacto medibles (figura 1). La dinámica del programa de planificación familiar se desarrolló paralelamente a la evolución del sistema de salud en Rumania.

Los servicios creados para atender a las parejas han ido alcanzando la población diana, son accesibles y bien aceptados por parte de toda la población. Este desarrollo gradual fue seguido de tres pasos importantes. El primero, el establecimiento de una red nacional de centros urbanos de planificación familiar entre 1992 y 1994. La red está compuesta por 230 centros de planificación familiar y 11 centros de referencia que ofrecen distintos servicios.

El segundo, la creación de servicios de planificación familiar y la distribución gratuita de anticonceptivos, especialmente en áreas rurales. Y tercero, la incorporación en 2002 de enfermeras comunitarias y servicio de mediación prestado por personas de origen rumano que informaban sobre planificación familiar, y ofrecían información y orientación a las organizaciones y a los grupos más vulnerables.

Desde el año 2000, se han obtenido importantes resultados de la cuidadosa estructuración y difusión de las estrategias de intervención en planificación familiar en el marco de un programa sólido. Los resultados han sido especialmente buenos en las áreas rurales y con los grupos en situación de mayor vulnerabilidad. Mientras en 2001 eran 1850 las personas que se beneficiaron de la distribución gratuita de anticonceptivos, en 2006, eran 10 veces más (206258) manteniendo el mismo criterio para la distribución (3).

Además, se llevó a cabo un proceso de definición de los servicios de planificación familiar y de su calidad. Este proceso se hizo de forma paralela a la difusión

y desarrollo de la red de planificación familiar. Posteriormente, se puso en marcha un sistema para la formación y acreditación de las y los profesionales así como directrices prácticas y modelos de informe estándar.

El Programa Nacional de Planificación Familiar ha sido respaldado por el “Enfoque de los Tres Pilares”, que establece las bases para unos servicios eficaces y de calidad. Este enfoque postula que es necesaria una formación continua para las y los profesionales de la planificación familiar y la distribución de métodos anticonceptivos en los centros de planificación familiar. Su fundamentación deriva de un sistema funcional y moderno de manejo de la información (en inglés LMIS) y de una serie de actividades complementarias de información, educación y comunicación.

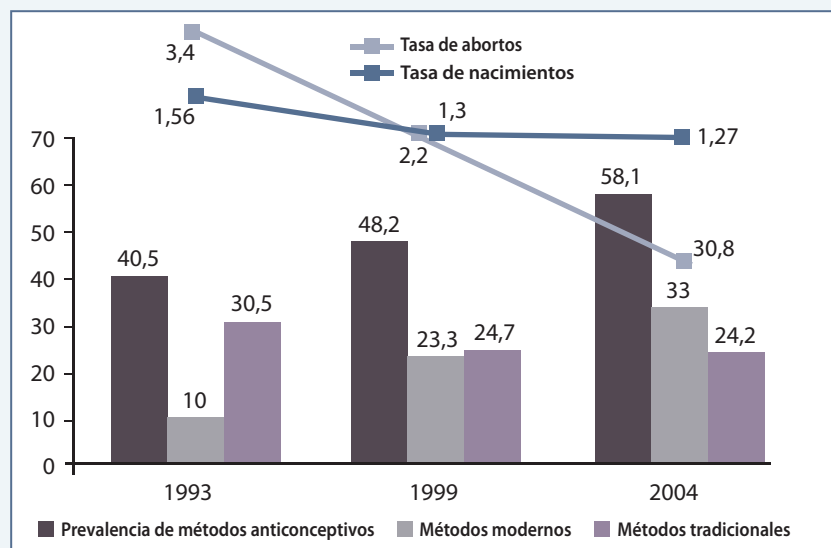
El primer programa de formación sobre planificación familiar se inició en 1992 y se ofreció a profesionales de la salud en atención primaria y ginecología que se incorporaban a la nueva red de centros de PF. Con una duración de seis meses, este primer programa de formación fue diseñado por parte del Ministerio de Sanidad, Centro de Formación de Postgrado en Medicina y Enfermería. En 1994, recibieron formación 300 profesionales de la salud gracias a los fondos del Banco Mundial y, de 1994 a 2000, 400 médicos/as más recibieron la formación con el apoyo del FNUAP.

La difusión de los servicios de planificación familiar en la atención primaria y a nivel comunitario, hizo necesario la puesta en marcha de nuevos programas de formación para las y los profesionales de atención primaria, de enfermería y de mediación sanitaria.

