



EXPLORANDO LA FORMACIÓN
DE ALIANZAS EN SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN EUROPA



Entre Nous

REVISTA EUROPEA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

NÚM. 62 - 2006



EUROPA

Entre Nous

La Revista Europea sobre Salud Sexual y Reproductiva

Entre Nous es una publicación de:

Programa de Investigación y Salud Reproductiva.
Oficina Regional Europea de la OMS
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen
Dinamarca
Tel.: (+45) 3917 1602
Fax: (+45) 3917 1850
Correo electrónico: entrenous@who.dk
www.euro.who.int/entrenous

Editora Jefe

Dra. Gunta Lazdane

Editora

Jacqueline Bryld

Ayudante de edición

Dominique Gundelach

Maquetación

Tom om bord, Dinamarca.

www.toombord.dk

Imprenta

Central tryk Hobro a/s

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: 3000 ejemplares en inglés, 1100 en español, 2000 en portugués, 1000 en búlgaro, 1000 en ruso y 500 en húngaro.

Entre Nous se edita:

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

En húngaro: por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela Universitaria de Medicina de Debrecen. Apartado de Correos 37, Debrecen, Hungría.

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

En ruso: por el Centro de Información de la Salud de la OMS para las Repúblicas de Asia Central.

En español: por el Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 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 lengua nacional 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 Europea 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 respaldadas por la OMS y los correspondientes documentos, dirigirse a la unidad de Salud Comunitaria y de la Familia en la dirección señalada arriba.

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: 207-06-005-6

Entre Nous ÍNDICES

Editorial

Por Gunta Lazdane

3

Romper las barreras

– Una alianza para afrontar el VIH/SIDA en Europa y Asia Central

Por Thoraya Obaid

4

Programa de alianzas estratégicas de la OMS y el UNFPA (SPP)

– Utilizando criterios basados en la evidencia para mejorar las políticas y programas nacionales de salud sexual y reproductiva

Por Michael Mbizvo

7

El fomento de las alianzas y el pensamiento estratégico de la oficina regional de la OMS en Europa - Alianzas en el ámbito sanitario general y en el área de la «salud sexual y reproductiva»

Por Gudjon Magnusson, Frank George y Gunta Lazdane

10

ENTRE NOUS, la revista europea sobre salud sexual y reproductiva

– Nuestra propia coalición

Por Robert Thomson

12

La Oficina Regional Europea de la OMS y la Red Europea de la IPPF: aliadas por los derechos de salud sexual y reproductiva

Por Vicky Claeys

14

Creación de alianzas para aumentar el acceso de las mujeres a los servicios donde se practican abortos seguros

Por Tracy L. Baid, Charlotte ord, Entela Shehu

16

La importancia de establecer alianzas con parlamentarias y parlamentarios

Por Ruth Genner, Neil Datta

18

Coalición para el suministro de materiales utilizados en salud reproductiva: una alianza de alto nivel para eliminar las carencias en la atención en salud reproductiva

Por Carolyn Gibb Vogel

20

Explorando la relación entre los derechos de salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA

Por Jerker Liljestrand

22

Relación entre la salud sexual y reproductiva y el sobrepeso

– Obesidad: una epidemia del ciclo vital

Por Francesco Branca

24

Cooperación Internacional para mejorar la salud neonatal y materno-infantil en Ucrania

Por Helene Lefevre-Cholay

26

Experiencia de colaboración en el proyecto de salud familiar en el ámbito de la salud reproductiva en la república de Uzbekistán

Por Fakhriddin Nizamov, Nosir Abdullaev

28

Recursos

Por Jacqueline Bryld

30

CONSEJO EDITORIAL DE ENTRE NOUS

Dra. Assia Brandrup-Lukanow

Directora, División de Salud, Educación y Protección Social de la Agencia Alemana para la Cooperación Técnica (GTZ)

D. Bjarne B. Christensen

Jefe de Secretariado Sex og Samfund, Asociación Danesa de Planificación Familiar.

Dra. Helle Karro

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

Dr. Evert Ketting

Escuela de Salud Pública de los Países Bajos Utrecht, Países Bajos.

Dra. Malika Ladjali

Especialista Principal del Programa, UNESCO/Dirección zonal, París.

Dña. Adriane Martín Hilber

Oficiala Técnica Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS/ Dirección zonal, Ginebra.

Dña. Nell Rasmussen LLM

Directora PRO- Centret, Copenhagen

Dr. Peer Sieben

Director Nacional y Representante del FNUAP, Rumania.

Dña. Vicky Claeys

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

Dr. Robert Thomson

Consejero sobre Sexualidad, Salud Reproductiva y Derechos Equipo del Servicio Técnico Nacional del FNUAP para Europa (en Bratislava)

EDITORIAL

Consolidar alianzas estratégicas para la salud sexual y reproductiva en Europa

**Gunta
Lazdane**



Esta edición de *Entre Nous* está centrada en el tema de las Alianzas, en las diferentes formas en que una persona, organización o programa se asocia con otra para llevar a cabo actividades comunes o para alcanzar las mismas metas en el ámbito de los derechos de la salud sexual y reproductiva, tanto en la Región Europea de la OMS como de manera global.

Durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD) que se celebró en El Cairo en 1994, más de 180 países acordaron que, con el fin de continuar avanzando y alcanzar los objetivos del Programa de Acción establecido, era importante promover la creación de amplias y eficaces alianzas entre los gobiernos, las ONGs, el sector privado y la comunidad internacional en las que se abarcaran todos los aspectos del desarrollo, implantación y evaluación de programas. Se puso un énfasis especial en que tales alianzas se basaran en sistemas apropiados que permitan a cada organización contribuir en función de su papel específico, su responsabilidad, su nivel de autonomía y su capacidad.

La importancia de esta meta de la ICPD se confirmó en el año 2000 durante la Cumbre de Naciones Unidas para definir las Metas de Desarrollo para el Milenio, en la que 189 países acordaron orientar sus esfuerzos hacia el desarrollo sostenible y la eliminación de la pobreza. La octava meta «Establecer un compromiso global para el desarrollo», incluye varios niveles y formas de alianzas globales entre países, entre socios y socias nacionales e internacionales así como la cooperación con compañías farmacéuticas y el sector privado. Antes de que tuviera lugar la revisión de los cinco años de la Declaración del Milenio en septiembre de 2005, la Asamblea General escuchó tanto a la sociedad civil como al sector privado. Este hecho representó un avance significativo para la sociedad civil que, de manera continuada, ha respaldado los principios de Naciones Unidas y de la multilateralidad. El fortalecimiento de la

alianza entre Naciones Unidas y la Sociedad Civil en el proceso de formulación de la Declaración del Milenio, ha sido muy importante para mantener las cuestiones relacionadas con los derechos de salud sexual y reproductiva en este documento. Este punto se hace evidente cuando los países miembros de Naciones Unidas confirman su compromiso para: «lograr el acceso universal a la salud reproductiva en 2015, tal y como dispuso la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, integrando esta meta en las estrategias necesarias para alcanzar las Metas de Desarrollo para el Milenio, incluyendo aquellas contenidas en la Declaración del Milenio que iban dirigidas a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad de género, afrontar el VIH/SIDA y erradicar la pobreza».

Una vez dicho esto, el concepto de «alianza» es difícil de definir de manera formal, sin embargo, si nos centramos en el origen latino del concepto (se refiere al inglés, *partnership*), está estrechamente relacionado con la palabra «partición», de partir «dividir» y puede interpretarse como la división de responsabilidades, recursos y esfuerzos para alcanzar metas comunes. Como Thoraya Obaid, Directora Ejecutiva del UNFPA, dijo en su discurso que más adelante tendremos el placer de compartir con ustedes en esta revista: «quiero enfatizar que cuando hablamos de alianzas, este término va más allá del mero hecho de trabajar en red para integrar y coordinar las actividades de varios y varias participantes. Se debe asegurar que cada grupo y organización juega su papel y hace uso de sus ventajas comparativas...».

Las alianzas se crean para aprovechar las ventajas comparativas, para aprender de las y los demás y para hacerse fuertes conjuntamente. Estos principios están claramente definidos por la comunidad internacional y existen diversos ejemplos que atestiguan éxitos, así como fracasos, que deben ser analizados. Todo el mundo está de acuerdo en que las alianzas mejoran la eficiencia y eficacia, y sin embargo, la coordinación sobre el terreno a nivel nacional, a menudo continúa siendo el punto débil, evidenciándose la competencia, la inconsistencia de los informes requeridos y las barreras administrativas.

La Estrategia Regional Europea de la OMS sobre Salud Sexual y Reproductiva (2001) ha proporcionado unas directrices estratégicas para muchos Estados Miembro que colaboran en el desarrollo de políticas y elaboración de programas para la mejora de la salud sexual y reproductiva entre su población. Queda claro que sin la colaboración intersectorial, con el sector privado y con el sector sanitario, sería imposible alcanzar las metas y los objetivos estratégicos planteados.

Este número de *Entre Nous* incluye diversos ejemplos de cómo pueden establecerse alianzas con éxito en nuestros Estados Miembro que sirven de ayuda para otros que justo intentan comenzar con el proceso.

¿Cómo podemos reforzar y mantener alianzas estratégicas? ¿Cómo podríamos lograr que colectivos actualmente separados, como los de especialistas en VIH/SIDA, personas defensoras de la salud de las mujeres, activistas de derechos humanos o que trabajan en salud sexual y reproductiva, colaboren? ¿Cómo podemos asegurar que la definición amplia y global de salud reproductiva no se rompa en pedazos y la salud materna se reconozca y se aborde como parte importante de la salud reproductiva y no como una entidad diferente? Este número de nuestra revista intentará dar respuesta a algunas de estas preguntas, mostrando a algunas de las personas que colaboran en este tema y esperando servir de impulso para futuras alianzas en Europa y en el mundo.

Gunta Lazdane
[gla@euro.who.int]
Editora Jefa

ROMPER LAS BARRERAS

– Una alianza para afrontar el VIH/SIDA en Europa y Asia Central

Está absolutamente claro que el VIH/SIDA no es sólo una cuestión de salud pública, es también una cuestión económica y social. Solo mediante la creación de alianzas que involucren a una amplia diversidad de participantes podremos abordar la epidemia y sus múltiples consecuencias y salvar vidas humanas.

En algunas partes de Europa, desde el inicio de la epidemia, a mediados de los ochenta, se ha llevado a cabo un avance importante. Los esfuerzos dirigidos a la prevención especialmente en Europa occidental, central y del sur han dado frutos, contribuyendo a ello la creación de eficaces alianzas.

Resulta urgente, por tanto, que se lleven a cabo esfuerzos similares en otras partes de la región donde la epidemia se está extendiendo rápidamente, especialmente en Europa del este y Asia central. Que los esfuerzos preventivos tengan éxito depende de que los enfoques sean multisectoriales e inclusivos y de que se cuente para ello con personas expertas, recursos gubernamentales, la sociedad civil, las asociaciones público-privadas y con quienes se dedican a la investigación. Está claro que las alianzas deben ser amplias e incluir a diversos sectores, grupos y personas, incluyendo a las personas afectadas por el VIH/SIDA.

Me gustaría señalar que cuando hablamos de alianzas, este término va más allá del mero hecho de trabajar en red para integrar y coordinar las actividades de los y las participantes. Una alianza debe asegurar que cada grupo y organización juega su papel y hace uso de sus ventajas comparativas, ya sea en el ámbito de la prevención, la educación sexual, la modificación de conducta, la reducción del daño o la atención a las personas afectadas. Todo ello con el fin de alcanzar la meta colectiva de acabar con la epidemia del VIH/SIDA.

El UNFPA ha señalado de manera consistente la importancia de crear alianzas cuando se trata del VIH/SIDA.

Está absolutamente claro que el VIH/SIDA no es sólo una cuestión de salud pública, es también una cuestión económica y social. Solo mediante la creación de alianzas que involucren a una amplia diversidad de participantes podremos abordar la epidemia y sus múltiples consecuencias y salvar vidas humanas. Resulta de suma importancia que exista un compromiso de alto nivel hacia la prevención del VIH/SIDA, y, al mismo tiempo, hacia la creación de alianzas en temas relacionados con el VIH/SIDA.

Existen muchos retos en lo relativo al

establecimiento y mantenimiento de alianzas efectivas para la prevención del VIH/SIDA así como para el tratamiento y la atención de personas afectadas por el VIH y el SIDA.

Me gustaría señalar algunos de los elementos más importantes para lograr alianzas efectivas dirigidas a la prevención, tratamiento y atención del VIH/SIDA.

Tanto a nivel nacional como regional:

- Se ha señalado repetidamente que es necesario un liderazgo comprometido a todos los niveles si se pretende ser eficaz a la hora de frenar la expansión y gravedad de la epidemia. El UNFPA ha apoyado durante mucho tiempo la implicación parlamentaria en las cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, de la misma manera que ha sido capaz de llamar la atención sobre la cuestión del VIH/SIDA en Europa del este y Asia central en encuentros parlamentarios muy importantes, tales como la «Mesa Redonda sobre Derechos de Salud Sexual y Reproductiva en los Países Centro Europeos y del Este: el papel parlamentarias y parlamentarios» en Polonia, en julio de 2002. Durante este encuentro, el UNFPA enfatizó que el liderazgo político es uno de los elementos más importantes en toda estrategia dirigida a afrontar el VIH/SIDA, y que la prevención del VIH debe formar parte del debate sobre salud sexual y reproductiva. Es necesario que se den más ocasiones para debatir sobre este tema.
- Las alianzas deben ser amplias e incluir no sólo parlamentarios y parlamentarias y personas dedicadas a la política en los diferentes Ministerios del gobierno central, sino también a aquellas personas que trabajan a nivel local y a las y los líderes locales de la comunidad. Para el UNFPA ha sido un éxito trabajar con líderes locales en diferentes países, especialmente en las Repúblicas de Asia central, en todo lo relativo al apoyo y sensibilización sobre la importancia de llevar a cabo una acción coordinada en respuesta a la epidemia. El compromiso debe darse a todos los niveles.
- Como desafío constante, también es importante reforzar la efectividad de la



sociedad civil, especialmente de las organizaciones no gubernamentales (ONGs), de aquellos sectores de mujeres y jóvenes, así como las alianzas público-privadas. Este tipo de alianzas, con frecuencia no son fáciles de establecer, pero tienen un efecto notable en la organización de actividades de prevención y atención. Es especialmente importante incluir a las personas más vulnerables –jóvenes, mujeres y chicas jóvenes, víctimas del tráfico de personas y personas usuarias de drogas inyectables–.

- Es necesario promover una participación más amplia y el trabajo en red entre las diferentes organizaciones y grupos a fin de llegar a las personas más vulnerables de la sociedad. En este contexto, incluiría especialmente a la juventud en general, pero más específicamente, a las personas jóvenes expuestas a riesgos como el consumo de drogas. Además, existen otros grupos específicos que son especialmente vulnerables frente al VIH/SIDA en Europa tales como las personas en situación de marginalidad o aquellas expuestas al tráfico o la explotación sexual. Tanto las ONGs como los diferentes colectivos que trabajan con estas personas, deben formar alianzas con otros que trabajan en la prevención de la extensión de la epidemia y en la atención a las personas afectadas por el VIH/SIDA. Las alianzas deben consolidarse para poder dar respuesta a las necesidades y derechos de los grupos excluidos y vulnerables y, en especial, para asegurar que no se violan sus derechos reproductivos.
- El UNFPA esta colaborando estrechamente con varias ONGs de varios países de la región como, por ejemplo, la Fundación para la Acción Humanitaria en San Petersburgo, en la Federación Rusa; la ONG «Vuelta a la Vida» en Moscú, y «Género y Desarrollo» en Dushanbe, Tajikistan. La red europea de Cruz Roja /Media Luna Roja sobre VIH/SIDA y Tuberculosis y su Iniciativa para la Reducción de Daños, son buenos ejemplos de tales alianzas. Trabajan con gente joven en la región y lo hacen con un enfoque basado en los derechos humanos y la inclusión de las personas.
- Es muy importante que los esfuerzos que se realicen sean coordinados y aseguren

que la gente joven se implica en las iniciativas educativas que proporcionan el conocimiento necesario sobre sexualidad en el contexto de estilos de vida saludables y de reducción de daños, y que se promuevan actitudes y habilidades que ayuden a tomar decisiones responsables y saludables. Esto podría y debería llevarse a cabo tanto en el contexto escolar como fuera de él, utilizando diferentes enfoques, incluido el de la educación de pares. El UNFPA ha proporcionado –junto con otras agencias de Naciones Unidas y otras organizaciones– un apoyo considerable a la educación en el ámbito escolar. En la región Europea, el énfasis especial que se ha puesto en la educación de pares, ha resultado en la Red Y-Pares para el sureste de Europa.

- Dado el aumento de las infecciones de transmisión sexual (ITSs) en todos los países de la región, es esencial que la concienciación, el diagnóstico temprano, la prevención y el tratamiento se lleven a cabo desde diferentes ámbitos. Es especialmente importante centrarse en las ITSs como punto de partida para la reducción del VIH en Europa, dado su preocupante aumento. Al mismo tiempo, es necesaria una mayor coordinación entre diferentes especialidades médicas para la prevención y tratamiento de las ITSs.
- La creación de alianzas entre el sector público y el privado puede proporcionar un apoyo crítico para las actividades de prevención del VIH. El UNFPA ha tenido experiencias muy positivas trabajando con organizaciones privadas como la MTV con el fin de difundir y publicar mensajes relacionados con el sexo seguro entre la gente joven a través de este popular medio. En otros contextos, el empresariado en el sector privado, tiene la importante función de asegurar que todo el personal de sus empresas conozca las formas de infección del VIH y cómo prevenir dicha infección. El UNFPA ha realizado importantes contribuciones a las actividades preventivas a través de programas sobre el uso del condón en el sector público, en diferentes países, mediante la alianza con programas de marketing social que contienen elementos informativos y educativos.

- La migración, forzada o no, incluyendo el tráfico de personas, son temas que, en Europa, requieren alianzas a nivel regional. Existen algunas cuestiones fundamentales relacionadas con el respeto de los derechos reproductivos que resultan críticas respecto a la migración y el tráfico de personas. Por ello, las alianzas a nivel regional deben abordar estas cuestiones de manera urgente.
- A nivel regional, es necesario mejorar los mecanismos existentes para compartir la información sobre el SIDA. Hasta cierto punto, ONUSIDA cumple con esta función pero es probable que los diferentes organismos de la Unión Europea pudieran y debieran tener también un papel más activo tanto en el trabajo en red como a la hora de compartir la experiencia técnica en relación a diferentes cuestiones. Ciertamente, esto también puede extenderse a cuestiones de regulación y legislación sobre salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos, incluyendo los derechos relacionados con el VIH/SIDA.

Así, resulta claro que aún quedan algunos desafíos por enfrentar en todos los países europeos en lo relativo a la formación de alianzas eficaces para afrontar el VIH/SIDA. Sin embargo, ya existen numerosos y significativos ejemplos de cómo establecer y mantener dichas alianzas, y hacerlo con éxito.

Por otro lado, también cabe esperar que las alianzas existentes en Europa occidental puedan ser reforzadas para dar respuesta a los nuevos desafíos de la infección por VIH entre los grupos migratorios y, que se amplíen a otras partes de la región, de cara a prevenir la expansión del VIH y mantener la salud a largo plazo y la calidad de vida de la gente que vive con el VIH y el SIDA.

El desafío global se traduce en un compromiso para la implantación coordinada y el apoyo para todos los tipos de coaliciones que hayan tenido éxito y puedan ser reproducidas de forma similar, especialmente en aquellos lugares donde la epidemia es más grave y los recursos están seriamente limitados. Esperamos también que las zonas más ricas de la región puedan establecer alianzas beneficiosas con las zonas menos favorecidas a fin de

responder a los desafíos planteados por el VIH/SIDA.

Aún queda mucho por hacer para conseguir alianzas efectivas que afronten el VIH/SIDA en Europa.

Cualquier alianza requiere inversión en tiempo y en recursos, si bien los resultados justifican ampliamente los esfuerzos.

Agradecimiento

Este discurso de Thoraya Ahmed Obaid, Directora Ejecutiva del UNFPA, pertenece a sus Comentarios Finales, presentados en la Conferencia Ministerial «Romper las barreras - Una alianza para afrontar el VIH/SIDA en Europa y Asia Central» el 23 de febrero de 2004 en Dublín, Irlanda.

