

### PUESTA EN PRÁCTICA DEL CONCEPTO DE SALUD REPRODUCTIVA: PROGRESOS Y FUTUROS RETOS PARA EL FNUAP

#### Participación de los aliados en los programas de salud reproductiva

La Oficina de Supervisión y Evaluación (OSE) realizó en 1998 un examen para determinar el adelanto logrado hasta la fecha en la aplicación del criterio de salud reproductiva que figura en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1994 y proponer modalidades para mejorar la eficacia, eficiencia y orientación estratégica del apoyo del FNUAP a los programas de salud reproductiva. El examen se basa en una muestra de seis países: Burkina Faso, Filipinas, Marruecos, México, Nepal y Uganda, y representa una gama de niveles de desarrollo y de experiencias en la aplicación del Programa de Acción de la CIPD. Se estudiaron seis esferas principales: la político-jurídica; la organización y gestión de las actividades de salud reproductiva; el acceso a los servicios de salud reproductiva y la calidad de éstos; las actividades de información, educación y comunicación (IEC); la integración de las perspectivas socioculturales y de género en todos los componentes de la salud reproductiva; y la contribución del FNUAP a la aplicación del enfoque de salud reproductiva en cada país. Los datos fueron recogidos en los países por equipos integrados por tres consultores internacionales y un consultor nacional, en base a un marco conceptual preparado por la OSE.

Los equipos destacaron los siguientes 12 temas en relación a la ejecución de programas de salud reproductiva a ser tratados por el FNUAP en el futuro: determinación de servicios prioritarios de salud reproductiva; descentralización; sistemas de gestión de los servicios de salud reproductiva; estrategias de información, educación y comunicación (IEC); planteamientos y puesta a prueba de las acciones; financiación y mantenimiento de programas de salud reproductiva; captación de aliados; participación de los hombres en salud reproductiva; adolescentes y jóvenes; capacidad del FNUAP en materia de asistencia técnica; consolidación de la cartera de proyectos del FNUAP; y coordinación de los donantes en cuestiones de salud reproductiva.

En este número de Hallazgos de Evaluación se presenta la participación de aliados en la formulación y realización de programas de salud reproductiva. En posteriores números de Hallazgos de Evaluación se presentarán detalles de otras problemáticas relativas a la puesta en práctica de programas de salud reproductiva.

## La visión de la CIPD

En el Programa de Acción de la CIPD se estipula que todos los Estados han de:

1. Asegurar que la información integral y fáctica y la **gama completa** de servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, sean accesibles, asequibles, aceptables y cómodos para todos los usuarios (por conducto del sistema de atención primaria de la salud, hacia 2015);<sup>1</sup>
2. Propiciar y apoyar **decisiones responsables y voluntarias** acerca de los alumbramientos y los métodos de planificación de la familia que las personas escojan, así como otros métodos que elijan para la regulación de la fecundidad que no infrinjan las leyes, y ofrecer la información, la educación y los medios para hacerlo; y
3. **Atender a las necesidades cambiantes en materia de salud reproductiva durante todo el ciclo vital** y hacerlo de manera que sea respetada la diversidad de circunstancias de las comunidades locales.<sup>2</sup>

### La visión de la CIPD

Un mundo donde antes del año 2015, todos los individuos tengan acceso a servicios integrales de salud reproductiva e información al respecto durante todo el ciclo vital.

## MISION DEL FNUAP

El FNUAP se orienta por los principios del Programa de Acción de la CIPD y los promueve. Es el principal organismo de las Naciones Unidas encargado del seguimiento y la aplicación del Programa de Acción de la CIPD. El principal objetivo del FNUAP, al que dedica unas dos terceras partes de su presupuesto, es contribuir a velar por el acceso universal a los servicios de salud reproductiva de alta calidad, incluidos los de planificación de la familia y salud sexual, para todas las parejas y todos los individuos antes del año 2015.

<sup>1</sup> En el anexo 1 figuran mayores detalles sobre la visión de la CIPD.

<sup>2</sup> Capítulo VII. Derechos reproductivos y salud reproductiva, párrafos 7.5 a 7.11. *Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994.* FNUAP, 1996, págs. 42 a 44.

## PRINCIPALES HALLAZGOS

**La problemática.** El Programa de Acción de la CIPD exhorta a entablar relaciones de colaboración con el sector no gubernamental, al cual define como integrado por las organizaciones no gubernamentales (ONG) locales, nacionales e internacionales y las entidades del sector privado. Esta amplia definición incluye también las comunidades y el sector tradicional<sup>3</sup>. El FNUAP tiene la firme convicción de que es beneficiosa la colaboración con esos aliados para la planificación, realización y evaluación de programas y actividades de salud reproductiva. Ha apoyado decididamente a las ONG nacionales, como medio de ampliar el apoyo a la salud reproductiva, compartir la carga de trabajo y aprovechar las ventajas comparativas que posee cada sector. No obstante, los gobiernos, en su mayoría, han procedido con lentitud a la hora de entablar alianzas, especialmente con el sector privado, pero también con las ONG locales, el sector tradicional y las comunidades.