Se elaboró un nuevo programa formativo en colaboración entre el Ministerio de Sanidad, las organizaciones no gubernamentales (SECS, John Snow Institute, T&R) y agencias internacio-



Figura 1. Análisis comparativo del uso de anticonceptivos, Rumania (2)



nales (FNUAP y USAID) que se revisa permanentemente. Con el enfoque de la formación de formadores/as- que se inició en 1999- se creó una red de alrededor 80 personas formadoras para dar cobertura a 41 distritos. En 2006, 5200 profesionales de la salud de atención primaria recibieron formación sobre planificación familiar y el 80% de las localidades rurales contaban al menos con un médico/a de familia que prestaba estos servicios.

La distribución gratuita de anticonceptivos fue posible gracias al establecimiento de un marco político que favoreció su adquisición con dinero público, donaciones complementarias realizadas por organismos internacionales y también a través del desarrollo de una infraestructura logística que aseguraba que los anticonceptivos llegaban a todos los centros- más de 300 a finales de 2006- sin que faltaran ni sobraran nunca suministros.

El modelo LMIS se implantó y adaptó junto a la distribución e información sobre la normativa y los informes necesarios. El proceso completo tuvo una duración de más de dos años y, más adelante, con el fin de facilitar el seguimiento y el reporte de actividades, se diseñó el software INTERCON.

Las actividades de información, educación y comunicación han pasado por diferentes fases en su evolución, desde una rudimentaria coordinación para la impresión de folletos, hasta una gran cantidad de información dirigida a los

medios de comunicación nacionales y campañas publicitarias, iniciativas en la calle, formación dirigida a las necesidades detectadas y sesiones formativas sobre PF. El personal de enfermería comunitaria y de la mediación sanitaria lograron mejorar el acceso a una información adecuada sobre planificación familiar y a métodos para los grupos y personas más vulnerables incluso en las comunidades más aisladas.

Conclusiones

La evolución de la salud sexual reproductiva en Rumania ha sido muy positiva con un aumento del uso de métodos anticonceptivos eficaces acompañado del descenso de las tasas de interrupción voluntaria del embarazo y mortalidad materna. Todo ello ha sido posible gracias a determinados factores catalizadores del proceso y favorecedores del desarrollo gradual de las intervenciones:

- Concienciación política e implicación activa de interlocutores/as locales
- Asociación entre instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales, proveedores/as locales y agencias internacionales
- Seguimiento y evaluación regular de los resultados mediante estudios sobre salud sexual y reproductiva llevados a cabo cada 3-5 años (1993, 1996, 1999, 2004)
- Continuidad de las intervenciones de planificación familiar y del apoyo internacional durante más de 15 años.

Referencias

1. Anuario del Ministerio de Sanidad, 2000.
2. "Estudio sobre salud sexual y reproductiva: Rumania, 2004" Ministerio de Sanidad, Banco Mundial, FNUAP, USAID y UNICEF, 2005.
3. "Evaluación del Programa Nacional sobre Planificación Familiar en Rumania 1990-2006". Bucarest. Centro para los Servicios y Políticas Sanitarias.

Mihai Horga, MD

Representante del FNUAP, Rumania
horga@unfpa.ro

Dana Farcasanu, MD

Presidenta Ejecutiva
Centro para la Política Sanitaria
Rumania
dfarcasanu@cpss.ro

Laurian Traian Arghisan

Director del Programa sobre Salud sexual y reproductiva, Población y Desarrollo
FNUAP, Rumania
laurian@unfpa.org

IMPACTO SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA REFORMA LLEVADA A CABO EN ARMENIA

Tras su independencia, Armenia se sumió en un periodo de profunda crisis económica causada entre diversos factores, por el derrumbamiento de los sistemas político, socio-económico y energético. Durante el periodo de 1990-1993 el producto interior bruto del país se redujo un 46.9% respecto a 1990. En este mismo año el gasto presupuestario en atención sanitaria era del 2.7% del PIB mientras en 2000 era de solo un 0.8%. El descenso en la accesibilidad a la atención médica se debía tanto a la falta de financiación como a la situación socio-económica del país, caracterizada por unas tasas de pobreza muy elevadas (entre 1997 y 1998 más de la mitad de la población- 56.1%- vivía por debajo el umbral de la pobreza) (1).

El descenso en la tasa de natalidad, en el crecimiento natural de la población y unos indicadores que mostraban un nivel bajo de SSR (figura 1), instaron al gobierno de Armenia a poner en marcha una profunda reforma de la atención sanitaria. Desde 1997, se han llevado a cabo las siguientes reformas:

- Descentralización
- Privatización
- Optimización del sistema de atención sanitaria, mejora de la estructura y dirección organizativa
- Implantación de la medicina de familia
- Desarrollo de estándares, control de la calidad y mejora de la atención sanitaria.