Thoraya Obaid
Directora Ejecutiva, UNFPA.



Durante la Conferencia Ministerial «Romper las barreras - Una alianza para afrontar el VIH/SIDA en Europa y Asia Central» realizada en Dublín, Irlanda, en febrero de 2004, se elaboró la Declaración de Dublín sobre la Alianza para Combatir el VIH/SIDA en Europa y Asia Central. En esta Declaración, las y los participantes establecieron los siguientes importantes compromisos:

- Reforzar la coordinación, cooperación y alianza entre los países de Europa y Asia central, así como con respecto a las alianzas para el desarrollo transatlánticas u otras, con el fin de aumentar la capacidad local para afrontar la epidemia y acabar con sus consecuencias en los países más afectados y que tienen mayores necesidades, así como en aquellos países con un mayor riesgo de epidemia;
- Implicar a la sociedad civil y a organizaciones religiosas, así como a las personas afectadas por el VIH/SIDA y a aquéllas que se encuentran en situación de riesgo de infección frente al virus, en las estrategias de desarrollo, implantación, prevención y atención, y en las previsiones presupuestales a nivel nacional, mediante su participación en foros de alianzas nacionales;
- Trabajar con líderes dentro del sector privado en la lucha contra el VIH/SIDA mediante la implantación de programas educativos y políticas no discriminatorias para el personal laboral; mediante la facilitación del acceso al tratamiento, a servicios de asesoramiento, atención y apoyo, y mediante el compromiso de las y los políticos a nivel local, nacional y regional;
- Implicar a la industria farmacéutica nacional e internacional en la formación de una alianza público-privada en la que se incluyan organizaciones importantes a nivel internacional, tales como la Organización Mundial de la Salud, a fin de afrontar la epidemia a lo largo de todos los momentos del proceso de la cadena de suministro de fármacos - desde el laboratorio, pasando por la asignación de precios hasta la distribución;
- Asegurar una coordinación efectiva entre donantes, organizaciones multilaterales, sociedad civil y gobiernos con el fin de proporcionar una asistencia eficaz en los países con mayor necesidad de apoyo para la implantación de estrategias contra el VIH/SIDA. La ejecución debe estar basada en un proceso continuo de simplificación y armonización siguiendo específicamente los principios de ONUSIDA;
- Establecer alianzas sostenibles con los medios de comunicación, reconociendo su papel crítico dada su influencia sobre actitudes y comportamientos así como en la difusión de información relacionada con el VIH/SIDA;
- Apoyar una mayor cooperación regional y el trabajo en red entre las personas afectadas por el VIH/SIDA y las organizaciones de la sociedad civil tanto en Europa como en Asia Central, e invitar al Programa Mixto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA con la Unión Europea, a las redes de trabajo existentes entre la sociedad civil y otras instituciones a nivel regional, con el fin de apoyar, facilitar y coordinar dichas colaboraciones.

La Declaración Completa puede descargarse en:
http://www.euro.who.int/aids/treatment/20051018_1

PROGRAMA DE ALIANZA ESTRATÉGICA ENTRE LA OMS Y EL UNFPA (SPP)

Utilización de guías prácticas basadas en la evidencia para mejorar las políticas y programas de salud sexual y reproductiva

Antecedentes

En 1994, durante la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD), los gobiernos reconocieron como algo esencial el hecho de asegurar el acceso universal a la atención en salud reproductiva como forma de mejorar la calidad de vida de las personas y como un imperativo para el desarrollo. Aunque los países han llevado a cabo un avance importante en la implantación del Programa de Acción de la ICPD, aún existen vacíos y necesidades por cubrir. El alcanzar las Metas de Desarrollo para el Milenio (MDM), y especialmente aquéllas relacionadas con la salud, depende en gran medida de que se acelere el proceso hacia el logro de la salud sexual y reproductiva. El acceso a unos servicios de salud sexual y reproductiva de calidad es un elemento clave. Las y los líderes mundiales en la Cumbre Mundial de 2005, se comprometieron a: «Alcanzar el acceso universal a la salud reproductiva en 2015, tal y como se estableció en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, y a integrar esta meta en las estrategias para lograr las metas de desarrollo acordadas internacionalmente, incluyendo aquéllas contenidas en la Declaración del Minenio...» (1).

Este compromiso hace referencia al informe anterior elaborado por la Comisión de Macroeconomía y Salud (2) en el que se establecía: «Las inversiones en salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y el acceso a métodos anti-conceptivos, son elementos cruciales en toda inversión dirigida al control de la enfermedad. El abordar de forma conjunta el control de la enfermedad y la salud reproductiva, probablemente se traduciría en una menor tasa de fertilidad, en mayores inversiones en la salud y educación de cada niño o niña y en un menor crecimiento poblacional». La Unión Europea estableció en 2004 que «las MDM no pueden alcanzarse sin un avance hacia el cumplimiento de la meta de El Cairo relacionada con el acceso universal a la salud sexual y reproductiva» y que «la implantación del Programa de Acción de la ICPD es clave para la reducción de la pobreza y fundamental para alcanzar las MDM». Por tanto, se apela a todos los Estados Miembros para que proporcionen recursos adicionales para la implantación de la agenda propuesta en la ICPD (3).

En mayo de 2004, 191 Estados Miembros adoptaron la Estrategia Global sobre Salud Reproductiva de la OMS (4), que entre otras cosas, plantea la necesidad de llevar a cabo acciones para que la salud sexual y reproductiva sea parte central en la planificación nacional y en los procesos estratégicos de desarrollo, incluidos los Informes sobre Estrategias para la Reducción de la Pobreza. De esta manera, se reconoce que la salud sexual y reproductiva es un elemento clave dentro del marco político necesario para reducir la pobreza; la inversión en salud

sexual y reproductiva es fundamental para el desarrollo socioeconómico.

Para poder abordar el desafío al que se enfrentan los países que deben alcanzar las metas de la ICPD y otros objetivos internacionales relacionados con la salud sexual y reproductiva, las agencias de desarrollo deberían fomentar alianzas basadas en el esfuerzo conjunto y las ventajas comparativas. Tales alianzas deberían, en particular, reforzar la capacidad de los países para mejorar la calidad de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva.

«Cualquier estrategia dirigida a alcanzar las Metas de Desarrollo para el Milenio, requiere hacer un esfuerzo especial para la constitución de bases científicas y tecnológicas en los países más pobres»

J.D. Sachs y J.W. McArthur, Lancet, 365:347-353, 2005.

La OMS y el UNFPA trabajan en coalición para mejorar la salud sexual y reproductiva.

El Programa de Alianza Estratégica (SPP) entre el UNFPA y la OMS, es una colaboración dirigida a mejorar la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva utilizando técnicas de consenso y las guías basadas en la evidencia práctica desarrolladas por la OMS y otras organizaciones, entre las que se incluye el UNFPA. Esta Alianza busca promover la salud sexual y reproductiva a nivel nacional y subnacional proporcionando

apoyo a los países para la introducción, adaptación y adopción de determinadas pautas para la planificación familiar, la prevención y el control de las infecciones de transmisión sexual y de las infecciones del tracto reproductivo (ITS/ITR), y para la salud materna y neonatal, como se ilustra en la figura 1.

El proceso implica la difusión sistemática de las guías prácticas que, de acuerdo con el análisis de la situación de partida, bien se adaptarían a los contextos locales o bien se utilizarían para actualizar las políticas nacionales y/o las guías de los programas. Seguidamente se realizarían encuentros de sensibilización sobre dichas guías prácticas, apoyando a los países para llevar a cabo talleres en los que introducir las y orientar sobre su contenido a las personas responsables. Este proceso es seguido de la adaptación, cuando sea necesario, e implantación de intervenciones clave y de prácticas recomendadas en las guías a fin de mejorar la calidad del servicio. Cuando así se valora, también se alienta a los países para que realicen seguimiento y evalúen la adopción e implantación de las prácticas recomendadas. Dependiendo de los recursos disponibles, y en colaboración con todas las partes, el SPP recomienda la extensión posterior de las intervenciones exitosas. Las actividades llevadas a cabo en el marco de este proyecto reúnen todas las áreas clave del programa de la OMS y el UNFPA, a saber, aquéllas relacionadas con la recogida de buenas prácticas y la traducción de las intervenciones basadas en la evidencia, en prácticas que mejoren los servicios de salud sexual y reproductiva.

Figura 1: Proceso para la introducción sistemática de las guías



Tabla 1: Países que reciben un mayor apoyo

África:	Benin, Camerún, Kenia*, Nigeria, Sudáfrica, República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabúe.
América:	Honduras, Paraguay y Perú.
Mediterráneo Este:	Afganistán, Irak, Marruecos, Pakistán y Sudán.
Europa:	Armenia, Kirgizstan, Rumania*, Tajikistan, Turkmenistán, Uzbekistán
Sudeste asiático:	Bangladesh, Indonesia, Myanmar y Nepal
Pacífico Sur:	Islas Salomón, Tonga y Vanuatu
Pacífico Oeste:	China, Mongolia y Vietnam

* Se les ofrece apoyo para evaluación de la situación y valoración de la utilización de las guías.

Cómo está funcionando en la práctica el Programa de Alianza Estratégica

Siguiendo con el acuerdo sobre el plan de trabajo de octubre de 2003, el SPP ha llevado a cabo seis talleres de introducción de las directrices implicando en ellos a 60 países. En los talleres participaron personas seleccionadas por los Ministerios de Sanidad de cada país y representantes de las Oficinas Nacionales de la OMS y el UNFPA, de las Oficinas Regionales y de los Equipos Nacionales de Servicios Técnicos (CST) del UNFPA. También se realizaron dos talleres globales en los que se implicó al personal responsable de la Sede Central de la OMS y de las Oficinas Regionales de la OMS y de los CSTs del UNFPA. Los talleres fueron precedidos por un encuentro en 2003 de personal directivo del CST y de la Oficina Regional y la Sede Central de la OMS, en el que se redefinió el proceso de implantación del SPP. Los talleres se llevaron a cabo implicando también a algunos países apoyados por el SPP en temas de Género y derechos en salud reproductiva, en la Biblioteca sobre Salud Reproductiva, en la toma de decisiones basada en la evidencia y en la creación de redes regionales de expertos y expertas en ITS e ITR.

Se han traducido un número determinado de guías en los ámbitos de la planificación familiar, ITS/ITR y salud maternal y neonatal a diferentes idiomas como el árabe, chino,

francés, portugués, ruso, español y otros, como paso fundamental para consolidar su utilización en la mejora de la salud sexual y reproductiva mediante el SPP. De los 60 países implicados en los talleres hasta el momento, 30 están recibiendo un apoyo intensificado a través de propuestas aprobadas en el proyecto. Estos países, reflejados en la tabla 1, son aquellos que participaron en los talleres regionales y presentaron propuestas aprobadas posteriormente como catalizador del apoyo técnico y financiero dentro del SPP. El resto de países que asistió a los talleres, simplemente son alentados para continuar con el uso de las guías sin un apoyo específico del proyecto. En América, las y los Ministros de Sanidad de los países pertenecientes a MERCOSUR, elaboraron una declaración en la que reafirmaban la necesidad de utilizar las guías basadas en la evidencia del SPP con el fin de mejorar la salud sexual y reproductiva.

Sumario de actividades claves del SPP hasta el momento:

- Provisión de soporte financiero y técnico sistemático para la adaptación nacional, la adopción y utilización de las guías prácticas para mejorar la salud sexual y reproductiva y para su total implantación en los países seleccionados.
- Apoyo para la actualización de las directrices nacionales y las políticas incluyendo planes de estudios de perfeccionamiento, desarrollo de guías de trabajo, folletos o carteles para promover y reforzar las prácticas eficaces identificadas o recomendadas en las guías de la OMS.
- Difusión, de la forma señalada, de las directrices técnicas en colaboración con las oficinas nacionales de la OMS y UNFPA.
- Aumento del número de productos nacionales de apoyo a la salud sexual y reproductiva que estén basados en las directrices de la OMS.
- Aumento de las prácticas apoyadas por el SPP y basadas en las guías.



Actividades de la OMS y el UNFPA dentro del SPP en la región europea 2004-2006

- Traducción al ruso de las directrices «Criterios Médicos de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos» (3.ª edición), «Selección de Prácticas Recomendadas en el Uso de Anticonceptivos» (2.ª edición), «Infecciones de Transmisión Sexual y otras Infecciones del Tracto Reproductivo: guía básica para la práctica» 2004-2005.
- Taller «Implantación de las herramientas de la OMS para la Planificación Familiar e ITS/ITR en las Repúblicas de Asia Central» Issyk-kul, Kirgyzatan, 25-29, mayo 2004.

Resultados

- Las personas participantes se familiarizaron con las pautas de actuación sobre planificación familiar e ITS y las actualizaron
- Se perfilaron y concretaron los pasos necesarios para alcanzar la situación deseada, y se elaboraron algunos planes de acción.
- Edición de las directrices sobre planificación familiar 2005, disponibles en la página web: www.euro.who/reproductivehealth
- Adaptación e implantación de las directrices de la OMS sobre Planificación Familiar e ITS en Turkmenistán, Armenia, Kirgyzstan, Tajikistan y Rumania.
- Edición y difusión, en Ruso, del manual actualizado «Lograr una Maternidad Segura», 2005.
- Encuentro sub-regional sobre las actividades del SPP de la OMS y el UNFPA en Europa del este y Asia central. Yerevan, Armenia, 19-21 de abril de 2006.

Principales logros y lecciones aprendidas

Como se ha señalado más arriba, el SPP de la OMS y el UNFPA, introduce algunas directrices mediante un proceso de colaboración que promueve un enfoque equilibrado, armonioso, coherente y sinérgico de apoyo al desarrollo. Los informes sobre los avances en cada país, indican que se está preparando el escenario para la introducción de recomendaciones orientadas a mejorar la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva. Esto se ha conseguido en parte gracias a la ayuda de 23

instituciones aliadas de la iniciativa para la Implantación de Buenas Prácticas, que han apoyado las actividades del SPP en diferentes países y han ofrecido un mecanismo de colaboración, en el terreno, a través de las oficinas de ambas agencias.

- Los talleres representan un primer paso dentro del continuo que implica compartir el conocimiento y promover el bienestar de la comunidad mediante la aplicación de prácticas e intervenciones basadas en la evidencia.
- El SPP está resultando ser una herramienta para la implantación de pautas basadas en la evidencia en diversos países, debería promoverse y reforzarse entre las futuras alianzas para el desarrollo.
- El SPP está acelerando el proceso de establecimiento de vínculos entre la OMS y el UNFPA a nivel de sede general, regional y local, contribuyendo así a la mejora de la salud sexual y reproductiva en los países mediante los esfuerzos de Naciones Unidas y otras agencias.
- La promoción del SPP con la participación de alto nivel, implicando en ellos a la Dirección General de la OMS y a la Dirección Ejecutiva del UNFPA (junio 2004), seguida de la firma de documentos elaborados conjuntamente, ha servido para mejorar la colaboración técnica y el refuerzo mutuo entre las dos agencias.
- El SPP proporciona una oportunidad única para fomentar la comunicación interagencias, la armonización de mensajes y las intervenciones conjuntas hacia las metas y objetivos comunes. La inclusión de diferentes agencias y la creación de redes de trabajo de personas expertas, permite obtener diferentes perspectivas y la oportunidad para desarrollar y promover asociaciones que apoyen las peticiones de los países.
- La implicación de los y las socias más importantes en temas de salud sexual y reproductiva a nivel nacional, especialmente la de los gobiernos, debería ayudar a ampliar el número de intervenciones con éxito dirigidas a asegurar la sostenibilidad.

En conclusión, el marco que proporciona el SPP, reúne a la OMS y el UNFPA y otras agencias importantes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, bajo el liderazgo de los Ministerios de Sanidad, para revisar y

actualizar las directrices existentes a nivel nacional e introducir y adaptar herramientas normativas. Se están realizando avances hacia la mejora de la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva mediante la implantación de las guías basadas en la evidencia desarrolladas por la OMS y sus agencias asociadas.

Referencias

1. Resultados de la Cumbre Mundial 2005. Documento sobre resultados párrafo 57g (15 de septiembre de 2005). Nueva York, Asamblea General de Naciones Unidas, 60.ª sesión. <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/487/60/PDF/N0548760.pdf?OpenElement>
2. *Macroeconomía y salud: invertir en salud para el desarrollo económico*. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
3. *El Cairo/ICPD+10*. Conclusiones del Consejo. Bruselas, Consejo de la Unión Europea, noviembre 2004. <http://register.consilium.eu.int/pdf/en/04/st15/st15157.en04.pdf>
4. *Estrategia sobre Salud Reproductiva* (OMS/RHR/04.8) <http://www.who.int/reproductive-health/strategy.htm>. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

Michael Mbizvo

[mbizvom@who.int]
Departamento de Salud Reproductiva e Investigación (RHR)
Organización Mundial de la Salud.

FOMENTAR LAS ALIANZAS Y EL PENSAMIENTO ESTRATÉGICO DE LA OFICINA REGIONAL EUROPEA

Alianzas en el ámbito sanitario general y en el área de la «salud sexual y reproductiva»

La importancia de las alianzas

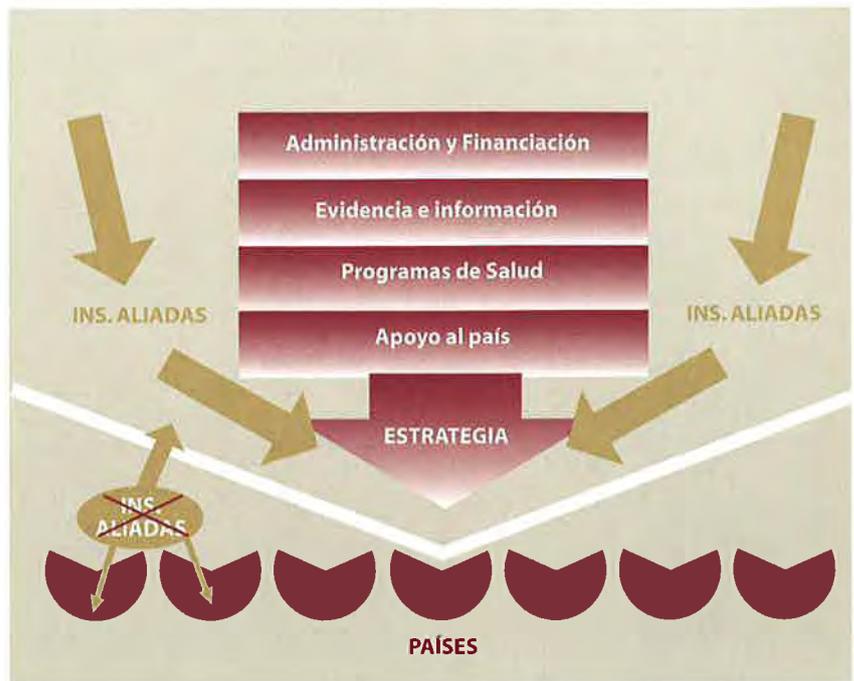
La OMS, sus Estados Miembros y las y los profesionales que intervienen en el sector sanitario buscan siempre las formas más efectivas y eficientes de proporcionar servicios en un mundo cada vez más independiente, caracterizado por recursos limitados, desigualdad creciente, necesidades insatisfechas, progresiva complejidad y por los desafíos derivados de la globalización. El fomento de las alianzas, por tanto —y obviamente no sólo dentro de nuestra área de trabajo «salud sexual y reproductiva»— se valora como algo esencial para el trabajo de la OMS y es una herramienta estratégica para maximizar el uso de los recursos en este nuevo entorno que cambia rápidamente.

Definición general de alianza

«Las alianzas se definen comúnmente como relaciones voluntarias o de colaboración entre varias partes, pertenecientes o no al Estado, en las que se acuerda trabajar de manera conjunta para alcanzar un propósito común o emprender una tarea específica compartiendo los riesgos, responsabilidades, recursos, competencias y beneficios». (1)

Esta definición de la Secretaría General de Naciones Unidas sobre las alianzas, abarca todas las formas posibles de colaboración y señala los requisitos más importantes para las mismas. Para la OMS, como agencia especializada en el ámbito de la salud de Naciones Unidas, las alianzas tienen que: a) estar basadas en valores comunes como, por ejemplo, lo descrito en «Salud para todos/as» *visión*, p.e. solidaridad, igualdad y participación; b) identificar y utilizar todas las ventajas comparativas de las partes y, de esta manera, evitar la duplicidad, y c) compartir metas comunes y específicas en el programa de trabajo conjunto. Estos son sólo algunos de los elementos más importantes y necesarios para establecer un enfoque efectivo y eficiente en la formación de alianzas.