**Sector de las organizaciones no gubernamentales.** En tres de los seis países examinados, el FNUAP está prestando apoyo a la participación de las ONG en los servicios de salud reproductiva. Típicamente, las ONG que reciben apoyo del FNUAP son pequeñas entidades sin fines de lucro que prestan diversos servicios sociales. Algunas proporcionan directamente servicios de salud reproductiva, otras desarrollan y ponen a prueba modalidades innovadoras para prestar servicios a grupos de difícil acceso. En **Uganda**, el FNUAP tiene una “vertiente de ONG” que capta a un grupo diversificado de copartícipes, entre ellos ONG de mujeres, religiosas y de reinos tribales. La oficina del FNUAP en Uganda ocupa un lugar prominente entre las entidades de todo el mundo que tratan de colaborar con las ONG y contribuir al fomento de su capacidad para participar en diálogos de políticas y en programas, con el propósito de ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva y sexual y a la información al respecto. El FNUAP colabora con varias ONG en **Burkina Faso**, especialmente en cuestiones de desarrollo de la capacidad y capacitación de agentes de salud rurales. En **Filipinas**, el FNUAP también tiene una “vertiente de ONG” que actualmente presta apoyo a 16 ONG, muchas de las cuales están tratando de llegar a grupos como los hombres, los adolescentes y las poblaciones en situación de alto riesgo.

No obstante, la alianza de los gobiernos con las ONG es por lo general limitada. En **Marruecos**, por ejemplo, el Gobierno conduce la mayor parte de los servicios de salud y espera que las ONG se ocupen de la “parte social” de la salud reproductiva. Pero las ONG de Marruecos están ubicadas principalmente en zonas urbanas. No desempeñan un papel prominente en los servicios de salud reproductiva y hay una débil cooperación y coordinación entre ellas y el Gobierno. Aun cuando en **Nepal** y en **Filipinas** ya hay mecanismos de coordinación establecidos, estos no se utilizan en el plano central a fin de promover la participación de otros sectores, grupos y agentes de servicios en el programa de salud reproductiva. Por otra parte, la colaboración es mucho mejor en el plano local. Hasta hace poco, las ONG de **México** han participado muy poco en el programa nacional de salud reproductiva. Sólo unas pocas ONG proporcionan parte de los servicios de salud reproductiva, en su mayoría, de planificación de la familia. Recientemente, los sectores de salud y educación

<sup>3</sup> Programa de Acción de la CIPD, *op. cit.*, capítulo XV. Colaboración con el sector no gubernamental, págs. 107 a 111.

han comenzado a involucrar en actividades de información, educación y comunicación (IEC) a ONG especializadas.

La excepción a la falta de vinculación de los gobiernos con las ONG y las comunidades es el caso de **Uganda**, donde hay una estrecha colaboración entre el Gobierno y las ONG, y el Instituto de Seguridad Social/Solidaridad (IMSS/S) de **México**, que ha establecido fuertes vínculos con las comunidades a cuyo servicio está y con los curanderos tradicionales de dichas comunidades.

Esta falta de interés en el sector de las ONG es lamentable por dos razones. En primer lugar, los gobiernos están desaprovechando valiosos recursos que podrían acelerar y fortalecer la prestación de servicios de salud reproductiva. En segundo lugar, los gobiernos están perdiendo oportunidades de prestar servicios de salud reproductiva a poblaciones especiales y de elaborar y poner a prueba nuevos enfoques de la prestación de servicios de salud reproductiva, algo que las ONG hacen bien.

**Sector privado y comercial.** En esos países, la participación del sector privado es aun menor, aun cuando las oportunidades existen. La participación del sector privado en varios países, como **México** y **Filipinas**, está limitada a servicios de rutina de obstetricia y ginecología y planificación de la familia, ofrecidos por profesionales privados y hospitales. Por ejemplo, no hay representación del sector privado en los órganos de planificación o coordinación de los servicios de salud reproductiva.