El resultado de los primeros cambios fue la creación de servicios de salud sexual y reproductiva (atención durante el embarazo, manejo de las complicaciones durante el parto, atención durante y después del parto y atención ginecológica) que estaban incluidos en el paquete de servicios financiados por el gobierno y que, por tanto, se prestaban de forma gratuita a la población.

Los siguientes pasos de la reforma se centraron principalmente en la descentralización administrativa, en los cambios en los mecanismos de financiación, el fortalecimiento de la atención primaria y la obtención de fondos. Además, en 2003, el gobierno armenio inició el desarrollo e implantación del “Programa estratégico para la reducción de la pobreza” 2003-2015. Esta estrategia pretende reducir el nivel de pobreza general hasta el 19.7% en 2015, y la pobreza más extrema al 4.1%. En 2001 estos valores eran de 50.3% y 16% respectivamente.

El gobierno también tiene intención de aumentar la parte de los presupuestos que dedica a gasto sanitario hasta el 2.5% en 2015, comparado con el 1.2% en 2002. En el marco de gastos 2006-2009 adoptado por el gobierno, se prevé un crecimiento estable de los fondos sanitarios provenientes de los presupuestos del Estado (figura 2).

Avances en salud sexual y reproductiva (SSR)

Durante los últimos años la implantación de reformas socio-económicas y sanitarias, ha tenido como resultado mejoras significativas en el área de la SSR. Algunas de estas áreas son:

Gestión

1. De acuerdo con la política internacional sobre SSR, Armenia asumió la SSR como prioridad sanitaria nacional, lo cual quedó reflejado en su constitución y otros decretos gubernamentales.

- De acuerdo con la Constitución todas las personas tienen derecho a recibir atención médica y los servicios establecidos por ley. La familia, la maternidad y la infancia se encuentran bajo la protección del Estado (artículo 48).
- La ley sobre “Asistencia médica y prestación de servicios a la población” fue aprobada en 1996 y regula el derecho de las mujeres y la población infantil a recibir atención médica gratuita y a acceder a los servicios que proporcionan los programas establecidos por el Estado.
- En 1996, el gobierno aprobó el primer programa nacional para “Mejorar la Salud sexual y reproductiva”.
- En 1999 se promulgó la ley sobre “Prevención del VIH/SIDA”
- En diciembre de 2002, la Asamblea Nacional aprobó la “Ley sobre Salud sexual y reproductiva y Derechos Reproductivos”
- La ley sobre “Procedimientos y Condiciones para la Interrupción Voluntaria del Embarazo” se aprobó en 2004.
- En 2003 el gobierno aprobó el “Documento Estratégico para la Protección de la Salud Materno-Infantil 2003-2015”.
- En 2005 el Ministerio de Sanidad aprobó el “Programa Nacional sobre Detección Precoz, Diagnóstico y Prevención del Cáncer de Útero” para 2006-2015.

- En 2007 el gobierno elaboró y aprobó la “Estrategia Nacional, Programa y Acciones para la Mejora de la Salud sexual y reproductiva 2007-2015”.
- En la actualidad la “Estrategia Nacional sobre Salud Infantil y Adolescente y Desarrollo para 2008-2009” se encuentra en proceso de elaboración.

Financiación

2. Existen importantes reformas recientes relacionadas con los servicios de atención a la maternidad. Éstas afectan a la parte de los presupuestos destinada a la financiación de estos servicios. Desde 2008, se ha incrementado la asignación pública para la atención materno-infantil y se ha multiplicado por 2-3 el personal médico. En el marco de esta iniciativa, todas las mujeres embarazadas (desde la semana 22 de gestación) reciben el “Certificado estatal de maternidad” como garantía para recibir atención sanitaria de manera gratuita (todos los servicios son financiados por el Estado).

Puesto que se considera la atención materna y neonatal como una prioridad, en 2008 el gobierno de Armenia dobló la asignación presupuestaria para los servicios de perinatología. Así, por cada parto que se atiende, estos servicios reciben la cantidad de, aproximadamente, 350 dólares americanos: el 60% de estos fondos se asignan al sueldo del personal médico. Este sistema motiva al personal para mejorar la calidad de la atención que prestan así como a facilitar el acceso a la atención sanitaria para las mujeres embarazadas.