Algo que caracteriza a la OMS es el hecho de que su trabajo está basado en múltiples (casi incontables) y diferentes formas de colaboración. Éstas pueden formalizarse mediante planes de trabajo acordados que, en ocasiones, se establecen a varios años, con revisiones periódicas y análisis de los beneficios para ambas partes. Este es el caso, por ejemplo, del programa de becas, de los centros de colaboración oficiales de la OMS (casi 400 en la región europea), de las redes oficiales de trabajo creadas a partir de programas como el de «Promoción de la Salud en las



Escuelas» o del llamado «Ciudades Saludables» y de las ONGs que mantienen una relación oficial con la OMS.

En otras ocasiones, la OMS identifica a sus socios o socias de una forma más ad hoc, con un enfoque menos formal. Esto sucede en las colaboraciones con la sociedad civil (en la que se incluyen ONGs, fundaciones, grupos de interés, instituciones académicas, etc.). Esta vía permite a ambas partes mostrarse más flexibles y menos burocráticas. Otra manera de formalizar una alianza es mediante la firma de un Memorando de Entendimiento, específico y limitado en el tiempo.

Cómo entiende y operativiza la Oficina Regional de la OMS las alianzas - Alianzas a nivel nacional, regional y global: desarrollo de alianzas basadas en la evidencia

«La oficina Regional llevará pronto a cabo iniciativas para movilizar a la comunidad internacional, ayudando a los países a coordinar las intervenciones de las diferentes organizaciones y asegurando que el resultado de dichas intervenciones suponga un avance para los sistemas sanitarios de estos países y, en último término, para la salud de la población (2)»

(Oficina Regional de la OMS para la Estrategia Nacional Europea «Ajustar los Servicios a las Necesidades, 2000»).

A lo largo de los últimos años, la OMS ha subrayado la importancia del trabajo focalizado en el ámbito nacional de cada Estado y el importante papel que juegan las alianzas en este contexto. Tanto a nivel nacional como regional, la Oficina Regional debe acompañar los esfuerzos y prioridades de las personas responsables del sistema sanitario. La consolidación de los sistemas sanitarios y la eventual mejora en la salud de las personas no es un trabajo exclusivo de la OMS ni una meta que pueda alcanzar en solitario. En términos del trabajo realizado a nivel nacional, la Estrategia Nacional Europea de la Oficina Regional «Ajustar los Servicios a las Necesidades», establece el camino para lograrlo poniendo el énfasis en una orientación focalizada en cada país. De esta manera, la Oficina Regional Europea continúa prestando apoyo a los Estados Miembros con acercamientos constantes e instrumentos adaptados, específicamente, para respaldarles y apoyarles en la mejora de sus sistemas sanitarios. La formación de alianzas es uno de los elementos clave de la organización en general y de la implantación de la Estrategia Nacional en particular. Este enfoque se ilustra en la figura 1.

Con el fin de identificar organizaciones socias y de formar alianzas con un enfoque basado en la evidencia, la OMS realiza valoraciones de las personas responsables y de las áreas técnicas de trabajo en cada país o región concreta. La meta a alcanzar es que, una vez identificadas las partes que formarán la alianza, se desarrollen conjuntamente los planes de trabajo y se supervisen a lo largo de

Gudjon
Magnusson



Frank
George



Gunta
Lazdane



las fases de implantación y evaluación en intervalos periódicos (con mucha frecuencia durante dos años siguiendo el ciclo de planificación de la OMS).

Es importante comprender que este proceso dinámico y cambiante planteado por la OMS, se lleva a cabo para alcanzar unos objetivos específicos una vez formadas las alianzas. Estos objetivos son principalmente cinco (de los cuales la mayoría de las alianzas cumplen más de uno):

- Fortalecer el liderazgo técnico y político de la OMS tanto en las cuestiones sanitarias como en su capacidad de dirección mediante la implicación y coordinación con recursos externos, todo ello con el fin de consolidar la influencia política de la OMS y de promover la agenda sanitaria en el ámbito político y socioeconómico;
- Incrementar los recursos humanos y económicos de los Estados Miembros de la OMS;
- Aumentar la aceptación, difusión e impacto de los valores, estándares, pautas y recomendaciones de la OMS entre las organizaciones con las que se asocia y las sociedades médicas, mediante la implantación y aplicación de sus instrumentos a nivel regional, nacional y comunitario;
- Hacer un mejor uso de las ventajas comparativas de las partes y de esta manera alcanzar una división del trabajo más efectiva y eficiente. Esto contribuirá a alcanzar objetivos internacionales mediante impactos cuantificables del programa, evitando la duplicidad de esfuerzos en un contexto donde los recursos son limitados e «insuficientes» para el sector salud;
- Llegar a acuerdos prácticos con las partes implicadas con el fin de orientar la ayuda (mediante financiación coordinada, intercambio de información, formación etc) para que los Estados Miembros puedan alcanzar sus metas de desarrollo a nivel nacional incluyendo el fortalecimiento y mejora de sus sistemas de salud.

Alianzas en el ámbito de la salud reproductiva

La «Estrategia sobre salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de las metas y objetivos de desarrollo internacional» de la OMS, adoptada en la 57 Asamblea Mundial de la Salud en 2004,

subraya que «a nivel global, la OMS continuará reforzando sus alianzas con otras organizaciones del contexto de Naciones Unidas (en particular con UNICEF, UNFPA y ONUSIDA), el Banco Mundial, asociaciones de profesionales de la salud, organizaciones no gubernamentales y cualquier otra agencia con el fin de asegurar la colaboración y acciones coordinadas dentro del amplio abanico de posibles instituciones socias» (3).

El Programa de Salud Reproductiva e Investigación de la Oficina Regional Europea de la OMS posee una amplia experiencia en el trabajo conjunto con otros importantes programas de salud pública, incluyendo los de salud infantil y adolescente, VIH/ITS, mainstreaming de género, sistemas sanitarios, vacunación, nutrición, enfermedades no transmisibles y muchos otros. En muchos países, como las repúblicas caucásicas y de Asia central, el elemento clave en el ámbito de la salud sexual y reproductiva es la iniciativa para Alcanzar una Maternidad Segura y la mejora de la salud materna y neonatal. Los esfuerzos por salvar las vidas de las mujeres y sus hijos e hijas deben duplicarse y esto sólo es posible si todas las partes implicadas, hacen esfuerzos conjuntos.

Existen 19 Centros Colaboradores de la OMS que trabajan en el ámbito de la salud reproductiva en Europa. La alianza con estas instituciones dedicadas a la docencia y a la investigación, asegura el cumplimiento de las metas en lo relativo a investigación y formación, y que se realicen esfuerzos unidos y dirigidos al desarrollo e implantación de políticas y programas, de guías y protocolos.

En este número de *Entre Nous* se incluyen diferentes ejemplos de buenas prácticas de alianzas en el área de la salud reproductiva y la investigación, pero existen además colaboraciones con otros muchos proyectos específicos y actividades que no pueden reflejarse en un número de una revista.

La Mesa Consultiva Regional Europea (RAP) sobre investigación y formación en temas de salud reproductiva se reúne anualmente y en ella se agrupan personas expertas en diferentes especialidades y formación procedentes de diversas zonas de Europa. Todas las personas que conforman la RAP, con la presencia de personas observadoras de las instituciones socias más importantes en esta área de la región (UNFPA, IPPF EN, GTZ, etc), analizan los resultados obtenidos y los fallos detectados al tiempo que definen las prioridades para el futuro. Este es uno de los mejores ejemplos de alianza real.

Alianzas en 2020

La importancia que tiene para la OMS el trabajo en coalición a nivel nacional, regional y global, es ampliamente respaldada por las y los líderes de dicha organización y por sus Estados Miembros. Esta importancia ha sido reflejada en diferentes recomendaciones y declaraciones como las MDM, las declaraciones de París y Roma (4) (5), los 11 procesos prioritarios de la Oficina Regional Europea de la OMS para 2005-2010 (6) o el Grupo del Futuro Eurosanitario 2020, por citar algunas.

Los éxitos y logros alcanzados en el ámbito de la salud sexual y reproductiva están estrechamente vinculados a la capacidad de las organizaciones para conformar Alianzas eficientes y efectivas y para realizar seguimientos y evaluaciones de su ejecución e impacto de forma regular.

Sin embargo, debemos ser conscientes no sólo de los riesgos potenciales de invertir en alianzas perjudiciales (para la OMS, por ejemplo, las de compañías tabaqueras o las de industrias relacionadas con las armas como casos extremos) sino también de los costes que implica el establecimiento y mantenimiento de las alianzas. O lo que es lo mismo, quizá sea mejor establecer diez alianzas bien definidas y objetivos claros y sostenibles a nivel nacional, que 100 ad hoc, insostenibles y poco eficientes.

Es decir, que la dirección de la OMS apoya claramente la difusión y consolidación de alianzas con la Sociedad Civil, las organizaciones nacionales e internacionales y el sector privado, basándose en que existe evidencia de que esto ayuda a los estados miembros a alcanzar sus objetivos de una manera mejor, más eficiente y sostenible.

Desafíos

Las amenazas que existen sobre la salud pública se reconocen cada vez más como desafíos importantes para la seguridad de la salud de las personas, poblaciones y naciones. Las MDM subrayan la importancia de la salud sexual y reproductiva. Con el fin de responder a estos y otros desafíos para la salud pública de manera más eficiente, debemos continuar fortaleciendo las alianzas.

Referencias

1. ONU (2003), «Informe de la Secretaría General para la Asamblea General, ítem 47 sobre la agenda provisional: hacia una alianza global» Un Doc. A/58/227. Nueva York, 18 de agosto.
2. «Ajustar los Servicios a las Necesidades» Oficina Regional Europea de la OMS para

- la Estrategia Nacional Europea 2000. Oficina Regional Europea de la OMS. EUR/RC50/10/Conf.Doc./9, 2000.
3. Estrategia sobre salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de las metas y objetivos de desarrollo internacional; OMS, Ginebra, 2004.
 4. Declaración de París sobre Efectividad de la Ayuda, Propiedad, Armonización, Alineación, Resultados y Contabilidad Mutua, París, Francia, 2 de marzo de 2005. Disponible en <http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>
 5. Declaración de Roma sobre Armonización, Roma, Italia, 25 de febrero de 2003. Disponible en <http://www1.worldbank.org/harmonization/romehlf/Documents/RomeDeclaration.pdf>
 6. «11 Procesos de Desarrollo», Programa de la Oficina Regional Europea de la OMS 2005/2010.

Gudjon Magnusson
[GMA@euro.who.int]
Director, División de Apoyo Técnico, Reducción de la Carga de Enfermedad, Oficina Regional Europea de la OMS.

Frank George
[FGE@euro.who.int]
Consejero Regional Cooperación Externa y Alianzas Oficinal Regional Europea de la OMS

Gunta Lazdane
[GLA@euro.who.int]
Consejera Regional Salud Reproductiva e Investigación Oficina Regional Europea de la OMS

La revista *Entre Nous* es, en sí misma, el resultado de una alianza duradera; una colaboración con sus altibajos pero que se mantiene y es respetada. Realmente como cualquier otra relación. Pero a diferencia de otras, nuestros artículos, el apoyo recibido, la comunicación y los instrumentos de formación utilizados están mucho más en el punto de mira y deben resistir los fuertes vientos, fríos y calientes, que soplan a su alrededor.

Como creemos todas las personas que componemos el Consejo, *Entre Nous* es sólo uno de los latidos de corazón en la formación de una alianza. Es también un buen ejemplo para este tiempo de reflexión de Naciones Unidas sobre reformas y alianzas con la sociedad civil – dada la lista de personas lectoras de la revista que son ministros y ministras de sanidad o educación, que pertenecen a centros de documentación de agencias nacionales y de Naciones Unidas, organizaciones destacadas, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales (ONGs) o bibliotecas y numerosos y numerosas profesionales individuales que parecen configurar una buena «lista de supervisión».

Al incorporarme quince años después del primer número de Waddad Haddad en 1982 (un documento de seis páginas escrito a máquina y enviado para dar a conocer a activistas de Europa que trabajan en planificación familiar), está claro que yo no soy la memoria institucional de la revista pero, sin embargo, no conozco ninguna publicación más atrevida y sólida técnicamente dentro de Naciones Unidas, en Europa y Asia central. Tenemos fama de asesorarnos ampliamente y de recibir información por parte de personas que, de otra manera, no tendrían voz en lo que se denominan (de manera irritante para algunas personas) temas sensibles relacionados con la salud sexual y reproductiva. Al traducirse a varios idiomas, *Entre Nous* permite pensar en búlgaro (desde 2000), inglés (desde 1982), húngaro (desde 1989), portugués (desde 1987), rumano (más o menos desde 1996), ruso (desde 1994) o español (desde 1986). En Francia tendrán que pensar por sí mismas ya que, desafortunadamente decidieron poner fin a su versión de la revista en el 2000. Dos años después *Entre Nous* estuvo disponible online.

A través de la financiación y publicación de *Entre Nous* el UNFPA y la OMS están poniendo literalmente sobre el papel el compromiso establecido por las y los líderes que asistieron a la Cumbre Mundial de 2005, para lograr el acceso universal a la salud sexual y reproductiva en 2015, como quedó

establecido en el Programa de Acción de la ICPD. Aunque, obviamente, existe un contrato entre el UNFPA como socio capitalista, y la OMS; se trata de una relación basada en la flexibilidad y la confianza, como se recoge en el discurso sobre alianzas, del Director Ejecutivo del UNFPA al Consejo, en enero de 2006:

Con frecuencia las soluciones más innovadoras vienen desde abajo. Les he dicho en repetidas ocasiones a los equipos de cada país de Naciones Unidas, que trabajen conjuntamente y no esperen a recibir instrucciones nuestras desde la sede central de la división de desarrollo de NU. Les digo que lo hagan, que tengan éxito y que nos cuenten después como lo hicieron basándose en el conocimiento local, las asociaciones y las personas expertas.

El equipo de *Entre Nous* ha trabajado de esa manera, tanto para asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva para minorías y mujeres inmigrantes como para dar a conocer la lucha de Bosnia Herzegovina para preservar un lugar para los programas de salud sexual y reproductiva en la reforma del sistema sanitario. Esta revista se lee en todo el mundo y hace frente de manera directa a la debilidad, los obstáculos y desafíos que aún hay que afrontar en la región como, por ejemplo, la mejora de la Salud Neonatal y la Salud Infantil – área en la que una nueva alianza ad hoc es tan necesaria en Europa como en otras partes del mundo.

Entre Nous fue creada en 1982 por Waddad Haddad, el Primer Consejero Regional de Planificación Familiar de la OMS, como parte de un proyecto conjunto de la OMS y el UNFPA. Luc Van Parijs fue el primer editor contratado «mientras hubiera dinero para pagarle». E incluso, aunque generalmente no había dinero, se mantuvo en el puesto proporcionando a la revista su popular enfoque científico escribiendo artículos y realizando comentarios sobre otros enviados a la revista. Inicialmente se publicaba dos veces al año en forma de informe y más tarde como una revista trimestral con Daniel Pierotti (Consejero Regional anterior a Assia Brandrup-Luckanow y Gunta Lazdane, cada una de estas personas ejerció la responsabilidad de la supervisión).

El equipo editorial actual está formado por Gunta Lazdane como Editora Jefa, Jacqueline Bryld como Editora y Dominique Gundelach, como Ayudante de Edición desde hace ya muchos años (una memoria institucional real). Las y los miembros del consejo editorial han ido cambiando, ha veces sin darse cuenta. En conjunto representan a un buen número de agencias y entornos – deberíamos agradecer toda su



Robert Thomson

flexibilidad y visión institucional así como el apoyo prestado para hacer la revista.

Entre Nous se centra principalmente en Europa central y del este y se envía de manera gratuita a las personas responsables de las políticas, a instituciones dedicadas a desarrollar programas formativos y a profesionales de la salud que trabajan sobre temas de salud sexual y reproductiva, salud de las mujeres y salud adolescente. La mayor parte de la distribución de la revista está dirigida a países en transición o en vías de desarrollo además de algunos envíos a instituciones de países de Europa y Asia central y del sur. También se envía a todos y todas las representantes del UNFPA, Direcciones Nacionales y Equipos de Servicios Técnicos.

Nota sobre *Entre Nous* de Daniel Pierotti:

«En realidad es bastante desproporcionado, un gigante con las piernas débiles a causa de la falta de financiación»

En Bulgaria y Rumania, así como en otros países que reciben ayuda para la traducción y difusión de la revista, existen excelentes relaciones entre la OMS, el UNFPA y otros miembros de la familia *Entre Nous*. La pregunta es, por supuesto, si estas alianzas (con la Fundación Global en Bulgaria o con

jóvenes educadores y educadoras de pares en Rumania) mejoran la revista, o si bien es la revista quien está beneficiando a las partes de la coalición. En todo caso, es una colaboración real y un buen ejemplo de complementariedad y avance positivo. El retorno a los fondos de inversión iniciales en 1989 durante cuatro años, ha demostrado claramente que la División de los Estados Árabes, Europa y Asia Central ha situado a la revista como una de las principales formas de comunicación del UNFPA para difundir información sobre temas de adolescencia y juventud. No obstante, la OMS aporta dinero a su propia publicación y se implica activamente en la búsqueda de autores y autoras y alianzas ad hoc, como la Red Europea IPPF y el Gobierno español – una técnica que permite abordar temáticas concretas o generales, y también asegurar que la publicación sea sostenible.

Personas pertenecientes al Consejo, en el pasado y el presente, editoras y coordinadoras de las diferentes lenguas, todas cuentan con el espíritu de la alianza para continuar publicando una revista atrevida producida por muchas personas y accesible a muchas otras. Se trata también de una alianza interagencias, lo que es una de las razones por las que ha permanecido durante un cuarto de siglo como herramienta formativa interdisciplinar y de apoyo. El liderazgo de todos y todas las y los socios y

socios de *Entre Nous* enriquece la Revista por sus amplios e innovadores artículos, que la validan como instrumento de transparencia en la promoción de los derechos de salud sexual y reproductiva en Europa y Asia central. Destinamos recursos para ello.

Robert Thomson

[Thomson@unfpa.org]
Miembro del Consejo Editorial de *Entre Nous*
Asesor sobre Educación en Sexualidad y Salud Reproductiva, Asesor para el Equipo de Servicios Técnicos Nacionales para Europa y Asia Central Fondo de Población de Naciones Unidas

Agradecimientos

Este artículo fue escrito con las contribuciones, comentarios y anotaciones de personas, anteriores y actuales, miembros del consejo editorial.

ÚLTIMOS NÚMEROS PUBLICADOS DURANTE EL PERIODO 1996-2006:

N.º 30-31	Sintonizar con las mujeres, conferencia de Beijing	N.º 42	ITSs: parar la expansión de las infecciones de transmisión sexual en Europa	N.º 54	Salud Sexual y Reproductiva en emergencias
N.º 32	Salud reproductiva: todos los pasos del camino. Mujeres y SIDA, Violencia contra las Mujeres.	N.º 43-44	Bienestar a través de la salud: vínculos entre la exclusión social y la salud reproductiva	N.º 55	El sector de la reforma sanitaria y la salud reproductiva
N.º 33	Salud Reproductiva para todas las personas en Europa, Atención Sanitaria para las mujeres mayores, Epidemia de ETS en Europa Del Este.	N.º 45	El rol de los hombres+ Cuestión especial: Salud Reproductiva en Armenia, 1999	N.º 56	¿Funciona la educación entre iguales en Europa?
N.º 34-35	Cáncer de mama y de útero: ¿protegerán a nuestras hijas los Programas de screening?	N.º 46	Salud en situaciones de emergencia	N.º 57	La ICPD diez años después
N.º 36-37	Cuestiones sobre salud adolescente	N.º 47-48	Trabajo en red: más allá de la retórica	N.º 58	Servicios sanitarios adaptados a la juventud en Europa (número especial financiado por el UNFPA)
N.º 38	Minorías étnicas en Europa: la situación de las mujeres	N.º 49	Genética humana	N.º 59	Aborto en Europa (copublicado con la Red Europea de la IPPF)
N.º 39	Métodos anticonceptivos de emergencia	N.º 50	De la investigación a la acción	N.º 60	Salud materna y de el o la recién nacida: cada madre y bebé es importante
N.º 40-41	ICPD+5, Revisión del avance cinco años después de la	N.º 51	Derechos de salud sexual y reproductiva	N.º 61	Respuesta ante la violencia contra las mujeres
		N.º 52	Educación y adolescentes	N.º 62	Explorando la formación de alianzas en salud sexual y reproductiva en Europa
		N.º 53	VIH/SIDA		

COLABORACIÓN DE LA IPPF CON LA OMS

Oficina Regional Europea de la OMS y la Red de Trabajo Europea de la IPPF: aliadas por los derechos de salud sexual y reproductiva

Durante los últimos años la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar (RE IPPF) y la Oficina Regional Europea de la OMS han intensificado su colaboración específicamente en lo relativo a los derechos de la salud sexual y reproductiva (DSSyR). La RE IPPF es la organización no gubernamental (ONG) más importante que trabaja sobre DSSyR, abarcando 40 países de Europa y Asia central. A través de las actividades llevadas a cabo por las diversas Asociaciones Miembros de la Red en cada uno de los países, la RE IPPF se esfuerza en mejorar la vida sexual y reproductiva de millones de personas, con una especial atención a la gente joven, las personas pobres y los colectivos vulnerables.