En unos pocos países, entre ellos **Uganda** y **Filipinas**, hay algunas actividades de comercialización social, pero éstas se limitan a las zonas urbanas. La mayoría de los países también presentan obstáculos reglamentarios y administrativos a la participación del sector privado. Entre los más comunes figuran las barreras que obstan a la adquisición y distribución de anticonceptivos. Por ejemplo, el Gobierno de **Filipinas** impone el pago de derechos de aduana a los anticonceptivos importados, incluso los que son donados. Otro obstáculo común son las restricciones a los profesionales privados, en especial las parteras. En muchos países, no se permite que las parteras inserten dispositivos intrauterinos (DIU) ni apliquen inyecciones, aun cuando estén bien capacitadas. En general, las autoridades sanitarias no parecen preocuparse por esos obstáculos y es poco lo que hacen para eliminarlos. En general, los gobiernos no comprenden ni aprecian al sector privado y lo que éste puede hacer para reducir el volumen de trabajo y el costo para el gobierno de proporcionar servicios de salud reproductiva.

**Sector tradicional.** Los curanderos y profesionales tradicionales son reconocidos oficialmente en Uganda, México y Filipinas. En **Uganda** la política oficial del Gobierno es involucrarlos en los servicios de salud debido a que están más próximos al pueblo y la gente les consulta con frecuencia. El IMSS/S en **México** ha formulado una notable estrategia para involucrar al sector tradicional en los proyectos que realiza en zonas de poblaciones indígenas. La estrategia abarca la participación en un plano de igualdad de profesionales modernos y tradicionales en todos los aspectos de la atención de la madre. Los centros de salud rurales cuentan con jardines donde se cultivan hierbas tradicionales y con pabellones de baño tradicionales para la limpieza posterior al parto. En el Departamento de Salud de **Filipinas** hay una oficina de

medicina tradicional y se ha entablado una colaboración oficial entre los investigadores de la Administración de Alimentos y Medicamentos y los profesionales tradicionales. La colaboración en el plano local es incluso más intensa dado que muchos agentes de salud de las aldeas (barangay) también son parteras tradicionales. Durante un decenio, **Uganda** ha asignado prioridad a la capacitación de las parteras tradicionales. El FNUAP ha contribuido a la capacitación de más de 5.000 de esas parteras. Empero, los resultados han sido desiguales. Al parecer, los factores clave son la contratación de personal, la supervisión y el transporte de emergencia cuando hay complicaciones obstétricas. Los profesionales tradicionales, tanto hombres como mujeres, necesitan participar en actividades de salud reproductiva, particularmente en zonas rurales y de poblaciones indígenas. Es preciso incorporar en este tipo de alianza la capacitación y el establecimiento de buenas relaciones de trabajo con los profesionales “modernos”.

**Comunidades.** Los informes por países indican que en la mayoría de los programas, la participación de la comunidad es débil o está ausente. Los comités de aldea para la gestión de la salud en **Nepal** deberían participar en cuestiones de salud reproductiva pero, en su mayoría, están inactivos debido a falta de autoridad respecto de los funcionarios de puestos de salud y a la escasa conciencia acerca de la salud reproductiva. Una situación similar es la existente en **Uganda**, donde se han formado comités de gestión de los establecimientos de salud. Los miembros son nuevos y necesitan capacitación e información sobre salud reproductiva. Al parecer, sus funciones se limitan a lograr la recuperación de los gastos y supervisar la construcción y las reparaciones. En **Marruecos**, sólo unas pocas comunidades participan en la fijación de prioridades, la planificación, la realización, la vigilancia y la evaluación de servicios básicos de salud. Aún no se han elaborado instrumentos, estrategias o metodologías para la participación de la comunidad. En **Filipinas**, los proyectos piloto están adoptando medidas para involucrar a las comunidades en el plano del barangay. Hay varios ejemplos de formación de comités locales de salud reproductiva encargados de determinar sus necesidades prioritarias y contribuir a mejorar los puestos de salud. El más notable ejemplo de participación de la comunidad es el de los proyectos del IMSS/S en **México** para poblaciones rurales e indígenas. Lamentablemente, la Secretaría de Servicios de Salud aún no ha aprobado este enfoque.

Como componente de la atención primaria de la salud, los servicios de salud reproductiva deben incluir necesariamente una gran proporción de participación comunitaria. Los grupos de la comunidad pueden desempeñar importantes papeles en cuanto a diagnosticar necesidades, fijar prioridades, seleccionar estrategias eficaces, facilitar la comunicación dentro de la comunidad, resolver problemas logísticos locales y contribuir a promover la aceptación y el uso de los servicios de salud reproductiva. Con frecuencia, las ONG se desempeñan mucho mejor al respecto que las organizaciones públicas. El FNUAP puede alentar a unas y otras a que colaboren entre sí para aumentar la participación de la comunidad en todos los aspectos de la salud reproductiva.