Recursos humanos

3. En la Universidad Estatal Médica de Yeveran se creó la Cátedra de Obstetricia, Ginecología y Salud sexual y reproductiva de las Mujeres.

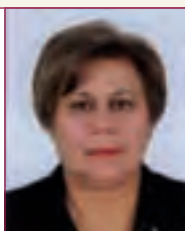
4. También se han revisado los planes formativos más importantes y se han incorporado enfoques actualizados sobre SSR en la formación de matronas, medicina de familia, ginecología y obstetricia. Se elaboraron y adaptaron los siguientes manuales:
- “Salud sexual y reproductiva”
 - “Girq Tsndots” (“Manual para Mujeres Embarazadas”)
 - “Aspectos básicos en la atención antenatal”
 - “Dirección integrada para el Embarazo y el Parto”
 - “Criterios médicos para seleccionar métodos anticonceptivos contemporáneos”



Harutyun Kushkyan



Razmik Abrahamyan



Gayane Avagyan

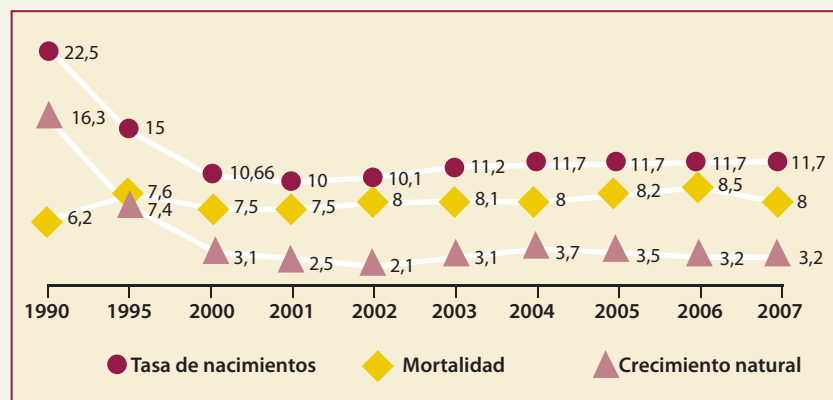


Karine Saribekyan



Vahe Gyulkhasyan

Fig. 1. Indicadores demográficos 1990-2007 por cada 1000 personas



**Fig. 2. Financiación de los servicios de salud sexual y reproductiva 2003-2007 en billo-
nes de dólares armenios (1 dólar americano=300 dólares armenios) (2)**

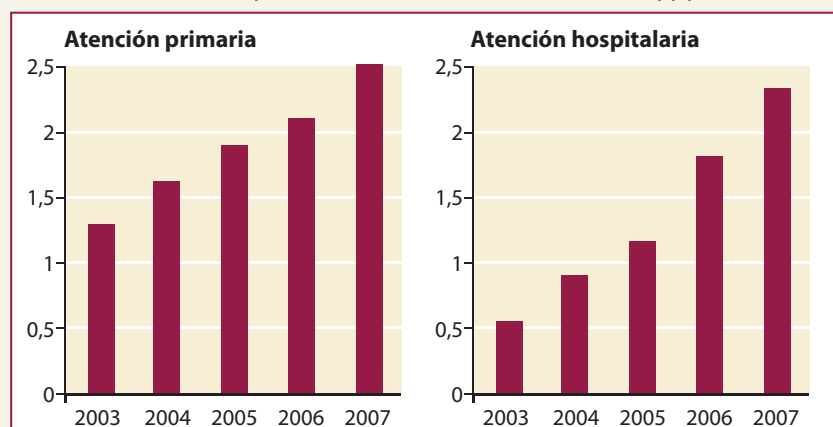
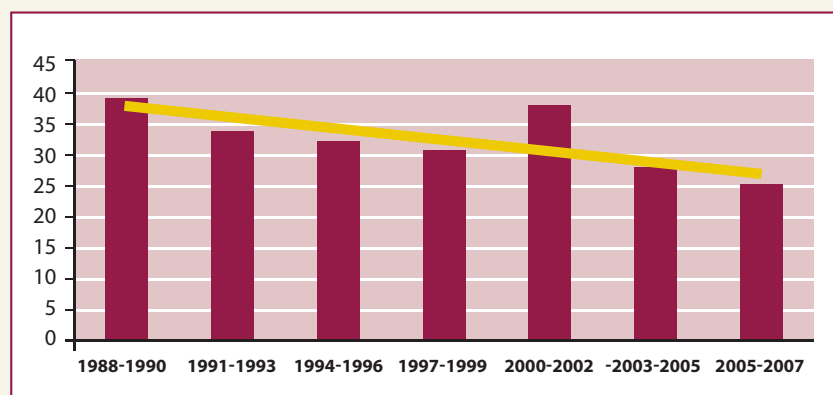


Fig. 3. Muertes materna por cada 100.000 nacimientos en Armenia 1998-2007



- “Medicina basada en la evidencia en perinatología”

Servicios

A propuesta del Instituto de Cuidado Perinatal, Obstetricia y Ginecología se han establecido los servicios de “Respuesta Rápida” y “Consulta Externa de Cuidado

Ginecológico”, lo que ha contribuido esencialmente a la reducción de la mortalidad materna.