Para llevar a cabo sus acciones, las asociaciones pertenecientes a la red deben establecer una buena relación con sus gobiernos, especialmente con los Ministerios de Salud y Educación. En segundo lugar, deben centrarse en la investigación y en determinadas directrices para desarrollar su trabajo de manera que esté basado en la evidencia científica y que complemente la experiencia obtenida mediante el trabajo de campo de dichas asociaciones con las poblaciones objeto de intervención. Es en estas áreas en las que la alianza con la Oficina Regional Europea de la OMS resulta clave.

La RE IPPF ha participado en numerosas actividades y encuentros de la OMS en los que la RE IPPF ha expuesto su experiencia práctica y los avances en la aplicación del desarrollo científico. Como beneficio añadido se obtiene una visión general de la situación en Europa y Asia central derivada del contacto directo con el personal de la Oficina Regional Europea de la OMS y de los Ministerios claves de cada país en que se trabaja. La base de datos «Salud para todas las personas» de la Oficina Regional Europea de la OMS tiene un valor incalculable para la planificación y dirección del trabajo de la RE IPPF.

La OMS se ha beneficiado de la red de la IPPF, ya que las asociaciones que pertenecen a la misma, han servido de instrumento para promover e implantar las directrices de la OMS. Durante 2005 la Oficina Regional Europea de la OMS y la RE IPPF han llevado a cabo varios talleres relativos a las directrices de dicha oficina sobre Aborto Seguro. La RE IPPF participa de manera regular en Encuentros Técnicos en los que se pueden

conocer cuáles son los problemas a los que se enfrentan los gobiernos y cómo los están solucionando. Esta forma de trabajar aumenta nuestro conocimiento sobre los obstáculos que encuentran los gobiernos y proporciona la oportunidad de apoyarles en sus esfuerzos por superarlos. Esto es especialmente importante para los países de Europa del este y Asia central, donde las alianzas entre gobiernos y ONGs no se han desarrollado de igual manera que en los países de Europa occidental.

La clave de esta alianza está en que ambas organizaciones se benefician del conocimiento y experiencia mutuos; ambas comparten el mismo objeto y pueden reforzar su trabajo usando sus propias redes para mejorar sus programas en beneficio de la población de los países. Esta alianza definitivamente proporciona una voz más fuerte a los DSSyR en Europa.

Desarrollo del proyecto de la UE

Durante el año 2003, la RE IPPF empezó a desarrollar una propuesta de proyecto para obtener financiación por parte de la Dirección General de Salud de la Comisión Europea (DG SANCO). Gracias al trabajo de las Asociaciones Miembro, se hizo evidente que dentro de la Unión Europea, no existía suficiente información sobre cómo gobiernos y sociedades, están tratando sobre las necesidades en el ámbito de los DSSyR de la gente joven. Existe una gran diversidad y disparidad entre los países, lo que implica que haya países que, por ejemplo, tienen unas tasas bajas de embarazos y partos adolescentes y otros unas tasas muy elevadas. Esto es sólo un ejemplo y ciertamente un

Roles y responsabilidades

La RE IPPF realiza la coordinación general para el proyecto y es la intermediaria para todas las comunicaciones entre las partes que participan en el proyecto y la UE. Además del papel de coordinación, la RE IPPF es responsable de la implantación de numerosas actividades dentro de diversos proyectos. Actividades como las dirigidas a asegurar que la gente joven se implica en el proyecto a todos los niveles y que se hace responsable de la documentación de dichas actividades, de extraer conclusiones, de las buenas prácticas y de difundir la información entre las personas participantes europeas.

La Universidad de Lund ha tomado el liderazgo en lo relativo a la investigación dentro del proyecto, y proporciona información comparativa entre las principales instituciones asociadas y sobre las tendencias en SSyR entre la gente joven en la Unión Europea. De manera más específica, la Universidad de Lund, lleva a cabo un análisis de los datos cuantitativos obtenidos en 26 países y realiza siete recopilaciones sobre temas de investigación básica, una base de datos y una bibliografía comenta-

da. También lleva a cabo análisis situacionales detallados sobre SSyR entre la juventud de 11 países y realiza un breve programa dentro de un marco político y unas directrices más amplias.

La Oficina Regional Europea de la OMS proporciona el conocimiento técnico experto necesario para el proyecto y facilita el intercambio de información con las personas encargadas de diseñar políticas en Europa. Más concretamente, la Oficina Regional Europea de la OMS organiza reuniones consultivas con 40 representantes de Ministerios de Sanidad y participantes en programas de Salud Reproductiva e Investigación para elaborar el borrador y las directrices del marco político sobre salud sexual y reproductiva. También promueve las directrices y el marco político entre las personas responsables de las políticas y otras de referencia, además de coordinarse con personas clave de la OMS en los Ministerios de Sanidad, a fin de proporcionar datos cuantitativos y estadísticas oficiales para el proyecto.



indicador de que los países abordan de diferentes maneras este tema. La RE IPPF quería conocer los motivos que explican estos hechos e investigar buenas prácticas con el fin de llamar la atención de los Ministerios implicados sobre esta cuestión. Además de esto, el proyecto debería proporcionar a la Comisión Europea información sobre las prácticas de los Estados Miembros de la Unión Europea y la posibilidad de fomentar el intercambio de experiencias y conocimiento.

El propósito de la RE IPPF era desarrollar el proyecto en torno a tres ejes importantes que terminaron convirtiéndose en objetivos:

Investigación y documentación: desarrollar un marco político europeo sobre DSSyR para la juventud y unas guías prácticas para las personas responsables utilizando la evidencia y la investigación llevada a cabo sobre cuestiones de género, cultura y derechos que refleje claramente la actual situación mediante el empleo o el posterior desarrollo de los datos y evidencias más recientes.

Difusión de la información y apoyo: crear conciencia y dar apoyo a la integración de un marco político y unas guías prácticas en Europa sobre SSyR, tanto a nivel de política como de opinión pública (medios de comunicación y sociedad civil).

Valoración de buenas prácticas, Juventud para la Juventud: mejorar la adaptación e implantación de módulos y metodologías sobre buenas prácticas relacionadas con programas de educación sexual, tanto en contextos formales como informales.

La RE IPPF pronto se dio cuenta de que era un plan muy ambicioso y de que serían necesarias más alianzas. En junio de 2004, la RE IPPF invitó a la Oficina Regional Europea de la OMS y a la Universidad de Lund a Suecia para celebrar una primera reunión. Durante este primer encuentro se revisaron las metas, objetivos, actividades y presupuestos del proyecto, y se clarificaron los roles y responsabilidades de cada participante.

El proyecto abarca un amplio número de actividades como, por ejemplo, una mesa de trabajo sobre investigación y la realización de un análisis a varios niveles sobre SSyR en la juventud de 26 países; estudios y sub-estudios cualitativos sobre determinantes seleccionados en 11 países; investigación y desarrollo de una extensa Guía Europea de Referencia sobre educación sexual para jóvenes. Es muy importante la realización de actividades de comunicación dirigidas por jóvenes que incluyan la creación de un comité regional de juventud y un foro on line para todas las personas participantes. El Comité Regional para la Juventud también

llevará a cabo un proyecto para elaborar un logotipo y un juego en red interactivo. En cuanto al apoyo al proyecto, habrá grupos de trabajo sobre formación en medios de comunicación y una conferencia de prensa en la que se expondrán los primeros resultados de la investigación así como los de los encuentros realizados con las Ministras y los Ministros de los diferentes países participantes en el proyecto.

Se acordó y firmó un Memorando de Entendimiento por parte de tres instituciones socias, donde se detallaban las funciones y responsabilidades de cada una de ellas.

Creación de una alianza efectiva

Resulta claro que no sólo se cuenta con las tres organizaciones más importantes: RE IPPF, la Oficina Regional Europea de la OMS y la Universidad de Lund, sino con numerosas instituciones asociadas que tienen su función específica dentro del proyecto. Se trata de Asociaciones Miembros de la RE IPPF en los países en que se desarrolla el proyecto, del comité compuesto por gente joven y llamado Comité Regional para la Juventud, además de un número de diversas instituciones/consultoras que poseen un conocimiento experto específico para ayudar en determinados aspectos del proyecto. Se cuenta además con la entidad que dona los fondos, en este caso, la Comisión Europea, que también debería considerarse como asociada.

¿Cómo se emprende este plan tan ambicioso y como se retroalimenta un proyecto de estas dimensiones? Primero es necesario explicar que el inicio del proyecto fue demorado debido a problemas administrativos pero finalmente comenzó el 1 de mayo de 2004 y estará en marcha durante 42 meses, hasta el 31 de octubre de 2007. Este espacio de tiempo proporciona la oportunidad, a todas las partes, de establecer relaciones con potencial para mantenerse a largo plazo.

Otra de las condiciones para que tenga lugar una buena colaboración es que el diseño del proyecto contemple el suficiente tiempo y dinero para llevar a cabo encuentros entre las y los participantes. La tecnología permite comunicarse fácilmente pero no sustituye a la relación «cara a cara». Este aspecto, hasta ahora, ha sido muy fructífero y ya se han planificado dos encuentros para 2006 que permitirán realizar un seguimiento muy cercano del proyecto.

Un detalle importante de esta alianza es que ninguna de las organizaciones principales compite por la financiación, lo

que reduce notablemente las dificultades y la desconfianza que pueden darse fácilmente en otras coaliciones.

Desafíos

Mirando un poco más de cerca a las tres organizaciones principales, es fácil darse cuenta de que son entidades completamente diferentes con sus propias estructuras, culturas y cualidades positivas o negativas. La RE IPPF es una ONG que lleva a cabo actividades con la población; la Universidad de Lund es una entidad académica y la OMS es una organización intergubernamental. Cada una de ellas tiene sus propias especificidades y expectativas sobre el proyecto y todo ello debe aclararse antes de empezar puesto que no podrán cumplirse todas las expectativas, ni serán compatibles o, incluso, deseables. El desarrollo de una visión común, un buen entendimiento de dónde es necesario un liderazgo en el proyecto y cuáles son las funciones específicas de cada una de las partes, conlleva tiempo y un seguimiento continuo. Esto es especialmente cierto en este proyecto donde cada una de las partes tiene un grado de implicación diferente según la fase del proyecto y en el que incluso puede llegarse a la ausencia de implicación en algún momento. El desafío aquí consiste en crear confianza y una comunicación abierta así como en aprovechar todas las oportunidades para reunirse y debatir sobre el proyecto.

Vicky Claeys

[vclaeys@ippfen.ort]

Directora de la Red Europea de la IPPF

CREACIÓN DE ALIANZAS PARA AUMENTAR EL ACCESO DE LAS MUJERES A LOS SERVICIOS DONDE SE PRACTICAN ABORTOS SEGUROS

Para abordar el complejo problema de los abortos a nivel global, regional y nacional se requiere el compromiso y la participación de un número de grupos – organizaciones multilaterales, organizaciones no gubernamentales (ONGs), asociaciones profesionales, organizaciones comunitarias y otras. Una participación especialmente valiosa en estos últimos años, ha sido la de la OMS y el Ipas, que han trabajado conjuntamente y con otras organizaciones a fin de prevenir las muertes relacionadas con la realización de abortos y de mejorar la salud de las mujeres y su capacidad para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Mientras se establecen los acuerdos de coalición, nuestra colaboración va siendo cada vez mayor y más productiva, y ha proporcionado algunas buenas prácticas que pueden ser útiles para otras instituciones.

Uno de los resultados más importantes de nuestra colaboración ha sido el desarrollo e introducción de la guía sobre realización de abortos seguros de la OMS (1), un raro ejemplo de cómo «traducir» la política global en acción en un contexto muy práctico. En 1999, la Asamblea General de Naciones Unidas recomendó que «los sistemas sanitarios deberían formar y equipar a las y los profesionales de la salud y que deberían tomar otras medidas para asegurar que la práctica de abortos (legales) sea segura y accesible» (2). A pesar de que la documentación sobre prácticas inseguras y sus causas se ha incrementado en los últimos años, existen pocas pautas autorizadas para los sistemas sanitarios sobre cómo crear servicios donde se realicen abortos legales de forma segura. Puesto que prácticamente todos los países del mundo permiten la práctica de abortos por, al menos, un supuesto legal, tales pautas son fundamentales para asegurar que los servicios sanitarios sean capaces y estén preparados para ofrecer un servicio seguro permitido por la ley y que las mujeres puedan ejercer este derecho legal de manera franca y segura.

La sede central de la OMS en Ginebra subcontrató a la Ipas para recopilar la mejor literatura existente basada en la evidencia sobre aspectos clínicos, legales y de provisión de servicios para la realización de abortos y preparó un borrador inicial con algunas directrices. Como consecuencia, se llevó a cabo un encuentro de personas expertas en la OMS con el fin de revisar la precisión, aplicabilidad y adecuación de dicho borrador en diferentes contextos. Dos ONGs más – la Coalición Internacional de Salud de las Mujeres (IWHC) y la Alianza Europea sobre Salud Reproductiva (RHAE, que ya no

existe)– pusieron a disposición del proceso de planificación del grupo de personas expertas, sus amplios contactos y su experiencia sobre aborto y salud en general. Participaron más de 60 personas de todo el mundo que expusieron su conocimiento médico y sobre salud pública y que prestaron su apoyo legal y político durante todo el debate.

Tras esta consulta técnica, la OMS finalizó el documento basado en el conocimiento experto, una vez verificado que todas las recomendaciones estaban basadas en la evidencia más fiable y realizada una última revisión por personas expertas antes de la publicación del documento. Éste se publicó en inglés en 2003, y se ha traducido posteriormente al español, francés, polaco, portugués y ruso.

Sin embargo, el proceso no se ha parado ahí. Con las directrices en la mano, nos hemos propuesto difundirlas y preparar a la gente para usarlas a nivel local y nacional.

Difusión de las directrices

Los pasos intermedios para la difusión han sido la traducción del documento a diferentes idiomas y el desarrollo de herramientas de apoyo para la difusión como, por ejemplo, un paquete de presentación desarrollado por Ipas y Family Care International, adaptado a las particularidades de tres regiones y disponible en varios idiomas (3).

La clave de los esfuerzos realizados para la difusión, ha sido la introducción de las directrices a través de grupos de trabajo en los que las y los participantes podían interesarse por escuchar y debatir sobre ellas así como aprender sobre los recursos disponibles para su implantación. Dado que las leyes, políticas y prácticas varían entre países y regiones, los encuentros a nivel regional que incluían equipos de diferentes países han sido una buena manera de aprender de las similitudes y las diferencias de los diversos contextos, de considerar a la población como un recurso y de desarrollar planes y estrategias específicos para cada país.

En Europa, la Oficina Regional Europea de la OMS, la Ipas y la Red Europea de la IPPF han organizado cada una de ellas, encuentros para equipos de participantes de diversos países. Por ejemplo, en 2004 el Programa de Investigación y Salud Reproductiva de la OMS, con la implicación activa de la Sede Central en Ginebra y la Oficina Regional Europea en Copenhague, llevaron a cabo un encuentro en Riga, Latvia, en el que participaron representantes de Moldavia,

Lituania, Letonia, Rusia y Ucrania. En este encuentro se incluyó el desarrollo de planes a nivel nacional para la valoración estratégica de los servicios de salud reproductiva incluyendo aquellos en los que se realizan abortos. La Ipas trabajó con la OMS con el fin de llevar a cabo este encuentro y ambas organizaciones han apoyado y participado en el seguimiento. Además de ellas, otras organizaciones han utilizado las directrices como instrumento central en los eventos y encuentros de asociaciones profesionales a nivel regional.

Alianzas a nivel nacional

A nivel nacional, la OMS, la Ipas y profesionales de otras organizaciones han presentado las directrices en numerosos encuentros y conferencias además de introducir herramientas complementarias, como el paquete de presentación mencionado anteriormente, y otros materiales de ayuda técnica sobre la realización de abortos seguros. Por ejemplo, la Ipas, la oficina de la OMS en Tirana y el Ministerio de Sanidad albanés llevaron a cabo un grupo de trabajo de un día denominado «Aborto seguro - un desafío de salud pública para el Sistema Sanitario albanés» en abril de 2005. Dicho grupo de trabajo reunió a cincuenta y ocho personas implicadas en la política, en la administración de hospitales, en la dirección de centros donde se realizan abortos, en la práctica de abortos, representantes de ONGs de mujeres y de salud reproductiva y otras personas clave. Las y los participantes llevaron a cabo una breve auditoría sobre la práctica de abortos, en Albania, sin cumplir las pautas actuales a fin de identificar las lagunas existentes entre los diferentes servicios y hacer recomendaciones de mejora. Después de este acontecimiento, desde el Ministerio de Sanidad se estableció un grupo de trabajo con representantes de todas las instituciones relevantes para trabajar sobre nuevos estándares y pautas en la práctica de abortos.

Cómo lo hicimos - abordar los desafíos clave

El desarrollo y difusión de las directrices entre las personas políticas, profesionales de la salud y encargadas de la dirección de programas, en todo el mundo, ha sido un desafío. El estilo y el proceso como se han desarrollado las alianzas nos ha permitido superarlo. El primer borrador del documento sobre las directrices se desarrolló mediante un documento formal. Pero la mayor parte del tiempo, sin embargo, hemos

Tracy L.
Baird



Charlotte
Hord



Entelu
Shehu



trabajado al margen de documentos formales, como memorandos, subcontratos o subconcesiones. Nos hemos apoyado principalmente en una comunicación clara y frecuente y en un compromiso para trabajar bien conjuntamente. La comunicación constante ha sido necesaria y valiosa para compartir ideas, planificar estrategias y mantener el avance del proceso, incluso en los momentos en que cada grupo estaba ocupado y presionado por otro trabajo. Para el apoyo de la OMS en la preparación del encuentro de personas expertas, las tres ONGs (Ipas, IWHC y RHAE) seleccionaron conjuntamente las tareas que mejor podían realizar y se dividieron el trabajo de acuerdo con este criterio.

En la fase de difusión, las tres organizaciones compartieron sus ideas sobre lo que cada una podría hacer en base a su experiencia y capacidad, con el objeto de complementar, más que duplicar, el trabajo de cada una de ellas. Aunque no hemos utilizado procesos formales para documentar estas decisiones, hemos basado nuestros acuerdos en torno a, por ejemplo, con cuánto dinero iba a contribuir cada organización para los eventos, o cómo se utilizarían nuestros logos. Mucha de esta documentación se ha intercambiado a través de correo electrónico.

Nuestra alianza se ha caracterizado por un espíritu de generosidad en cuanto a los recursos –económicos, humanos y otros– para organizar muchas actividades regionales. La alianza entre la Ipas y la Oficina Regional Europea de la OMS es sólo un caso. Como ejemplo, la Oficina Regional Europea tradujo las directrices al ruso, y la Ipas pudo encargarse de su impresión y distribución.

Esta alianza en desarrollo de la OMS y otras ONGs en relación a las directrices sobre aborto, ha servido para mejorar nuestra colaboración y podría ser útil también para otros grupos que tengan objetivos comunes. A continuación exponemos algunas de las lecciones aprendidas más importantes:

- Toda organización tiene buenas prácticas que compartir y cada una de las partes debe estar dispuesta a intentar cosas nuevas para comprobar cuáles funcionan en el contexto de la coalición. Por ejemplo algunas oficinas de la OMS y equipos de la Ipas poseen estilos diferentes a la hora de estructurar y facilitar los encuentros. Entendiendo los parámetros con los que cada grupo está acostumbrado a trabajar y combinando todos los estilos y capacidades, se consiguió que los encuentros fueran más exitosos.

- Organizaciones de diferentes tamaños y procedentes de distintos sectores tendrán diferentes fortalezas y debilidades. En toda alianza es importante respetar las limitaciones de cada quien y aprovechar sus fortalezas. Como gran organización multilateral que representa a diferentes gobiernos, la OMS tiene una gran influencia. Como ONG independiente, la Ipas es muy flexible y puede reaccionar ante las oportunidades con rapidez.
- La comunicación sobre expectativas no puede darse ni demasiado pronto, ni demasiado a menudo. Incluso sin documentos formales de compromiso, debatimos funciones y responsabilidades y tuvimos claras nuestras expectativas.
- El reconocimiento de las contribuciones de las partes no puede ser exagerado. Las instituciones locales son conscientes de competencia potencial entre las diferentes agencias de asistencia técnica, y mediante la demostración del trabajo en equipo, se sienten más libres para trabajar de manera efectiva con cada una de las agencias. Es importante agradecer las contribuciones de cada una de las partes y de la alianza en sí misma.
- El reconocimiento de las diferentes capacidades y alcance de cada organización nos ha permitido obtener nuevas instituciones asociadas. Mediante la apertura de la alianza a otras ONGs internacionales como la IWHC, IPPF y Family Care International en cada región de cada país, hemos incrementado el alcance e impacto de nuestros esfuerzos de manera muy notable.

Conclusión

El trabajo en alianza puede resultar retador. Los grupos con frecuencia tienen pocos recursos económicos y humanos a los que recurrir para enriquecer la alianza y puede que también tengan que competir por la financiación. Sin embargo, resulta claro que la coalición es la única manera de abordar de manera efectiva cuestiones importantes como la prevención de abortos inseguros a nivel global, regional, nacional y local. A través de la coordinación de nuestros esfuerzos, la OMS, Ipas y otras organizaciones han llegado a la gente en todo el mundo proporcionando información y asistencia técnica y, de ese modo, se salvan vidas de mujeres, se mejora su salud y se cumple con sus derechos sexuales y reproductivos.

Referencias

1. *Aborto Seguro: Directrices Técnicas y Políticas para los Sistemas Sanitarios*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003. (http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/)
2. *Acciones clave para una mayor implantación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. Nueva York, Naciones Unidas, Asamblea General de Naciones Unidas, 1999 A/S-21/5/Add.1.
3. *Mejora del acceso a un aborto seguro. Pautas para establecer servicios de alta calidad disponibles*. Paquete de presentación para las personas que lo defienden. Ipas y Family Care International, 2005. (<http://www.ipas.org/publications/CD/ADVPACK/X05/english/>)

Tracy L. Baird
[bairdt@ipas.org]
Directora Regional para Europa/US

Charlotte Hord
[hordce@ipas.org]
Directora, Política

Entelu Shehu
[entelashuhu@adn.net.al]
Directora de Programa para Europa.

LA IMPORTANCIA DE ALIARSE CON PARLAMENTARIAS Y PARLAMENTARIOS

Para comprender realmente el apoyo europeo a los derechos de salud sexual y reproductiva (DSSyR), se debe ser consciente de los esfuerzos masivos que se han realizado a todos los niveles –paneuropeo, a nivel de Unión Europea, a nivel regional, nacional e incluso sub-nacional– a fin de crear alianzas con y entre las y los parlamentarios.



El reciente protagonismo de los DSSyR en Europa no habría sido posible sin un grupo de parlamentarios y parlamentarias bien informadas que han progresado desde ser receptoras de los esfuerzos educativos, a ser sus defensoras más fuertes e influyentes, tomando decisiones correctas en los momentos adecuados. Para las ONGs que apoyan los DSSyR, el apoyo parlamentario ha supuesto el logro, sino más importante, sí más significativo de su trabajo en Europa. Este fenómeno se ha extendido especialmente durante los últimos cinco años, momento en que existían menos de cinco ONGs europeas que trabajaban en DSSyR y que hicieron de éste un aspecto importante de su trabajo. En la actualidad existen numerosas ONGs trabajando sobre DSSyR y que lo hacen conjuntamente con las parlamentarias y los parlamentarios de más de 20 países europeos.

El papel del IEPFPD

El Foro Parlamentario Inter-europeo sobre Población y Desarrollo (IEPFPD), es la red parlamentaria concienciada sobre los DSSyR más reciente y está precedida por otras redes parlamentarias hermanas en otros continentes. El Foro Parlamentario Asiático sobre Población y Desarrollo se fundó en 1982 y el Grupo Parlamentario Interamericano lo hizo en 1983 con el apoyo de la Oficina Regional de la Federación Internacional de Planificación Familiar del Hemisferio Oeste. Finalmente, el Foro Parlamentario Africano y Árabe fue creado en 1997 con la ayuda de la Asociación de Planificación Familiar Unión Nacional. No

fue hasta 1999 cuando se creó el foro Europeo con la ayuda de la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar.

Durante los siguientes cinco años, el IEPFPD incrementó su número de asociados de siete a veinticinco grupos parlamentarios de todos los partidos (APPGs) y creó alianzas con las parlamentarias y los parlamentarios y las personas defensoras de los DSSyR en nueve países europeos más (se entiende Europa incluyendo a todos los miembros del Consejo Europeo). En total, hasta 2005 el IEPFPD ha trabajado en el 83% de los países europeos y con los APPGs de más de la mitad de los Parlamentos europeos (excluyendo los estados de Andorra, Mónaco, Liechtenstein, San Marino y el Vaticano).

El IEPFPD rellena el vacío existente en Europa en cuanto a la defensa de los DSSyR, es decir, se ha encargado de ofrecer una plataforma supra-europea para el intercambio de información, experiencias e ideas entre las personas encargadas de tomar decisiones políticas en Europa. Este vacío se hizo muy evidente a finales de los años 90, en el momento en que la toma de decisiones políticas en Europa se hizo más compleja. En aquel momento, los grandes poderes estaban siendo transferidos desde los países al nivel de la Unión Europea mediante los Tratados de Niza y Ámsterdam y el trabajo sobre la Constitución Europea. Un total de doce países intensificaron sus negociaciones para acceder a la UE, para lo que fue necesaria una revisión completa de sus legislaciones en diferentes áreas a fin de encajar en los requisitos planteados por la UE. Las parlamentarias y los parlamentarios a nivel

nacional comenzaron a examinar con mayor detenimiento cada una de las decisiones de la UE. Así mismo, en algunos países, se inició o intensificó un proceso de descentralización desde un parlamento nacional centralizado hacia asambleas legislativas (Reino Unido, España, Bélgica y Rusia son algunos ejemplos de la tendencia existente en algunos países hacia el federalismo).

De esta manera, las decisiones sobre DSSyR, tanto a nivel de desarrollo internacional como en la política nacional de cada país, se estaban tomando en toda Europa pero con diferentes contextos y participantes, en muchos de los países, si comparamos con sólo algunos años antes.

Importancia del apoyo parlamentario

Por esta razón muchas de las ONGs defensoras de los DSSyR comenzaron a ver el apoyo parlamentario como algo crucial para su trabajo. En ese momento, las parlamentarias y los parlamentarios se aliaron y trabajaron en el APPG como expresión de la existencia de un consenso sobre DSSyR en toda Europa. La existencia de una organización independiente formada por APPGs y dirigida por parlamentarios y parlamentarias (esto es, el Comité Ejecutivo del IEPFPD), consiguió que muchas personas dejaran de sentirse incómodas por estar ligadas a cualquier organización o enfoque sobre una cuestión concreta (lo que en un determinado número de países es causa de preocupación entre personas parlamentarias independientemente del asunto en sí o de la organización en



Ruth
Genner



Niel
Datta



cuestión). De esta manera, el IEPFPD facilita la alianza entre los y las parlamentarias y las ONGs de forma que ambas partes puedan beneficiarse mutuamente de su experiencia y trabajar conjuntamente para alcanzar una meta común sin perder su identidad independiente.

Las primeras personas parlamentarias en implicarse en la defensa de los DSSyR, en general han sido mujeres de partidos de izquierdas, como el Socialista o Los Verdes. Este ha sido el caso de Portugal, España, Francia, Reino Unido, Bélgica, Suiza, Austria, Suecia, Finlandia, Noruega, Escocia, Polonia, Lituania y Turquía. En los países donde (hasta 2005) no existen APPG, las mujeres parlamentarias de partidos de izquierdas han sido las más activas en intentar configurarlos –por ejemplo, Países Bajos, Chipre, Albania y Estonia–. En 2005, el 79% de los puestos ocupados en los APPG eran mujeres y el 57% de todos los puestos de los APPGs (tanto de hombres como de mujeres) provenían de los partidos Socialista o Los Verdes.

El papel de estas Parlamentarias fundadoras es de una importancia crítica en la generación de consenso sobre DSSyR. Una vez que participaron en una actividad de defensa de los DSSyR, comprendieron que el avance en la agenda sobre este tema requiere cierto nivel de consenso entre partidos de forma que las ganancias obtenidas no se pierdan si hay un cambio político. Por ello, han buscado activamente el apoyo de otras personas Parlamentarias de los partidos que piensan de manera similar, con frecuencia mujeres, para compartir su nueva percepción y entendimiento sobre los derechos de salud sexual y reproductiva, y la necesidad de realizar un trabajo activo desde el Parlamento.

Quizá no sea coincidencia que los países con mayor representación de mujeres en el Parlamento son Suecia, Dinamarca, Finlandia, Noruega, Países Bajos, Islandia y Alemania, sean también los mayores defensores de los DSSyR y donantes en este campo (1).

El papel de las parlamentarias y los parlamentarios en relación con los derechos de salud sexual y reproductiva (DSSyR)

Para quienes apoyan esta cuestión y trabajan con personas miembros del Parlamento, resultaría útil recordar algunas características de sus necesidades y motivaciones. En primer lugar, y más importante, los y las parlamentarias son personas que tienen un compromiso con un partido político (excepto las que no están afiliadas a ningún partido o son

independientes) y que han expresado públicamente un compromiso con ciertas metas e ideas que, en su opinión, mejoran de alguna manera la sociedad.

En segundo lugar, desde su elección, el o la parlamentaria será invocada para posicionarse y votar sobre una serie de cuestiones que pueden ir desde asuntos exteriores y el mercado internacional hasta la reforma del sector sanitario, los presupuestos o las políticas fiscales, la inmigración, la cultura o la educación. Una buena parte de las personas miembros del parlamento serán expertas en un área de conocimiento si bien habrá otras cuyo conocimiento será igual en todas las áreas. Finalmente, las parlamentarias y los parlamentarios son personas dedicadas a la política y, por ello, con ambición y visión de futuro. A excepción de aquellas que piensan retirarse a corto plazo, la mayoría desean ascender dentro de su partido o del parlamento y les gustaría que su partido político fuera más influyente.

Por ello, podemos añadir tres características importantes de las personas parlamentarias: poseen un compromiso con la mejora de la sociedad; poseen una visión general y poseen ambición. Cada una de estas características genera necesidades que pueden ser cubiertas a través de la implicación en la defensa de los DSSyR. Por ejemplo, dado que los DSSyR afectan a aspectos fundamentales de la salud y el bienestar de la población, las ONGs pueden ofrecer sugerencias concretas sobre este tema a los y las parlamentarias para lograr la mejor sociedad para todas las personas.

La experiencia obtenida en la implicación de las parlamentarias y los parlamentarios en la defensa de los DSSyR, ha demostrado que tanto ellos como ellas se benefician de dicha implicación. Esto es cierto dado que todas y todos, independientemente de su nivel de experiencia, ya que participarán en decisiones legislativas, políticas y económicas relacionadas con diferentes temas, tengan o no la preparación para ello. Además las parlamentarias y los parlamentarios tienen el sincero deseo de tomar las decisiones correctas y de prosperar en sus carreras.

Por estas razones, aceptan siempre bien el conocimiento y la información basada en hechos y en el interés público. Tanto las personas parlamentarias como las que defienden los DSSyR están interesadas en tomar buenas decisiones políticas y en que la información y el conocimiento experto estén disponibles cuando lo necesiten. El acceso a la información y la oportunidad de desarrollar un conocimiento propio, conducen a un mayor convencimiento y argumentación basada en los hechos por

parte de las personas. Con el paso de los años pueden llegar a ser reconocidas como «personas expertas» en DSSyR y temas relacionados (como derechos de las mujeres, desarrollo internacional y VIH/SIDA). Esto además mejora la calidad del debate y conduce a un mayor prestigio, tanto de los temas como de las parlamentarias y parlamentarios.

Conclusión

Las ONGs también pueden ayudar a dar visibilidad en los medios de comunicación a la implicación de las parlamentarias y los parlamentarios en los DSSyR (como su participación en una visita sobre el terreno, conferencias internacionales, encuentros de Naciones Unidas y demás). Esto además puede conducir a un mayor conocimiento y reconocimiento de la cuestión, de la actividad de las personas parlamentarias, el APPG y la importancia del liderazgo parlamentario.

La experiencia del IEPFPD muestra que la asociación entre ONGs y personas parlamentarias puede beneficiar a ambas partes, pero, lo que es más importante, prueba que el apoyo parlamentario es fundamental para crear una base consistente entre las personas encargadas de tomar decisiones que promuevan y protejan los DSSyR.

Referencias

1. Las Mujeres en los Parlamentos Nacionales, archivo de datos estadísticos de mujeres en los parlamentos, 31 de diciembre de 2002. Unión inter-parlamentaria, www.ipu.org

Ruth Genner, MP (Suiza)
Presidenta
Foro Parlamentario Inter-europeo
sobre Población y Desarrollo

Neil Datta
[ndatta@iepfpd.org]
Secretario, Foro Parlamentario Inter-europeo sobre Población y Desarrollo.

COALICIÓN PARA EL SUMINISTRO DE MATERIALES EN SALUD REPRODUCTIVA: UNA ALIANZA DE ALTO

Trabajando para eliminar las carencias en el suministro en salud reproductiva

Getachew Bakele de Marie Stopes/Etiopía ha contado recientemente la historia de una joven mujer etíope quien, después de dar a luz varias veces, comenzó a utilizar el anticonceptivo inyectable depo-provera. Sin embargo, a pesar de usar este anticonceptivo en la región de Etiopía donde ella vivía, se produjo un embarazo no deseado. Por ello recurrió a un aborto inseguro y, como resultado, murió dejando a tres menores en situación de orfandad.

Historia de los déficit en el suministro en salud sexual y reproductiva

Mientras continúa la demanda dirigida a superar la situación de ver las estanterías vacías en las clínicas—donde antes solían encontrarse condones y otros métodos anticonceptivos— existe el peligro de que se frene el avance hacia la consecución de objetivos clave. Existe una demanda creciente de servicios de salud reproductiva como resultado de los esfuerzos realizados en el ámbito de la planificación familiar en las últimas décadas. En este ámbito, se ha dado un incremento en el número de mujeres y hombres en edad reproductiva—constituyendo la generación de jóvenes entrando en la edad adulta más numerosa de la historia— y de la expansión de la pandemia del VIH/SIDA.

Por tanto, la necesidad de métodos anticonceptivos, condones y otros materiales utilizados en salud reproductiva seguirá incrementándose. La escasez de materiales importantes para la salud reproductiva—incluidos los condones para la prevención del VIH/SIDA— socava el avance hacia la consecución de las metas en salud reproductiva establecidas en El Cairo y la

reducción de la pobreza, ambos objetivos de las Metas de Desarrollo para el Milenio (MDGs). Sin material, no se puede llevar a cabo ningún programa. Si las carencias persisten, la tasa de mortalidad materno-infantil, de abortos inseguros y de muertes debidas al VIH/SIDA, se incrementará en gran medida.

A pesar de que las y los donantes bilaterales y multilaterales han apoyado el proceso de adquisición de materiales y el de mejora de la logística durante dos décadas en un intento de reducir el número y la frecuencia con que se agotan las existencias, persisten los déficit en el suministro de métodos anticonceptivos y otros materiales utilizados en salud reproductiva en los centros de salud. Desafortunadamente, la evidencia apunta a mayores problemas en el futuro. Existe un gran número de organizaciones e instituciones trabajando en ello pero, hasta ahora, estos grupos se han ido fragmentando y no han permanecido unidos en la búsqueda de una solución que permita abordar los diferentes aspectos de las causas.

Centrarse en la coordinación global: una nueva asociación

En los últimos años, ha crecido la conciencia de crisis en lo relativo al suministro de materiales, por lo que organizaciones, instituciones, gobiernos y fundaciones han respondido a las llamadas a la acción. La solución a esta crisis requerirá la intervención en numerosos frentes—mejora de la logística, una mejor división del mercado que fomente el crecimiento del sector comercial, aumento de las donaciones económicas, fomento de la responsabilidad de los países y de su capacidad para crear, así como mejorar la coordinación de la ayuda y especial atención a la influencia que las nuevas formas de financiación—, como los enfoques dirigidos a la reducción de la pobreza, están teniendo en el suministro de anticonceptivos. La Coalición para el Suministro de Materiales de Salud Reproductiva es una nueva alianza de alto nivel formada por personas relevantes en este ámbito que han establecido una coalición y trabajan conjuntamente en la solución de problemas para abordar la crisis existente en el suministro de materiales utilizados en salud reproductiva.

Creada bajo el impulso del Fondo para la Población de Naciones Unidas (UNFPA) en 2001, la «Llamada Global a la Acción», (1) es un encuentro internacional para tratar la crisis en el suministro y fue organizado por la Iniciativa para el Suministro (entonces llamada Grupo de Trabajo Eventual sobre

Materiales de Salud Reproductiva) en Estambul, Turquía en 2001 (2). Uno de los cuatro objetivos estratégicos que surgió de este encuentro fue el de «coordinar la acción colectiva mediante y entre las partes encargadas de la implantación y financiación. Se trataba especialmente de: ... crear un consejo sobre coordinación de donantes... apoyado en recursos humanos y económicos para asegurar que las y los principales donantes de materiales trabajan conjuntamente, comparten información y ayudan a solucionar esta crisis inminente»(3).

Tras el encuentro de Estambul, un grupo de personas clave que trabajan sobre el tema, comenzó a reunirse de manera regular en el UNFPA y formó una nueva alianza para debatir sobre acciones de cooperación consensuadas. Apoyada por la Iniciativa para el Suministro y dirigida por el Banco Mundial, la Coalición para el Suministro de Materiales de Salud Reproductiva se reúne, en la actualidad, dos veces al año y tiene entre sus miembros al UNFPA, la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos (USAID), el Banco Mundial, el Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos, la Comisión Europea, KfW/Alemania, la Organización Mundial de la Salud, representantes de países en desarrollo y grupos que representan el comercio social, la sociedad civil e intereses técnicos.

La Coalición reconoce que la disponibilidad de estos materiales no es sólo una cuestión de recursos sino también de realizar un uso efectivo y eficiente de los mismos. Los objetivos principales de la coalición son:

- Facilitar que se comparta la información sobre prioridades de las organizaciones y las diferentes visiones sobre los materiales utilizados en salud reproductiva.
- Identificar y abordar aspectos clave en los que se puede avanzar de manera más efectiva a través de los esfuerzos cooperativos de la Coalición (como un todo o en pequeños grupos) donde las organizaciones implicadas han proporcionado y proporcionarán los recursos económicos y humanos necesarios; y
- Responder y actuar sobre cuestiones específicas en las que las organizaciones se comprometerán con los recursos económicos, humanos y técnicos necesarios para solucionarlos.

Durante el último año, se ha ampliado el perfil de las y los participantes de Europa en el campo del suministro de materiales utiliza-



dos en salud reproductiva. Dos países europeos, Alemania y Países Bajos, asumirán conjuntamente en abril de 2006, la dirección la Coalición para el Suministro de Materiales de Salud Reproductiva.