Conclusión

Gracias al compromiso del gobierno con las reformas del sistema de salud, especialmente en el ámbito de la SSR, y a la puesta

en marcha de las iniciativas mencionadas anteriormente, se han observado mejoras en los indicadores de SSR y en el estado de la SSR de la población. El número actual de interrupciones voluntarias del embarazo es 2-3 veces menor comparado con el de 1994 (2) y durante los últimos años no se han registrado muertes por esta causa en Armenia. La tasa de mortalidad materna también ha descendido un tercio comparada con la de 1990 (figura 3).

Además, el número de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos eficaces y que se someten a pruebas para la detección del cáncer de útero también se ha incrementado significativamente. Desde que comenzó el Programa Nacional para la Detección del Cáncer de Útero, el 18% de las mujeres de entre 30 y 60 años se realizan estas pruebas (2). Aunque esta proporción aún es baja, representa una mejora con respecto a la situación previa al Programa, cuando el acceso a estas pruebas era muy limitado o inexistente. Armenia ha aprendido de la experiencia que con compromiso y planificación es posible mejorar la SSR del país.

Referencias

1. Servicio Nacional de Estadística de Armenia, disponible en www.armstat.am
2. Ministerio de Sanidad, Armenia. Disponible en www.moh.am

Profesor Harutyun Kushkyan
Ministro de Sanidad, Armenia

Profesor Razmik Abrahamyan
Director del Instituto de Perinatología, Obstetricia y Ginecología
Jefe de Obstetricia y Ginecología en el Ministerio de Sanidad, Armenia.

Dra. Gayane Avagyan, MD, PhD
Directora Especialista de la Unidad de Protección a la Salud Materno-Infantil
Ministerio de Sanidad, Armenia

Karine Saribekyan, MD
Directora de la Unidad de Protección a la Salud Materno-Infantil
Ministerio de Sanidad, Armenia

Dr. Vahe Gyulkhasyan, MD, PhD
Coordinador de Proyecto, FNUAP
Armenia

Dirección de correspondencia:
gyulkhasyan@unfpa.org

UNA DESPEDIDA DISCRETA

¡Tengo la misma edad que la OMS!

Dominique
Gundelach



La memoria institucional está en peligro, dicen, cada vez que uno/a de nosotros/as abandona el barco. Confío en que muchas de las historias hayan quedado recogidas a lo largo del camino, así que solo recuperaré algunos fragmentos para despedirme.

La parte más importante de la historia, sin embargo, la que me gustaría conservar, es la fantástica oportunidad que se me ha dado durante todos estos años de conocer a tanta gente maravillosa. Algunas personas todavía están por aquí, otras dispersas por el mundo, pero este grupo de amigos y amigas es fantástico.

Me uní a este propósito cuando...

- Marruecos y Algeria todavía formaban parte de la Región Europea
- El francés era la lengua oficial de esta oficina.
- La Oficina de Personal estaba situada en la Embajada China.
- Las chicas llevaban falda y los chicos trajes oscuros con la obligada corbata.
- Se utilizaban 7 papeles de copia para cada carta y había que repetirla entera si faltaba una coma.
- Nos peleábamos con las plantillas antes de poder reproducir cualquier documento.
- El horario de trabajo era de 8:00 a 16:30, y tenías que avisar a la persona responsable de la Dirección de la División de Administración y Finanzas si llegabas 5 minutos tarde...

Pasé los primeros 4 años como ayudante de Herbert Crockett, Jefe de Personal, y lo dejé cuando Dinamarca entró en la UE. Tuve la oportunidad de entrar a trabajar en el Centro de Prensa e Información de la UE donde trabajé con un pequeño equipo de 12 daneses/as durante casi 10 años.

Mi hijo nació en la OMS, mi hija en la Comisión Europea (por aquel entonces solo contábamos con 12 semanas de baja por maternidad...)