El papel europeo en la solución de la crisis: establecer una visión a nivel nacional

Las y los donantes de Europa, junto a USAID, el Banco Mundial y el UNFPA son las principales fuentes de financiación para los materiales utilizados en salud reproductiva. Al tiempo que USAID y el UNFPA se han centrado en la inversión dirigida a sistemas de suministro, logística y dirección y asistencia técnica, las agencias donantes europeas han liderado el trabajo directo con los gobiernos de los países. Europa también se ha encargado recientemente de llenar los vacíos existentes en cuanto a financiación. Por ejemplo, en 2004, bajo la Presidencia Europea de Países Bajos, se aumentó la inversión en más de 75 millones de dólares para responder a las necesidades urgentes del UNFPA en lo relativo a métodos anticonceptivos. Este dinero, que provenía de los 25 estados miembros y de la Comisión Europea mediante una contribución especial, está ayudando a rellenar esa carencia de métodos anticonceptivos y condones que identificó el UNFPA en 2005.

Debido a la reorientación de la ayuda europea al desarrollo a través de mecanismos que favorecen una mayor responsabilidad de los países tales como el apoyo directo a sus presupuestos, enfoques flexibles (SWAPs) y estrategias a nivel nacional, las y los diferentes donantes de Europa tienen un papel cada vez más importante a la hora de asegurar sistemas de suministro sostenibles. A través del fomento de la responsabilidad de cada país y ayudándoles en la elaboración de políticas que apoyen el suministro, los y las donantes europeas tienen un papel fundamental en la solución de esta crisis.

Así, mediante procesos de consulta con los países del sur, las agencias donantes europeas pueden ayudar a estos países a establecer prioridades en los presupuestos y a asegurar que los materiales se destinan a estrategias de salud reproductiva. La integración de estos materiales en los nuevos mecanismos de financiación constituye un gran desafío y, hasta el momento, sólo han tenido cierto éxito. Las y los donantes de Europa están ante una gran oportunidad para asegurar que estos mecanismos consolidan un ambiente favorable para el suministro.

¿Qué puede hacer la comunidad europea?

1. Promover que los gobiernos de cada país pongan un mayor énfasis en enfoques flexibles sobre la salud reproductiva, en los documentos estratégicos dirigidos a la reducción de la pobreza y en el desarrollo de otros mecanismos financieros novedosos. Se trata de apoyar a los gobiernos de los países para que tomen conciencia de la relación existente entre los materiales utilizados en salud reproductiva, la reducción de la pobreza y otras MDMs, promoviendo la inclusión de los indicadores adecuados (como la prevalencia del uso de anticonceptivos o el nivel de suministro de materiales).
2. Alentar a los países para que incluyan los materiales utilizados en salud reproductiva en sus listas de fármacos mediante la creación de una nueva Lista Interagencia de Medicinas Esenciales para la Salud Reproductiva.
3. Es indispensable el apoyo en los procesos intermedios desde la financiación del proyecto hasta el enfoque sectorial. El éxito en la provisión de materiales en los nuevos enfoques de ayuda al desarrollo, depende de la capacidad de cada país para priorizar el reparto de dichos materiales y de los sistemas de logística.
4. Promover la inclusión de presupuestos para los materiales, incluyendo alguna subvención para fomentar su capacidad. Los presupuestos deben tener en cuenta todas las posibles fuentes de financiación, incluyendo las donaciones privadas, a fin de asegurar que los países puedan hacer frente al coste de los materiales si falla alguna fuente de financiación.
5. Las y los donantes de Europa deberían aumentar su compromiso económico de financiación de materiales utilizados en salud reproductiva con el fin de ayudar a reducir el vacío existente entre las necesidades no cubiertas y los materiales. Se debería fomentar el mismo tipo de compromiso con la salud reproductiva entre los gobiernos de los países en desarrollo.
6. Las y los donantes de Europa deberían hacer seguimiento del gasto en métodos anticonceptivos y utilizar los mecanismos existentes para facilitar que se comparta información, la colaboración y cooperación mediante recursos como la RHIntercambio (un sistema web para la obtención y envío de datos consolidados sobre salud reproductiva) o la Coalición para el Suministro de Materiales de Salud Reproductiva.

7. Promover la participación activa de la sociedad civil, incluyendo las ONGs locales e internacionales, en el sector sanitario, e incrementar el papel de la sociedad civil en los procesos de reducción de la pobreza. Es necesario respaldar a las ONGs que actúan en el ámbito nacional en los esfuerzos que realizan dirigidos a aumentar la conciencia de los gobiernos de los países sobre la necesidad de contar con materiales utilizados en salud reproductiva.

Aunque la crisis de materiales utilizados en salud reproductiva constituye una gran amenaza para la salud y bienestar de hombres y mujeres en muchos países, incluyendo la región europea de la OMS, los avances realizados hasta el momento gracias a la Coalición para el Suministro de Materiales de Salud Reproductiva y al reciente liderazgo de Europa en este campo, establecen el punto de partida para la acción y la esperanza.

Referencias

1. *Artículos seguros en salud reproductiva: alianzas para el cambio - estrategia del UNFPA*. Nueva York, UNFPA, abril 2001. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/133_filename_strategy.pdf
2. *Afrontar el desafío de la salud reproductiva: asegurar condones y métodos anticonceptivos para la prevención del VIH/SIDA. Informe del Encuentro*. Grupo Provisional de Trabajo sobre Seguridad de los Materiales de Salud Reproductiva, 2001.
3. Grupo Provisional de Trabajo sobre Seguridad de los Materiales de Salud Reproductiva, 2001.

Carolyn Gibb Vogel
[CVogel@popact.org]

Directora de Proyecto, Iniciativa para el Suministro e Investigadora Principal Asociada, Acción Internacional para la Población.

EXPLORANDO LA RELACIÓN ENTRE LOS DERECHOS Y REPRODUCTIVA Y EL VIH/SIDA

El reconocimiento de que las comunidades relacionadas con los derechos de salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA deben unir sus esfuerzos para responder de manera efectiva ante ambas cuestiones, cada vez es mayor. Sin embargo, aún quedan muchos desafíos por afrontar para que la comprensión de este punto a nivel teórico se traduzca en cambios en nuestra forma de trabajar. *Entre Nous* entrevistó a Jerker Liljestrand, quien ha trabajado ampliamente, como investigador, director de programa y consultor, durante los últimos 25 años en la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA y ha dirigido recientemente el desarrollo del manual «Sinergia entre el VIH/SIDA y los derechos de salud sexual y reproductiva - un manual para ONGs».

¿Cómo describiría la actual relación entre los DSSyR y el VIH/SIDA tanto en la teoría como en la práctica en Europa, en particular?

JL: Europa es muy grande y, especialmente en Rusia, nos enfrentamos a la compartimentalización en lo relativo a las ITSs y el VIH/SIDA y la falta de flexibilidad a la hora de encontrar nuevos enfoques. Necesitamos implicar a grupos orientados a la acción que están mucho más presentes que en otras partes del mundo. También tenemos que ser algo oportunistas y utilizar los servicios para las personas que llegan hasta ellos debido a su vida sexual o a su necesidad de anticoncepción o atención prenatal. Existe una clara división histórica entre estos servicios y los de VIH/SIDA en la antigua Unión Soviética, y esta es una dificultad que debemos superar.

En términos generales, si lo vemos de forma global, había una mayor implicación en los aspectos relacionados con el VIH/SIDA a finales de los años 80 que a principios de los 90, para después centrarnos en el mainstreaming del VIH en los 90. Sin embargo, también aquí en Europa, los aspectos biomédicos de la epidemia del VIH/SIDA se han convertido en un gran desafío que afrontar. Particularmente el tratamiento de las personas que ya han sido infectadas con el VIH resulta un desafío ya que hasta ahora han sido atendidas en los departamentos de enfermedades infecciosas. Por esta razón existe esta división entre las personas afectadas por el VIH/SIDA, profesionales de enfermería y medicina, y todas aquellas personas que trabajan en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, por ejemplo, en planificación familiar, atención a la familia y atención prenatal –que no tienen que tratar demasiado con personas afectadas por el VIH–. Una vez que se establece el diagnóstico, la persona es

atendida por el departamento de enfermedades infecciosas, que está altamente especializado en el manejo de anti-retrovirales.

Y por eso existen vínculos –siempre que se pretenda trabajar en la prevención primaria contra el VIH/SIDA– en diferentes partes de Europa, se debe intentar combatir la clamidia, la gonorrea y la sífilis. Sabemos que se debe debatir sobre la doble protección. Sabemos que la prevención primaria debe fortalecerse cada vez más en el ámbito de la sexualidad. Pero de nuevo, nos encontramos ante el hecho de que pertenecemos a diferentes especialidades médicas como la salud reproductiva por un lado, y las enfermedades infecciosas por otro. El hecho de que las personas afectadas normalmente no cuentan con demasiados medios, es también un desafío.

¿Qué papel cree que tienen la reforma del sector salud y la consolidación del sistema sanitario en la promoción de alianzas entre los DSSyR y el VIH/SIDA?

JL: La cuestión de la reforma del sector salud en la Europa del este, con el cambio desde los servicios altamente especializados hasta la atención primaria, es decir, de la ginecología a la medicina de familia, parece haber implicado una disminución en la conciencia sobre las cuestiones de salud sexual y reproductiva. Lo relativo a la confidencialidad o a la necesidad de una formación específica para profesionales de atención primaria que les permita hablar sobre sexualidad, puesto que son temas que requieren formación y no es fácil de hacer, son retos que hay que afrontar. También todo lo relacionado con el mantenimiento de la confidencialidad dentro del sistema – como se guardan los informes, qué establece la regulación o la ley respecto a la información

que se debe dar a padres y madres etc.

Creo que en muchos de los estados de la Unión Soviética y en Polonia, la reforma del sector salud aún está en una etapa temprana. Se trata de un proceso continuo a lo largo de los años, y cuando aún se está en las primeras etapas del cambio desde los sistemas altamente especializados de la Unión Soviética, hacia un sistema de atención primaria, lleva un tiempo asegurar cuestiones básicas de salud pública como las vacunaciones o el cribado del cáncer cervical. Los países pueden perderse fácilmente en esta transición ya que hay que reducir costes en la atención sanitaria o volver a dar formación a las y los profesionales de atención primaria, y así sucesivamente. Por ello, todos aquellos asuntos que son algo complicados como, por ejemplo, los programas preventivos poblacionales, incluso los menos comprometidos como pueden ser los de vacunaciones, empiezan a reducirse. En cuanto a otros más controvertidos o pretenciosos en los que se implican valores religiosos como la sexualidad, se encontrarán con mayores dificultades. Estoy casi seguro de que estos programas se irán salvando, pero, por ahora, creo que estamos en una etapa temprana de la reforma del sector salud. Además, los esfuerzos dirigidos a reforzar el sistema sanitario de alguna manera están siendo menos eficaces de lo que sería necesario ya que la reforma está tan centrada en los aspectos curativos, que se está dejando de lado lo relacionado con la prevención.

Existe suficiente evidencia como para establecer claramente porqué se debe abordar conjuntamente el VIH/SIDA y los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, ¿cree que hay algunas áreas, en



términos de investigación, que merecerían una mayor atención y que ayudarían a reducir la distancia existente entre teoría y práctica?

JL: Yo me veo más como un activista de la salud pública que como un investigador aunque he estado implicado en ambos campos. Desde mi punto de vista, si se carga demasiado sobre una cuestión o se polemiza mucho sobre ella, creo que es necesario investigarla, de manera que se convierta en algo más práctico y se puedan dejar atrás las ideas preconcebidas. Por ejemplo, si existe un elevado número de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, o personas que pagan a cambio de mantener una relación sexual, es necesario exponer este tema y explorarlo. Por ejemplo, también en las ciudades donde niñas y niños viven en la calle, conviven con el VIH y la explotación, es igualmente importante exponer el tema de manera que todo el mundo pueda comprobar que las leyes, regulaciones y creencias religiosas no les están protegiendo sino que están contribuyendo a la expansión del VIH entre estos niños y niñas que viven en la calle. O, por poner otro ejemplo, los abortos que se realizan de forma clandestina, o los embarazos en adolescentes o las mujeres que tienen abortos de repetición sin figurar en las estadísticas dado que dichos abortos son realizados por diferentes profesionales. Creo que explorar este tipo de cuestiones es hacer investigación formativa –investigación orientada a la acción– quieres investigar porque quieres influir en el contexto de la política nacional. Creo en ello –y en ir tras ese objetivo–. Pienso que la situación a la que nos enfrentamos ahora especialmente en la parte este de la región europea de la OMS, es una situación en la que tanto las y los profesionales que trabajan con el VIH como quienes lo hacen con los DSSyR, deben salirse de su camino para encontrarse y apoyar mejor a los colectivos en que se está expandiendo el VIH. Aquí estoy hablando de los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, de personas que ejercen la prostitución o de las que consumen drogas por vía endovenosa –grupos de personas que, en los 25 años de historia del VIH, han sido estigmatizadas, ocultadas, desatendidas e ignoradas, castigadas y encarceladas–. No son las primeras personas en las que piensas o conoces, y no son las primeras personas a las que atiendes. Pero en este momento, son las primeras a las que hay que atender, tanto desde los programas de SIDA como desde los de DSSyR. Ambos tipos de programas necesitan avanzar para resultar de utilidad a estas personas por razones de humanidad y de derechos humanos, pero

también por razones epidemiológicas –que es como yo lo veo–. Requiere un esfuerzo por ambas partes, pero diferentes tipos de esfuerzos.

Para ser más concreto –si seguimos su sugerencia–, ¿dónde se encontrarían ambas áreas para dar respuesta a estas cuestiones con las personas que consumen drogas por vía endovenosa, las mujeres que ejercen la prostitución o los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres? ¿Estamos hablando principalmente de provisión de servicios?

JL: Provisión de servicios e información. Pienso que, hasta cierto punto, en estos tres colectivos existe un componente de información y apoyo que no necesariamente se da en todo el sector sanitario. Creo que debería darse ampliamente fuera de este sector, de hecho, además de dentro de los centros y servicios sanitarios. Si nos fijamos, por ejemplo, en las necesidades que pueden existir en una cárcel rusa, es necesario el apoyo, pero también son necesarios los condones, las pruebas diagnósticas y el tratamiento para las ITSs. Para tener credibilidad también es necesario ser capaz de ofrecer antirretrovirales, y si las personas encarceladas no están entre las primeras en acceder a ellos, contribuirán a la expansión del VIH –involuntariamente– ¡estaremos culpando a la víctima!. El otro ejemplo –personas que consumen drogas por vía endovenosa– ¿quién responde ante su necesidad de métodos anticonceptivos?, ¿pueden parar en una tienda y conseguirlos?, ¿dónde pueden conseguir un sándwich, intercambiar sus jeringuillas y conseguir condones?, ¿existe algo así para ellas? En este punto, claramente, los programas de VIH/SIDA y los de DSSyR podrían colaborar –esto está empezando a suceder– pero, la pregunta es ¿está sucediendo lo suficientemente rápido? ¿Nos estamos esforzando lo suficiente en ello mientras existe un área de solapamiento en la que podríamos ayudar a frenar la pandemia?

¿Cuáles son los principales retos para alcanzar una visión de asociación más fuerte entre DSSyR y VIH/SIDA?

JL: Pragmatismo, flexibilidad, grupos de acción, el liderazgo de una ONG y los grupos de interés –una buena ONG con frecuencia es más dinámica y flexible y puede hacer cosas que los gobiernos tardarían más tiempo en conseguir– así que deja que florezcan 1000 flores, escucha a tus ONGs y observa lo que están haciendo. Durante los

25 años de pandemia, han sido las ONGs quienes han liderado en el camino, con la desventaja de que no se integran en los programas a nivel nacional. Tienen su origen en un grupo de interés, sirven a un grupo de interés pero cuando trabajan, también le escuchan, le apoyan, le respaldan con fondos, ayudan a formarle, le hacen visible, realizan evaluación y seguimiento, le ayudan a realizar trabajos basados en la evidencia, y sobre todo, le escuchan. Necesitamos ese pragmatismo y esa flexibilidad para cambiar la forma en que estamos haciendo las cosas.

Por último, ¿cómo ve el futuro, dado que conoce la evolución de esta situación desde hace 25 años?

JL: En algunas partes de Europa del este llevará más tiempo puesto que las estructuras heredadas del sistema soviético siguen presentes en nuestra forma compartimentada de pensar –hay muchas personas buenas en su trabajo, pero necesitamos encontrar métodos más flexibles–. No siempre se puede esperar a que el Ministerio de Sanidad haga las cosas. Tienes que hacerlo en la ciudad o provincia en la que estás trabajando. Todo indica que debemos esperar un aumento significativo del VIH en la Europa del este y por ello debemos intensificar nuestros esfuerzos.

Jerker Liljestrand

[jerker.liljestrand@med.lu.se]
Profesor asociado de Salud Pública
División de medicina social y salud global
Departamento de Ciencias de la Salud,
Universidad de Lund.

RELACIÓN ENTRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y EL SOBREPESO

Obesidad: una epidemia del ciclo vital

La obesidad ha alcanzado proporciones de epidemia, afectando principalmente a las mujeres. Entre el 10% y el 35% de las mujeres en Europa tienen un Índice de Masa Corporal (BMI) mayor de 30kg/m², estando la mayor proporción en Rusia y Europa del este. Aún más preocupante es la prevalencia de sobrepeso que afecta a las tres cuartas partes de la población adulta en algunos países de la región y que se asocia también a una elevada morbilidad. La obesidad requiere del 2% al 8% de los presupuestos sanitarios generales y representa un gran desafío económico y un obstáculo para el desarrollo económico y social dada la falta de productividad e ingresos que implica, teniendo también en cuenta que los sectores sociales más desfavorecidos son los más afectados.

La obesidad es un problema del ciclo vital que aparece ahora en una etapa cada vez más temprana. A la edad de 7-9 años entre un 10% y un 30% de las niñas y niños en Europa tienen obesidad, y muchos estudios indican que tanto la prevalencia como la incidencia se están incrementando rápidamente. Por poner un ejemplo, en un estudio realizado en Islandia, la prevalencia de obesidad a los 6 años era del 4,3% en 1994, mientras este porcentaje era 1,1% en 1988 (1). Estas niñas y niños podrían convertirse en adolescentes y más tarde en personas adultas obesas. La mitad de las niñas y niños de 6 años con obesidad en Islandia todavía la padecían después de la pubertad. Como resultado, durante la última década, ha habido un incremento alarmante de la diabetes mellitus tipo II entre la juventud.

Un ciclo intergeneracional de obesidad

El número de mujeres que se quedan embarazadas con sobrepeso y obesidad, se está incrementando. Las madres obesas tienen muchas más posibilidades de tener hijos o hijas con obesidad, especialmente si padecen diabetes gestacional o un síndrome metabólico del embarazo, detectado por elevados niveles de insulina, un colesterol LDL elevado y un colesterol HDL bajo así como una ganancia de peso elevada durante el embarazo.

El número de bebés con un peso elevado al nacer (más de 4,5 kg o por encima del percentil 95 de la puntuación-z para el peso estandarizado al nacimiento) también se está incrementando. Un peso elevado al nacer está relacionado con un riesgo alto de presentar obesidad en la infancia. En las muestras del estudio de Islandia, las niñas nacidas y los niños nacidos entre 1988 y 1994 que tuvieron un peso por encima del

percentil 85 en el nacimiento, tenían más posibilidades que otros bebés de presentar sobrepeso a la edad de 6, 9 y 15 años.

Esto cierra el círculo, determinando una problemática en el ciclo intergeneracional de la obesidad, un círculo que necesitará grandes esfuerzos por parte de salud pública para romperse.

Por otro lado, la carencia de nutrientes para el feto en fases tempranas de la gestación, debido a una mala alimentación de la madre o a una transferencia placentaria reducida de nutrientes, tienen el potencial de incrementar sustancialmente el riesgo de que la descendencia sea obesa más adelante.

Diversas investigaciones han mostrado la relación entre la obesidad materna y bajas tasas de iniciación y duración de la lactancia natural. Una mala alimentación de la bebé o el bebé y una respuesta hormonal disminuida en el periodo de posparto, implicarán una lactogénesis demorada y un cese temprano de la lactancia natural entre las mujeres con sobrepeso u obesas.

Este es otro mecanismo potencial de transmisión de la obesidad a la siguiente generación. La lactancia natural es, de hecho, un factor de protección frente al posterior desarrollo de obesidad. Una revisión sistemática de los estudios publicados que investigan la relación entre la alimentación infantil y la medida de obesidad o adiposidad más adelante en la vida, considerando datos de 355.301 personas, concluyó que el BMI medio es ligeramente menor entre las personas que recibieron lactancia natural. Otro estudio, en el que se relacionaba la duración de la lactancia natural con la obesidad adolescente entre hermanos o hermanas, indicó que quienes recibieron lactancia natural durante más tiempo, 3,7 meses más que quienes recibieron lactancia natural durante menos tiempo,

tenían una ratio de sobrepeso de 0,92 frente al otro grupo, y el efecto protector no podía atribuirse a factores socio-culturales.

Sobrepeso y salud reproductiva

El sobrepeso y la obesidad al principio de la edad adulta, parecen incrementar el riesgo de sufrir problemas menstruales, baja fertilidad e hipertensión durante el embarazo. El sobrepeso en la adolescencia produce una maduración sexual temprana y, en un estudio británico de 1958, se asoció una edad temprana para la menarquia con un mayor riesgo de padecer problemas menstruales a los 16 años. Las mujeres obesas de 23 años tenían menos probabilidad de quedarse embarazadas tras un año de relaciones sexuales sin protección (3).

Los embarazos en mujeres obesas han incrementado las tasas de hipertensión asociadas al embarazo, la diabetes gestacional, el nacimiento de bebés más grandes de lo normal, la realización de cesáreas y la mortalidad y morbilidad perinatal. Un estudio de cohorte a 15 años utilizando la base de datos perinatal «Nova Scotia Atlee» (3) mostró que las mujeres moderadamente obesas tenían mayor riesgo de padecer hipertensión durante el embarazo, tromboembolismo venoso anteparto, parto provocado, parto por cesárea e infección en la cicatriz. El riesgo se incrementa mucho más en las mujeres obesas. Las complicaciones fetales y neonatales pueden incluir malformaciones congénitas, elevado peso al nacer y distocia de hombro. La literatura sugiere que las mujeres con un BMI superior a 30 tienen aproximadamente el doble de riesgo de dar a luz bebés con algún defecto en el tubo neural en comparación con las mujeres con un peso normal. Este incremento en el riesgo asociado al sobrepeso no parece poder



modificarse con suplementos de ácido fólico. En 54.505 mujeres embarazadas evaluadas en la Cohorte Nacional de Nacimientos Danesa, la obesidad previa al embarazo estaba asociada con un mayor riesgo de muerte fetal en una fase avanzada de la gestación, posiblemente en relación a una disfunción de la placenta.

El embarazo es un periodo crítico en la salud de las mujeres. Una ganancia de peso excesiva durante el embarazo y la incapacidad para perderlo rápidamente tras el mismo, está asociado con la presencia de obesidad en la mediana edad. En una cohorte de 484 mujeres en las que se midió su BMI durante 15 años, la ganancia de peso durante el embarazo y la pérdida de peso 6 meses después del parto estaban relacionados con su BMI actual y la ganancia de peso durante el seguimiento(4). Las mujeres que dieron la lactancia durante más de 12 semanas y participaron en ejercicios aeróbicos tras el parto, tenían un BMI inferior y una menor ganancia de peso 15 años después.

Sobrepeso y salud sexual

El sobrepeso y la obesidad también plantean problemas para la salud sexual. En un estudio estadounidense con estudiantes con un elevado BMI, quienes tenían una imagen corporal negativa e incapacidad para controlar su peso, tenían más probabilidad de participar en conductas sexuales de riesgo, como tener parejas sexuales casuales, presentar ebriedad durante el coito y no utilizar métodos anticonceptivos fiables. El hecho de no utilizar métodos anticonceptivos demostró estar también significativamente asociado con la obesidad en el Sistema de Vigilancia de Conductas de Riesgo en EEUU en el año 2000 (5), posiblemente en relación con el miedo infundado a que tomar un tratamiento con anticonceptivos orales podría conducir a un aumento de peso. Para todos los métodos anticonceptivos hormonales, un peso superior a 70 kg está asociado a unas tasas más elevadas de fallo.

Conclusiones y aplicaciones para la atención sanitaria

El sobrepeso y la obesidad están afectando a una gran proporción de la población europea con un aumento en su aparición a edades más tempranas y con la transmisión de una generación a la siguiente. Esta epidemia aparentemente incontrolable requiere acciones a lo largo de todo el ciclo vital, pero las primeras etapas son absolutamente cruciales.

En primer lugar, existen cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Las y los profesionales de la salud deberían ser conscientes del incremento en el riesgo de asumir comportamientos incorrectos y deberían asesorar sobre el correcto uso de los anticonceptivos. En vista de la mayor frecuencia de trastornos menstruales, debería aconsejarse dieta y ejercicio en la adolescencia. El manejo de anovulatorios debería llevar asociada la dieta y el ejercicio previos a los enfoques habituales de inducción de la ovulación.

En segundo lugar, existen cuestiones relacionadas con la propia salud de las mujeres: las y los profesionales de la salud de las mujeres deberían valorar la presencia del síndrome metabólico. Debería realizarse un mayor seguimiento posparto y será necesario un tratamiento específico para todas las mujeres que presenten obesidad, hipertensión o dislipidemia. Deberían proporcionarse pautas y ayuda para llevar a cabo un programa de pérdida de peso antes del embarazo (6).

En tercer lugar, ante un embarazo, debería prestarse atención a la ganancia total de peso y a la dieta y estilo de vida durante el mismo.

Por último, en cuarto lugar, después del parto debería promoverse insistentemente la lactancia natural al menos hasta el sexto mes y continuar con ella hasta, al menos, el primer año de vida de el o la bebé.

Referencias

- (1) Johannsson, E, Arngrimsson SA, Thorsdottir I, Sveinsson T. *Seguimiento del sobrepeso desde la primera infancia hasta la adolescencia en cohortes nacidas en 1988 y 1994: sobrepeso en la población nacida con un peso elevado*. Int J Obes (Londres) 21 de febrero de 2006.
- (2) Lake JK, Power C, Cole TJ. *Salud Reproductiva de las Mujeres: el papel del índice de masa corporal en la edad adulta temprana*. Int J Obes Relat Metab Disord. 1997 junio; 21(6):432-8
- (3) Robinson HE, O'Connell CM, Joseph KS, Mcleod NL. *Resultados maternos en embarazos complicados por la obesidad*. Obstet Gynecol. 2005 diciembre; 106(6):1357-64
- (4) Rooney BI, Schauburger CW, Mathiason MA. *Impacto del cambio en el peso perinatal en la obesidad a largo plazo y las enfermedades relacionadas con la obesidad*. Obstet Gynecol. 2005 diciembre; 106(6):1349-56
- (5) Chuang CH, Chase GA, Bensyl DM, Weisman CS. *Utilización de anticonceptivos en mujeres diabéticas y obesas*. Women Health Issues, julio-agosto 2005; 15(4); 167-73
- (6) Dickerson VM. *Centrarse en la atención primaria: evaluación, manejo y tratamiento de la obesidad en las mujeres*. Obstet Gynecol Surv. 2001 octubre; 56(10):650-63

Lecturas recomendadas

Anónimo: *Nutrición y reproducción en las mujeres*. Hum Reprod Update, 31 de enero 2006.

Clausen T, Burski TK, Oyen N, Godang K, Bollerslev J, Henriksen T. *Factores maternos antropométricos y metabólicos en la primera mitad del embarazo y riesgo de macrosomía neonatal en embarazos a término. Estudio prospectivo*. Eur J Endocrinol, 2005 diciembre; 153(6):887-94.

Robinson HE, O'Connell CM, Joseph KS, Mcleod NL. *Resultados maternos en embarazos complicados por la obesidad*. Obstet Gynecol. 2005 diciembre; 106(6):1357-64.

Dickerson VM. *Centrarse en la atención primaria: evaluación, manejo y tratamiento de la obesidad en las mujeres*. Obstet Gynecol Surv. 2001 octubre; 56(10):650-63

Francesco Branca
[FBR@euro.who.int]
Consejero Regional
Programa de Seguridad Alimentaria
y Nutrición
Oficina Regional Europea de la OMS.

COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA MEJORAR LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN UCRANIA

A principios de este nuevo siglo, la calidad de los servicios médicos en Ucrania habían recibido un duro golpe tras la sacudida social y económica de aquel momento. A pesar de las medidas tomadas por el Ministerio de Sanidad ucraniano, la salud de las mujeres embarazadas no estaba mejorando, el número de complicaciones durante el embarazo era bastante elevado y la mortalidad materna continuaba siendo alta comparada con la de los países de Europa occidental. La situación era aún más complicada en todas las áreas de la salud de las mujeres debido a la influencia negativa de las elevadas tasas de abortos y las bajas tasas de uso de métodos anticonceptivos, especialmente entre las mujeres jóvenes.

Salud maternal y neonatal en Ucrania

Dos tercios de las mujeres ucranianas en edad reproductiva utilizan algún método anticonceptivo, pero menos de la mitad (38% de todas las mujeres casadas o con pareja) utilizan un método fiable. Cuando se quedan embarazadas, las mujeres en Ucrania habitualmente dan a luz solas sin que sus parejas o sus familias les apoyen. Aunque la mayoría de los y las recién nacidas se alimentan mediante lactancia natural al nacer, la alimentación exclusiva mediante este método no es lo habitual. La separación entre madres y bebés tras el parto demora el inicio y reduce la lactancia natural. Esta separación también disminuye las oportunidades de crear un vínculo entre la madre y su bebé y, en algunos contextos donde hay escasez de recursos, puede contribuir a la hipotermia neonatal. De acuerdo con el Estudio sobre Salud Reproductiva Ucraniana, un tercio de las mujeres ucranianas recibían una atención prenatal inadecuada y un 10 por ciento no recibía ningún tipo de atención durante este periodo. Además, Ucrania se enfrenta a la rápida expansión de la epidemia de VIH y a la prevalencia más elevada de infección por VIH entre mujeres embarazadas en la región europea.

Reconocer la necesidad de trabajar en colaboración

Al enfrentarse a los desafíos planteados arriba, el gobierno ucraniano comenzó a poner un énfasis considerable en el desarrollo de unos servicios adecuados para las mujeres embarazadas y sus bebés. Desde el principio estaba claro que cualquier cambio a mejor sólo podría conseguirse mediante una colaboración estrecha y la implicación de todas las partes que trabajen en salud en el país.

El desafío de mejorar la salud materna y neonatal y de cumplir con las Metas de Desarrollo para el Milenio se abordó no sólo mediante una colaboración estrecha con el gobierno y varias organizaciones externas e internas, bilaterales e internacionales, sino también mediante la intensificación de la coordinación y la sinergia entre las diferentes partes.

En 2002 la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos (USAID) contrató a John Snow, Inc. (JSI) para implantar el Proyecto de Salud Materno-infantil (MIHP). Este proyecto fue diseñado para mejorar los servicios de salud reproductiva de las mujeres y los de salud infantil, y para incrementar la concienciación pública sobre los comportamientos saludables y las condiciones de la salud reproductiva de las mujeres en Ucrania. Con este socio, la Academia para el Desarrollo Educativo (AED), y en estrecha colaboración con el Ministerio de Sanidad, el MIHP ha promovido las buenas prácticas conocidas para hacer descender la morbilidad y mortalidad materna e infantil, y para crear unos servicios más centrados en la usuaria. Se trabajó inicialmente en ocho grandes regiones de Ucrania (Dontsk, Lutsk, Lviv, República de Crimea, Kirovohrad, Zhytomyr, Poltava y Kyiv) y el proyecto se centró en las siguientes áreas de trabajo:

- Desarrollo de unos estándares de atención y guías/protocolos clínicos para los servicios y prácticas de salud materno-infantil.
- Revisión de los planes formativos sobre salud reproductiva en el Instituto de Educación Médica Superior.
- Refuerzo de las habilidades profesionales y de los servicios de medicina de familia en salud reproductiva y salud infantil de

manera que pudieran realizar diagnósticos iniciales y las derivaciones pertinentes.

- Introducción de nuevos estándares y protocolos basados en la evidencia en hospitales de día y clínicas piloto para los casos complicados de salud materno-infantil.
- Promoción de buenas prácticas basadas en la evidencia para los partos, manejo de embarazos complicados, resucitación neonatal y servicios de neonatología básicos.
- Promoción de una concienciación pública sobre estilos de vida saludables y una mejor salud materno-infantil.

Desde su comienzo, el MIHP se centró en la calidad de la asistencia, de la que era responsable el Ministerio de Sanidad. Con el fin de asegurar una buena calidad y coherencia en la atención y que todas las recomendaciones técnicas se ajustaran a lo establecido internacionalmente, el proyecto decidió estrechar su colaboración con la iniciativa para Una Maternidad más Segura (MPS) de la Oficina Regional Europea de la OMS. Esta colaboración empezó con el uso de materiales sobre salud materno infantil recomendados por la OMS/MPS, y de los servicios de personas consultoras internacionales pertenecientes a la OMS/MPS, y gradualmente se desarrolló una alianza real con rasgos importantes de cada una de las partes que eran representados por igual en las actividades desarrolladas conjuntamente.

El último, y todavía en marcha, ejemplo de una alianza exitosa, es la revisión de un nuevo material de entrenamiento sobre cuidados de salud para una atención perinatal efectiva. Ambas partes decidieron que los materiales existentes sobre



Promoción de una Atención Perinatal Efectiva (PEPC) que fueron desarrollados a mediados de los años 90 por la Oficina Regional Europea de la OMS, y actualizados por la MPS en 2002, ya no se ajustaban a las necesidades cambiantes de los países de Europa central y del Este. Además, este material no describía del todo los métodos de formación empleados a nivel internacional con el fin de hacer más fácil la difusión de este conocimiento. Por ello, se decidió llevar a cabo una revisión completa del material, basándose en el conocimiento experto de las socias y los socios más importantes en lo relativo a salud materno-infantil en la región.

El proyecto MIH en Ucrania, junto con otros proyectos hermanos en otros países europeos como Rusia, Georgia y personas expertas de diferentes países europeos, acordaron asumir el liderazgo de esta gran iniciativa.

El nuevo material formativo, que está siendo desarrollado en la actualidad está próximo a la fase de prueba, diseñado en torno a un ciclo completo de conocimiento efectivo basado en la evidencia sobre atención prenatal, perinatal, posparto e infantil. Se creó bajo una sólida base científica respaldada por la investigación que apoya la Oficina Regional de la OMS y otros Centros Colaboradores, pero también utilizando el conocimiento experto a nivel operativo que se ha obtenido a lo largo de varios años de implantación del proyecto en Ucrania.

Mejorar las alianzas en 2006

Durante 2006 todas las partes que ya estén involucradas, continuarán trabajando mediante una coordinación o cooperación cercana, evaluando e implantando este nuevo material formativo para proporcionar una Atención Prenatal Efectiva en lugares y centros de salud piloto. También existen planes futuros de utilizar nuevos materiales desarrollados en colaboración durante la revisión de la formación en salud materno-infantil en el Instituto de Educación Médica Superior, y también como parte de un curso de postgrado para personal sanitario en el que se introduzcan y refuercen las prácticas basadas en la evidencia, especialmente en los centros de atención primaria.

Todo lo anterior describe sólo un aspecto de la exitosa colaboración y cooperación en el área de la salud materno-infantil, pero el MIHP en Ucrania continúa trabajando activamente con numerosas alianzas que incluyen la Fundación de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el proyecto POLICY, Cooperación Sueca y muchas ONGs locales. Todas estas partes tradicionalmente se han implicado en el sector sanitario, por ello, lógicamente, resultan esenciales puesto que constituyen una parte importante de los esfuerzos dirigidos a apoyar la infraestructura sanitaria en Ucrania. Al mismo tiempo, el MIHP continúa investigando nuevas formas de consolidar las alianzas en el ámbito de la salud materno-infantil.

Entre los últimos ejemplos de nuevas colaboraciones, está el acuerdo que el proyecto ha firmado recientemente con la compañía petrolífera THK-BP para contribuir con 1.2 millones de dólares, introducir el proyecto MIHP en una gran región (Lugansk) y ayudar a demostrar la necesidad y beneficio de implantar tecnologías basadas en la evidencia en el periodo perinatal para la salud materno-infantil. Se espera que el resultado de tales colaboraciones mejore la calidad de algunas maternidades de la zona de Lugansk para proporcionar servicios efectivos de salud materno-infantil.

Uno de los nuevos enfoques, que será utilizado en esta colaboración, es el de las campañas en los medios de comunicación a nivel nacional dirigidas a promocionar el nuevo concepto de salud pública y la nueva visión de salud materno-infantil, al tiempo que se exponen al público general los principios basados en la evidencia y los orientados a la familia.

Para más información sobre el proyecto, por favor visite: <http://www.mihp.com.ua/>

Helene Lefevre-Cholay

[hlcholay@jsi.com.ua]

Directora de Proyecto
Salud Materno-Infantil
JSI/Salud Materno-infantil en Ucrania



- La Alianza para la salud materna, neonatal e infantil se creó en septiembre de 2005, representando una colaboración sin precedentes entre las personas defensoras de la salud materna, neonatal e infantil.
- La **visión** de esta alianza consiste en intensificar la acción, a nivel nacional y global; reducir la mortalidad y morbilidad neonatal, materna e infantil mediante una cobertura universal de la atención primaria. Para conseguirlo, la Alianza está adoptando un enfoque integral sobre la salud materna, neonatal e infantil, asegurando un «continuo en la atención» desde el embarazo y durante la infancia y reconociendo que su salud es inseparable e interdependiente.
- El **objetivo** de la Asociación es apoyar la consecución de las Metas de Desarrollo para el Milenio n.º 4 y 5: reducir la mortalidad entre los y las recién nacidas, la mortalidad materna y la infantil mediante:
 - La consolidación y aceleración de una acción coordinada a nivel global, sub-nacional y comunitario;
 - La promoción de una difusión rápida de las intervenciones que hayan demostrado una buena relación coste-efectividad.
 - Procurando un aumento de los recursos

Para más información sobre la «Alianza para la salud materna, neonatal e infantil», visitar <http://www.pmnch.org/>

EXPERIENCIA DE COLABORACIÓN EN EL PROYECTO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA

Resulta imposible resolver el problema de la salud reproductiva contando sólo con los esfuerzos del personal sanitario. La solución al problema en este ámbito únicamente puede encontrarse mediante el uso de un enfoque complejo que incluya a los grupos diana, a la comunidad, las organizaciones estatales y las ONGs.

El Proyecto sobre Salud Familiar es un programa con una duración de cinco años que está implantado en cuatro países diferentes y que tiene el objetivo de mejorar la salud materna e infantil y la salud reproductiva (SMI/SR) de la población en el sur de Uzbekistán, Tajikistán, Kirgizstan y Turkmenistán. Dentro de la República de Uzbekistán, el programa funciona en las regiones de Kashkadarya y Surkhandarya. Hasta septiembre de 2007 el programa se estima que llegará a más de un millón y medio de personas. El Consorcio, que se compone de siete miembros y está liderado por el Proyecto HOPE (esperanza), es el responsable de la implantación del proyecto. La Agencia para el Desarrollo Internacional de Naciones Unidas (USAID) está prestando apoyo económico al proyecto. Teniendo en cuenta la importancia que tiene la salud reproductiva, el proyecto está presente en diferentes áreas de este ámbito, por ejemplo, en el cambio de la política sanitaria, en la formación de profesionales de salud y en la concienciación de la población.

Alianzas en la política de cuidados de salud

El proyecto colabora con el Grupo Nacional de Referencia de Uzbekistán, que incluye a representantes de varios ministerios y agencias implicadas en la salud materno-infantil; el objetivo de esta colaboración es desarrollar su capacidad para analizar de manera efectiva y presentar los datos que sean importantes para la promoción de buenas prácticas en MCH/RH. Desde el proyecto, junto con el Ministerio de Sanidad otros ministerios y agencias de la República de Uzbekistán, se ha preparado «el informe sobre valoración de la situación de la seguridad anticonceptiva en la República de Uzbekistán», que fue aprobado por el Consejo de Ministros. Dentro del proyecto se han llevado a cabo debates con personas clave del UNFPA, PSI, Ministerio de Sanidad o el sector privado en relación al Documento Informativo sobre Seguridad Anticonceptiva (CSBD) (1), en el que se describe la situación actual de la salud reproductiva en la República de Uzbekistán. Las personas pertenecientes al Grupo de Referencia sobre Salud Familiar organizaron el grupo de trabajo sobre Seguridad Anticonceptiva en

Tashkent, en febrero de 2005, cuyas conclusiones sirven de base para el trabajo que se está realizando en la República de Uzbekistán sobre el Plan Estratégico de Salud Reproductiva/Seguridad Anticonceptiva.