Volví a la OMS en 1984 y he permanecido en el mismo programa desde entonces. Esto ha constituido un desafío teniendo en cuenta que hemos sido 4

jefes/as con una personalidad fuerte. Con una visión diferente que añadimos a la experiencia con la que contábamos. Para mí fue una fuente constante de inspiración estar vinculada a Wadad Hadad, la primera profesional mujer que trabajó en un departamento técnico y la primera Consejera Regional que no tenía formación médica- ¡era matrona!. También Daniel Pierotti, Assia Brandrup-Lukanov y, por último, pero no por ello menos importante, Gunta Lazdane.

La unidad de Planificación Familiar fue establecida inicialmente por el Dr. Owe Petterson y estaba financiada totalmente por el FNUAP. El Consejero Regional durante dos décadas fue también Coordinador de todos los proyectos del FNUAP en Europa. En un momento en que la oficina estaba casi totalmente involucrada en el trabajo internacional, con diferentes países, fuimos el primer programa que puso en marcha varios proyectos importantísimos de 4 años de duración (en los años 80 representaban un total de 1 millón de dólares americanos) tanto en países en desarrollo como Portugal o Turquía, como en países de Europa central, Albania, Bulgaria, República Checa, Hungría y por supuesto Marruecos y Algeria. ¡Y teníamos el personal suficiente para gestionar estos proyectos!

El programa supuso un punto de partida para muchos otros programas de la Oficina Regional Europea de la OMS mientras seguimos cambiándonos, no solo de edificio (ya los he probado todos), sino de acrónimo (FPL, SFP, SSRH, ARH, GRH, RHR y CPS). Llevamos a cabo la primera Conferencia sobre SIDA en Marruecos en octubre de 1985. Continuamos con Salud Sexual e ITSs, Mainstreaming de Género y, finalmente, Lograr una Maternidad Segura.

Momentos culminantes de mi carrera

- *Entre Nous*- La Revista de Salud Sexual y Reproductiva que comenzó hace 25 años... puede ver el último número en www.euro.who.int/entre-nous
- "Un mundo que cuidar". Se trata de una representación de teatro para introducir los nuevos objetivos de "Salud para todas las Personas" a todos/as los/as participantes del Comité Regional. Cuenta con la participación de personal de esta Oficina bajo la supervisión del Director del *Royal Ballet* Danés.

¡Yo era una de las chicas francesas del cáncan!

- Conferencia de Tbilisi "Del aborto a la Anticoncepción" en octubre de 1990.
- Encuentros sobre los puntos clave de FCH con mi *dream team*

Antes de incorporarme a la OMS viajé sin parar. Primero con mis padres (tienen tres criaturas nacidas en tres países diferentes) y después con Air France a destinos exóticos como Mauricio, Guadalupe, Río, etc. Pero desde que comencé en la OMS creo que tengo el récord de no viajar: ¡8 misiones en 28 años de carrera!

También he trabajado sin parar desde que tenía 21 años y he buscado desafíos alejados del trabajo de despacho en áreas que, hasta ahora, solo he podido explorar como hobby: ebanistería, trabajo con tadelakt, decoración, vivienda.

Para mí, la clave de la supervivencia ha sido siempre el respeto y la amistad, y me habéis dado ambos. Os llevo en mi corazón.

Por último, quiero dar las gracias especialmente a mi *dream team* que ahora mismo está disperso por diferentes lugares.

Trabajar en la unidad de Salud Familiar Comunitaria, manteniendo la amistad fuera de la oficina ha sido una experiencia fabulosa y sé que seréis un apoyo en la transición hacia mi nueva vida fuera de la OMS. Todavía nos queda mucho por compartir. ¡Mantened ese buen espíritu!

Dominique Gundelach
Ayudante de Edición, *Entre Nous*

El personal y Consejo Editorial de *Entre Nous*

Quiere aprovechar esta oportunidad para agradecer y desear de corazón a Dominique Gundelach lo mejor en su retirada de la Oficina Regional Europea de la OMS. Ha sido parte del equipo de *Entre Nous* desde sus comienzos. Echaremos mucho de menos a Dominique. Su agudeza para los detalles, su creatividad, su eficacia, su conocimiento, su capacidad para resolver problemas, su dedicación y, sobre todo, su entusiasmo en la revista han sido un elemento clave del éxito de *Entre Nous* a lo largo de los años. Nos sentimos muy afortunados/as de haber tenido la oportunidad de trabajar con Dominique y de poder desearle una jubilación llena de felicidad y aventura.