El proyecto facilitó un encuentro del Grupo de Referencia para abordar la Planificación Estratégica sobre salud reproductiva y seguridad anticonceptiva en la República de Uzbekistán con la participación del Ministerio de Sanidad, el de Asuntos Sociales y Comercio, el de Educación, el de Economía, el de Justicia, el Centro Republicano de Salud Reproductiva (RRHC) y organizaciones internacionales como UNFPA, ADB o USAID además de ONGs locales como el Comité de Mujeres de Uzbekistán y ZdravPulsk, y el sector privado (Schering Ag, Gedeon Richter). Las y los participantes debatieron sobre un número de cuestiones relativas a la estrategia y comenzaron a trabajar en la Estrategia Nacional sobre Salud Reproductiva (2006-2015) y el Plan de Acción (2006-2010). Se prestó una especial atención al «informe sobre valoración de la situación de la seguridad anticonceptiva en la República de Uzbekistán», los datos estadísticos sobre salud reproductiva y los informes sobre el estado del programa para la salud reproductiva a nivel comunitario. Antes de llevar a cabo el encuentro, las personas pertenecientes al Grupo, prepararon un borrador sobre la Estrategia Nacional sobre Salud Reproductiva y el Plan de Acción, donde se reflejaba lo que deberían hacer los diferentes ministerios y agencias a fin de mejorar la salud reproductiva a nivel comunitario.

Así, las y los representantes del Ministerio de Sanidad y el RRHC pudieron realizar propuestas relacionadas con los servicios públicos de atención sanitaria; las y los representantes del Ministerio de Educación resaltaron los temas relacionados con la introducción de la salud reproductiva en los planes de formación, y, por último, las y los representantes del Ministerio de Justicia verificaron que las propuestas realizadas estuvieran dentro de la legalidad. Uno de los principales factores que hizo posible esta unión de esfuerzos por parte de varios ministerios y agencias, fue el papel de liderazgo que desempeñó el Ministerio de Sanidad y la supervisión cercana del Consejo de Ministros y Ministras. La principal ventaja de la Estrategia Nacional sobre Salud Reproductiva y su Plan de Acción, es que estos documentos fueron elaborados con la participación activa de todas las personas clave y están basados en un análisis de situación real y dentro de la capacidad económica del país. La Estrategia Nacional

sobre Salud Reproductiva y su Plan de Acción en la República de Uzbekistán fueron finalizados por el Grupo de Referencia gracias a las reuniones regulares y la participación del Departamento de Planificación Económica del Ministerio de Sanidad en agosto de 2005. Este Ministerio pidió a las personas expertas en investigación y salud reproductiva de la Oficina Regional Europea de la OMS que revisaran el borrador final de la estrategia y el plan de acción. Otras organizaciones internacionales implicadas en temas relacionados con la SMI/SR también prestaron su apoyo al Grupo y al Ministerio de Sanidad.

Alianza para la provisión de servicios

El proyecto presta una atención especial a la formación del personal sanitario que trabaja en los centros de salud reproductiva comunitarios. Para su formación, se adaptó el programa y el material formativo de la OMS mediante otros proyectos y fue aprobado por parte del Ministerio de Sanidad. Con el fin de apoyar la sostenibilidad del programa sobre SMI/SR, el Proyecto sobre Salud Familiar, junto con el RRHC, ha preparado un equipo de personas formadoras locales.

Las y los especialistas del proyecto junto con el RRHC, han desarrollado instrumentos y metodología para realizar seguimiento del programa sobre salud reproductiva e infecciones de transmisión sexual. Estos instrumentos de seguimiento de la formación, son también utilizados por otros proyectos dentro del país. Este seguimiento facilita la implantación efectiva del proyecto y los resultados pueden discutirse con el personal sanitario, las y los formadores y los y las directoras de los centros de salud.

Alianza intersectorial: trabajo con y para las comunidades

Aumentar la concienciación de la población es otro objetivo importante del programa. Las y los especialistas del programa han desarrollado una campaña sobre salud reproductiva e infecciones de transmisión sexual y un plan de trabajo. La campaña, de cuatro meses de duración, se puso en marcha en algunas áreas piloto en septiembre de 2004. Antes de su comienzo, las y los especialistas del Proyecto identificaron cuál era la información clave, los grupos de población diana y los principales acontecimientos de la campaña. Junto con el RRHC, las personas especialistas desarrollaron un manual y un programa para la formación de voluntariado en el ámbito de la salud reproductiva y las

Fakhriddin
Nizamov



Nosir
Abdullaev



infecciones de transmisión sexual. Más de 200 personas voluntarias –activistas de Makhallas, consejos de mujeres, profesorado de colegios, personas líderes religiosas, Cruz Roja y Media Luna Roja de Uzbekistán– fueron formadas con este programa. Este voluntariado se encargó de la difusión del proyecto haciendo llegar mensajes clave a la población general. Tras la evaluación de su intervención, se mostró que su tarea obtuvo éxito.

Se prestó una atención especial a la creación de vínculos entre personas voluntarias y personal sanitario, y en aquellas regiones en que esta vinculación fue sólida, ambos colectivos continúan trabajando juntos al margen del programa. Con la participación de todas las partes, el proyecto ha permitido la elaboración de folletos para mujeres, hombres y adolescentes sobre salud reproductiva e infecciones de transmisión sexual. También se han organizado actividades educativas en los vecindarios, escuelas y otros lugares de gran afluencia de personas.

Estas sesiones educativas se organizaron con el apoyo de las autoridades locales, en los centros de servicios sociales donde las mujeres reciben ayudas económicas por maternidad y en diferentes encuentros y reuniones. El voluntariado organizó sesiones educativas sobre el terreno en escuelas y mercados. El tiempo ha demostrado que no todas las actividades organizadas son sostenibles; sin embargo, el trabajo de estas personas era más sostenible en algunas áreas, sobre todo en aquéllas donde existía vinculación entre ellas y el personal sanitario y en las que fueron apoyadas por las autoridades locales. En dichas zonas continúa el trabajo sin el apoyo del proyecto.

Cinco ONGs locales que intervienen en regiones piloto recibieron ayudas para trabajar con la población y el personal sanitario en el ámbito de la salud reproductiva; estas ONGs, también se implicaron en la campaña de salud reproductiva llevada a cabo por el proyecto. Una vez finalizado éste, el trabajo con la población continuó a fin de aumentar la concienciación con el apoyo de personas voluntarias y de especialistas en movilización social del proyecto. Esto se hizo

principalmente mediante la realización de debates y sesiones educativas. El Proyecto, junto a la Cruz Roja y la Sociedad de la Media Luna Roja ha desarrollado un sistema de seguimiento e incentivos para el trabajo de las personas voluntarias. La formación de estas personas fue ampliamente apoyada por las autoridades locales, puesto que, en ese momento, representaban un recurso para trabajar con la población y también lo eran más adelante, sin el apoyo del proyecto. En las localidades donde las autoridades continuaron apoyando al voluntariado y en los lugares donde se había establecido comunicación con el personal sanitario, el trabajo de estas personas continúa realizándose.

Lecciones aprendidas y desafíos

Resulta imposible resolver el problema de la salud reproductiva sólo con los esfuerzos del personal de salud. Para comprender la necesidad de proteger la salud reproductiva, es necesario intervenir a todos los niveles y reflejarlo en acciones específicas dependiendo de las capacidades y del ámbito de responsabilidad. Tanto las leyes como los planes de acción deben adoptarse a nivel político y el personal de salud debe ser capaz y contar con los medios necesarios para prestar servicios de calidad. Por otro lado, la población tiene que darse cuenta de la importancia que tiene la salud reproductiva y, con el apoyo específico, debe desarrollar nuevas habilidades. Una de las principales lecciones aprendidas, fue la de cambiar la política del gobierno y orientarla hacia una implantación sistemática a largo plazo de nuevos principios de protección de la salud reproductiva basados en las recomendaciones de la OMS. Este cambio en la política gubernamental generará sostenibilidad al programa implantado dentro del proyecto, aunque dicho cambio por sí sólo no garantiza su implantación. Resulta necesario establecer una formación para el personal de salud que ya trabaje en el sistema sanitario y también para las y los estudiantes de institutos y universidades. El o la usuaria de estos servicios no es menos importante y por ello, también deben recibir información y se les debe dotar de las

habilidades necesarias. Este objetivo no es fácil de alcanzar y requiere un trabajo intenso a largo plazo siendo necesaria la colaboración a todos los niveles, por ejemplo, entre organizaciones y agencias o entre organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. En lo relativo a la cooperación, la formación de diferentes alianzas para alcanzar un solo objetivo, requiere flexibilidad, la búsqueda de varios enfoques y, lo que es más importante, paciencia.

En conclusión, nuestra experiencia muestra que la condición principal para que la implantación de un programa sea exitosa en el sistema sanitario, es una colaboración cercana de todas las partes implicadas.

Para más información sobre las actividades del Proyecto:
<http://www.healthfam.uz>

Referencias

1. «Seguridad anticonceptiva en Uzbekistán» Informe borrador. Proyecto para la Salud Familiar. Una vez que el informe esté finalizado podrá encontrarse en su página web: <http://www.healthfam.uz>

Fakhriddin Nizamov
[fnizamov@healthfam.uz]
Director de Proyecto
Proyecto para la Salud Familiar

Nosir Abdullaev
[nabdullaev@healthfam.uz]
Director Adjunto
Proyecto para la Salud Familiar

Las siguientes organizaciones han participado en el proyecto implicándose en las actividades sobre salud reproductiva e infecciones de transmisión sexual:

- Comites de barrio (comunidades): se trata de una estructura formada hace mucho tiempo y que, en la actualidad, es apoyada por el gobierno. Uno de sus objetivos es el de atender la salud de la población que habita en el territorio de Mahallas. Las y los líderes de Mahallas han ayudado a organizar sesiones educativas invitando a las personas de la zona a todos los eventos. Algunas de las personas que trabajan en Mahalla han expresado su deseo de

- trabajar como voluntarias.
- Centros de salud
- Autoridades locales
- Centros educativos públicos
- Delegaciones del Instituto de la Salud
- Líderes religiosos/as: la gente que vive en las áreas rurales, tradicionalmente visita las mezquitas para rezar o acude a los líderes religiosos para pedir consejo sobre diversas cuestiones. Estos líderes, que fueron previamente informados y

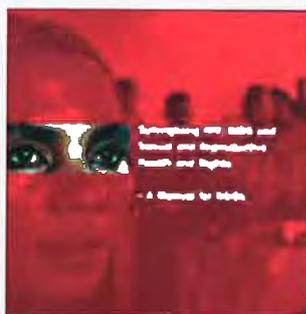
- formados por el proyecto, informaban a la población sobre los temas importantes durante los rezos de los viernes o durante conversaciones individuales.
- Centros de salud reproductiva regionales
- Cruz Roja y la Sociedad de la Media Luna Creciente
- ONGs
- Medios de comunicación

RECURSOS

«Alianza para la salud: cooperación dentro del sistema de Naciones Unidas y con otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales», EUR/RC54Inf.Doc.3 Documento informativo para la sesión n.º 54 del Comité Regional, OMS, Copenhague

En este documento se revisan las actividades de colaboración de la Oficina Regional Europea de la OMS con un énfasis especial en las alianzas estratégicas como con la Unión Europea y sus instituciones, el Banco Mundial y otras organizaciones pertenecientes a Naciones Unidas. Señala los grandes avances en el mantenimiento y establecimiento de alianzas a nivel regional y nacional.

<http://www.euro.who.int/document/rc54/einfdoc03.pdf>



Sinergias entre derechos de salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA: manual para ONGs publicado por Aidsnet y OMS/Europa, septiembre de 2005.

Disponible en www.aidsnet.dk

Los 28 breves capítulos de este manual para ONGs ilustran cómo trabajar con temas como el VIH/SIDA o los derechos de salud sexual y reproductiva y otras cuestiones de salud pública. En él se enfatizan importantes aspectos sociales y los factores más importantes dentro del sistema sanitario. El manual pretende ser una herramienta práctica para las ONGs y proporciona «puntos de entrada» y algunos recursos. El manual incluye un CD-ROM, que contiene el manual en formato PDF y algunos archivos que permiten a cualquier organización adaptar e imprimir el material de acuerdo a sus necesidades. Finalmente, el CD-ROM contiene un texto donde se relacionan recursos sobre todos los temas presentes en el manual.

Macura M. y Beets, G.(eds): «Dinámica de la fertilidad y la formación de alianzas en Europa: revelaciones y aprendizajes» Volumen 1 y 2, ONU, Nueva York, Ginebra, 2002

Este informe es el resultado del proyecto «Estudio sobre Familia y Fertilidad» (FFS), que fue llevado a cabo entre 1988 y 1999 por la Unidad de Actividades sobre la Población (PAU) de la Comisión Europea de Naciones Unidas (UNECE), con el apoyo económico del Fondo para la Población de Naciones Unidas (UNFPA). Con diferentes contribuciones, discute sobre temas como la baja fertilidad y sus implicaciones, la fertilidad y el establecimiento de alianzas en Europa occidental y del este, así como otros temas. Se puede encontrar más información sobre el origen y la historia del proyecto FFS, sus logros y limitaciones en www.unece.org.

Próximos eventos



IX Congreso de la Sociedad Europea de Anticoncepción: «Mejorar la calidad de vida mediante la atención en salud reproductiva y anticoncepción»

3-6 mayo de 2006, Estambul, Turquía. Para más información sobre la matrícula y el programa del congreso, visite:

<http://www.contraception-esc.com/istanbul.htm>



VIII Congreso de la Federación Europea de Sexología

4-8 de junio de 2006, Centro de Congresos de Praga, República Checa. Para más información sobre la inscripción y el programa del Congreso, por favor, visite:

<http://www.efs2006.cz>



XVI Congreso Internacional sobre SIDA

13-18 de agosto de 2006, Toronto, Canadá. El tema de la Conferencia «Tiempo de Comunicar» - se centrará en las promesas y avances realizados en el tema del tratamiento, la atención y la prevención del VIH/SIDA. Para más información:

<http://www.aids2006.org>



XIV Conferencia Europea sobre Salud Pública, que tendrá lugar en Montreux, Suiza, del 16 al 18 de noviembre de 2006.

El tema principal de la conferencia es «Política, Políticas y/o Salud Pública» e incluye cuestiones como la salud adolescente, la promoción de la salud, la epidemiología y prevención de la enfermedad crónica, la práctica profesional, el abuso de sustancias, la calidad de la atención sanitaria y la formación en salud pública. Para más información, por favor, visite:

http://www.eupha.org/html/menu3_2.html

Páginas web interesantes



ASTRA

Es una Red de Trabajo Europea sobre Mujeres para los derechos de salud sexual y reproductiva, que fue creada en 1999 por diferentes organizaciones de la región que comparten un objetivo y un interés común en este área para reforzar la voz de las mujeres y tender puentes entre el género, la salud y los derechos humanos. ASTRA proporciona una voz colectiva para apoyar políticas y programas que reconocen las necesidades de salud y los derechos humanos de las mujeres y la gente joven. Esta red se utiliza para compartir información y estrategias, para consolidar la capacidad de las organizaciones de mujeres y para crear vínculos entre los movimientos de mujeres de Europa central y del este y procesos más globales sobre los derechos de salud de las mujeres. Para más información, por favor, visite:

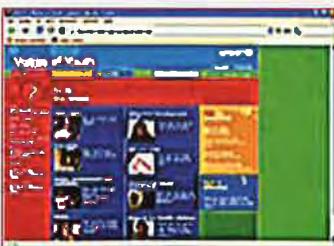
<http://www.astra.org.pl/>



Grupo de trabajo sobre Género

Se trata de una iniciativa del sureste europeo que se creó como el Pacto de Estabilidad para el Trabajo sobre Género (SPGTF) en octubre de 1999. El SPGTF opera bajo los auspicios y con el apoyo de la Organización para la Seguridad y Cooperación en Europa (OSCE). El GTF consiste en diversos puntos gubernamentales y no gubernamentales de cada región y país del sudeste europeo, un Consejo Asesor compuesto por representantes de organizaciones internacionales y ONGs regionales con perspectiva de género y personas representantes expertas en género de diferentes países donantes. Los Puntos Centrales Nacionales del GTF colaboran para reunir a las y los diferentes profesionales que trabajan sobre la igualdad de género y en la formulación de prioridades regionales y nacionales, en la recogida y difusión de la información y en la implantación nacional de Programas Regionales de GTF. Para más información, visite:

<http://www.gtf.hr/aboutus/index.php>



Voces de juventud

Es una página web que pretende conectar con la gente joven de todo el mundo dirigida a asegurar que la juventud de todos los países pueda aprender más, decir más y hacer más en relación al mundo en el que vive. Dos apartados de la página web se centran en el VIH/SIDA y la explotación sexual. Para más información, por favor, visite:

http://www.unicef.org/voy/about/about_255.html

Entre Nous
Revista Europea
de Salud Sexual y Reproductiva

Oficina Regional Europea de la OMS
Programa de Investigación y Salud Reproductiva

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø

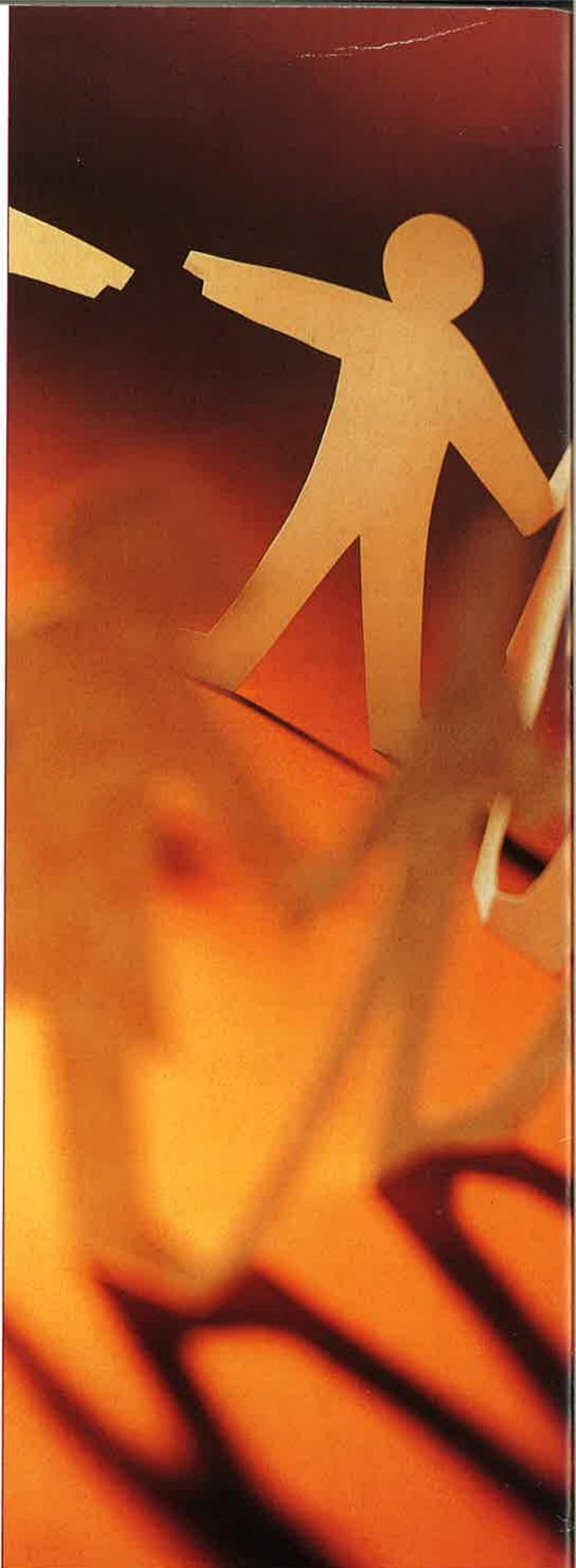
Dinamarca

Tel: (+45) 3917 1602 ó 1451

Fax: (+45) 3917 1850

[entrenous@euro.who.int]

www.euro.who.int/entrenous



Entre Nous