Informe sobre la Salud Mundial, 2008. Atención primaria: ahora más que nunca. Ginebra. OMS, 2008

Un componente esencial de los sistemas de salud, con un papel muy importante en el abordaje de las necesidades en salud sexual y reproductiva. El nuevo informe sobre salud mundial se centra en cómo la inversión y el centrarse en la atención primaria refuerza los sistemas de salud. Está disponible en inglés, francés, ruso, español, árabe y chino en:

<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>



Informe sobre Salud Mundial, 2006: trabajar juntos/as para la salud. Ginebra. OMS, 2006

Una valoración experta del impacto que tiene la carencia de personal sanitario sobre la salud mundial, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Incluye un plan de acción estratégico a 10 años para ayudar a mejorar la actual situación mundial. Disponible en inglés, francés, español y portugués en:

<http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>



Serie para Hacer Funcionar los Sistemas de salud. OMS, 2005-2007

Se trata de una serie de 8 documentos dirigidos a las personas encargadas de tomar decisiones y que se centran en la práctica diaria, la experiencia y reflexiones para el fortalecimiento de los sistemas de salud en distintas áreas tales como la ayuda, la gestión, la dirección, la financiación y la asociación entre parte pública y privada. Disponible en inglés y francés en:

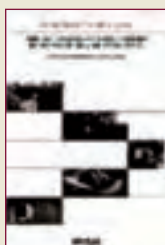
<http://www.who.int/management/mhswork/en/index.html>



Maximizar la sinergia positiva entre los sistemas de salud y las Iniciativas sobre Salud Mundial. Ginebra. OMS, 2008

Se trata de un documento de apoyo que explora tanto los aspectos positivos como los negativos de la relación entre las iniciativas sobre salud de alcance mundial y los sistemas de salud. Hace una llamada para una mejorar la integración y fortalecimiento de estos dos componentes a través del uso de políticas y directrices técnicas basadas en la evidencia. Disponible en inglés en:

<http://www.who.int/healthsystems/GHIsynergies/en/index.html>



Un problema de todos/as. Fortalecer los sistemas de salud para mejorar los resultados sanitarios. Marco de Acción de la OMS. Ginebra. OMS, 2007

En respuesta a su cada vez más importante papel para abordar las necesidades de los sistemas de salud, la OMS ha desarrollado un marco de acción que consiste en seis áreas de intervención: prestación de servicios; personal sanitario; información; productos médicos, vacunas y tecnologías; financiación; dirección y gestión. El documento pretende ayudar a promover un entendimiento común de los sistemas de salud y de cómo pueden fortalecerse. Disponible en inglés en:

<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>



Red de Métricas Sanitarias. Marco y Estándares para los Sistemas Nacionales de Información sobre Salud. Segunda Edición. Ginebra. OMS, 2008

Esta segunda edición del marco se centra en dos aspectos principales del fortalecimiento de los sistemas de salud: la mejora de la información sanitaria completa y los sistemas estadísticos a nivel nacional, y la mejora de la dirección, también a nivel nacional, para el uso y la producción de información. Disponible en inglés en:

<http://www.who.int/healthmetrics/en/index.html>



Fortalecer los sistemas de salud salva muchas vidas. Revisión de la Estrategia Europea de la OMS sobre Sistemas de salud. Copenhague. OMS, 2005.

Se trata de una revisión sobre el estado actual de los sistemas de salud en la Región Europea y la estrategia de la Oficina Regional Europea de la OMS sobre la mejor manera de fortalecer los sistemas de salud de los Estados Miembros en la Región. Disponible en inglés en: <http://www.euro.who.int/healthsystems>

Documentos políticos. Red para la Evidencia Sanitaria y Observatorio Europeo sobre Políticas y Sistemas de salud

Se trata de una serie de revisiones de calidad que abordan cuestiones relacionadas con los sistemas y políticas sanitarias en la Región Europea. Disponible en inglés en: http://www.euro.who.int/HEN/policybriefs/20080814_2

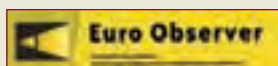
Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre sistemas de salud: "Sistemas de salud, Salud y Riqueza" Tallin, Estonia 25-27 junio de 2008. Informe. Copenhague. OMS, 2008.

Se trata de un resumen de la conferencia llevada a cabo en Estonia, que se centra en los vínculos entre riqueza, salud y sistemas de salud. El informe pretende ayudar a hacer visible la necesidad de mejorar los sistemas de salud con el fin de mejorar también la situación sanitaria y socioeconómica en toda la Región Europea. Disponible en inglés en: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20090122_1



Transformar los sistemas de salud: Género y Derechos en Salud sexual y reproductiva. Ginebra. OMS, 2001

Este CD ROM contiene 6 módulos que tratan el tema del género y los sistemas de salud, incluyendo cómo la organización y el funcionamiento de los sistemas tiene un efecto diferente sobre mujeres y hombres. También explica como diseñar sistemas de salud sensibles al género. Disponible en inglés y ruso en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/transforming_healthsystems_gender/



Euro Observador

Es el boletín del Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de salud que aborda temas clave sobre política sanitaria en la Región Europea. Los temas varían desde cuentas de ahorro médicas hasta los principios de medida de la actuación y de establecimiento de la calidad para usar medicamentos genéricos. Disponible en inglés en: http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_29



Rechel B, Wright S, Edwards N y cols, editores. Invertir en hospitales para el futuro. Series de Estudio del Observatorio, nº 16. Copenhague. OMS en nombre del Observatorio Europeo sobre Políticas y Sistemas de salud, 2009.

Se trata de un nuevo libro que examina la evidencia disponible sobre cómo planificar mejor, construir y diseñar recursos de forma que se maximicen las ganancias en salud y la capacidad de respuesta. Es una lectura obligatoria para cualquiera que trabaje en el diseño, planificación, financiación, construcción y dirección de nuevos recursos. Disponible en inglés en: <http://www.euro.who.int/Document/E92354.pdf>

Páginas web de utilidad

Oficinas Centrales de la OMS Sistemas de salud

<http://www.who.int/healthsystems/en/>

Oficina Regional Europea de la OMS Sistemas de salud

http://www.euro.who.int/healthtopics/HT2ndLvlPage?HTCode=health_systems

Salud Mundial Alianza del Personal

<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>

Asociación Internacional para la Salud

<http://www.internationalhealthpartnership.net/>

Alianza para la Investigación sobre Política Sanitaria y Sistemas

<http://www.who.int/alliance-hpsr/en/>

Red de Medidas para la Salud

<http://www.who.int/healthmetrics/en/index.html>

Observatorio Europeo sobre Políticas y Sistemas de salud

<http://www.euro.who.int/observatory>

Red de Información Rutinaria sobre Salud

<http://rhinonet.org/>

Próximos eventos

Foro sobre Información Sanitaria 2010. Bangkok, Tailandia. 26-29 enero, 2010.

Red de Medidas para la Salud, OMS y Banco Mundial. La conferencia tratará sobre los desafíos que conlleva construir un sistema efectivo de información sanitaria. Para más información, contacte con:

healthmetrics@who.int

Sexto Encuentro Anual sobre Evaluación de Tecnología Sanitaria (HTAi en inglés). Singapur. 21-24 junio de 2009

El sexto encuentro anual se centra en cómo influye la globalización en la evaluación de la tecnología sanitaria, sobre cómo debería desarrollarse para dar respuesta a las necesidades que surgen en diferentes lugares del mundo y sobre cómo puede adaptarse a su papel mundial. Más información en:

<http://www.htai2009.org/>

17ª Conferencia Internacional sobre Promoción Sanitaria en Hospitales y Centros Sanitarios. Hersonisson, Creta, Grecia. 6-8 mayo de 2009

Representantes de todas categorías de profesionales sanitarios/as y de todos los servicios sanitarios, así como de la política sanitaria y la ciencia compartirán su visión y debatirán sobre cuestiones específicas relacionadas con la promoción de la salud y su papel en los sistemas de salud. Más información disponible en:

<http://www.univie.ac.at/hph/creta2009/home.php>

Observatorio de la Escuela de Verano de Venecia. Innovación y Evaluación de Tecnología Sanitaria: Mejorar la Calidad de los SERvicios Sanitarios. San Servolo, Italia. 21-23 julio de 2009.

El curso está organizado por el Observatorio Europeo sobre Políticas y Sistemas de salud y la Región del Véneto. En él se examina el papel de la innovación y la tecnología sanitaria como forma de mejorar la calidad de los sistemas de salud y el resultado sobre la atención sanitaria. Solicitud de inscripción hasta el 15 de mayo de 2009. Más información en:

http://www.euro.who.int/observatory/About/20070314_4



Entre Nous

*La Revista Europea de Salud sexual
y reproductiva*

Entre Nous es una publicación de:

Oficina Regional Europea de la OMS

Departamento de Políticas y Sistemas Nacionales

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen

Dinamarca

Tel. (+45) 3917 1602 ó 1451

Fax: (+45) 3917 1818

Correo electrónico: entrenous@euro.who.int

www.euro.who.int/entrenous

Entre Nous