**Alianzas intersectoriales.** También es débil la colaboración entre el sector de salud y otros sectores, como los de asuntos sociales, educación, juventud y deportes, aun cuando la mayoría de los países cuentan con mecanismos oficiales que tienen el propósito de facilitar la colaboración. En los casos típicos, los principales mecanismos de coordinación son conducidos por órganos de población (consejos o comisiones nacionales de población y sus

secretarías técnicas), lo cual tal vez explique por qué razón la salud reproductiva recibe menos atención que la que necesita.

En **México**, por ejemplo, varios organismos que se ocupan de los jóvenes, la educación, la medicina tradicional y las poblaciones indígenas deberían estar colaborando estrechamente con la Secretaría de Servicios de Salud, pero no lo hacen. Dichas organizaciones poseen experiencia y recursos que podrían ser aprovechados para mejorar la ejecución de programas de salud reproductiva. **Nepal** también posee un mecanismo, el Comité Directivo de Salud Reproductiva, integrado por representantes de otros Ministerios técnicos, entre ellos los de Educación, Hacienda y Planificación. No obstante, aparte de las actividades de educación en población, financiadas principalmente por el FNUAP, hay escasa coordinación intersectorial. En **Burkina Faso**, el FNUAP ha colaborado con otros Ministerios, entre ellos los de Agricultura, Educación e Información, pero las actividades se han limitado a la sensibilización y la capacitación de trabajadores rurales.

## RECOMENDACIONES

Debería realizarse lo siguiente:

- ❑ El FNUAP debería colaborar con los gobiernos para incluir a otros sectores en la realización de programas de salud reproductiva, tal vez comenzando con reuniones conjuntas de planificación estratégica y determinación de los aspectos fuertes y las ventajas comparativas existentes en cada sector;
- ❑ Los países y el FNUAP deberían adoptar medidas con los siguientes fines:
  - Involucrar a ONG calificadas en el diseño y la ejecución de estrategias de acción;
  - Entablar relaciones mutuamente productivas con diversos grupos del sector privado (compañías farmacéuticas, encargados de prestar servicios, hospitales, compañías de seguros de salud, sindicatos, ONG poseedoras de licencias para atender partos, curanderos tradicionales) para fomentar el acceso a la salud reproductiva;
  - Eliminar los obstáculos que se oponen a la participación del sector privado;
  - Aumentar la participación de la comunidad en el diseño y la realización de las actividades, especialmente las orientadas a los adolescentes y las mujeres indígenas;
  - Mejorar la colaboración intersectorial en los planos central y local;
- ❑ Los organismos sanitarios encargados de la salud reproductiva (departamentos de salud, Ministerios de Salud) no deberían depender de organismos coordinadores de cuestiones de población, como los consejos de población, para involucrar a otros sectores en la esfera de la salud reproductiva sino que, con la asistencia del FNUAP, deberían asumir esa responsabilidad por sí mismos.

## ANEXO 1: DETALLES DE LA VISIÓN DE LA CIPD

La gama completa de servicios de salud reproductiva abarca:

1. Servicios de **planificación de la familia** y asesoramiento e IEC al respecto;
2. Servicios y IEC para la **atención prenatal**, los **partos sin riesgos** y la **atención postnatal**, especialmente el **amamantamiento** y la atención de la **salud del lactante** y la **mujer**;
3. Prevención y tratamiento apropiado de la **infecundidad**;
4. **Aborto**<sup>4</sup> incluida la prevención del aborto y el tratamiento de las complicaciones causadas por el aborto;
5. Tratamiento de **las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otros trastornos de la salud reproductiva**;
6. Asesoramiento e **IEC**, según resulte apropiado, acerca de la **sexualidad humana, la salud reproductiva y la procreación responsable**.

Esos servicios han de proporcionarse por conducto del sistema de atención primaria de la salud. Por otra parte, también se espera lo siguiente:

7. **Remisiones de clientes a establecimientos más especializados** para completar el diagnóstico y el tratamiento, según lo requerido por los servicios de planificación de la familia (especialmente en servicios clínicos como la esterilización voluntaria y la colocación de implantes), de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, los problemas de infecundidad, las infecciones del aparato reproductor y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

Además, los programas de salud reproductiva y atención primaria de la salud deberían incluir, como componente integral,

8. Desalentar activamente las **prácticas nocivas** tales como la mutilación genital femenina.

La visión de la CIPD también exhorta a:

- **Involucrar a las mujeres** en el liderazgo, la planificación, la adopción de decisiones, la gestión, la puesta en práctica, la organización y la evaluación de los servicios de salud reproductiva;

---

<sup>4</sup> El párrafo 8.25 del Programa de Acción establece, entre otras cosas, “en ningún caso se debe promover el parto como método de planificación de la familia ... en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuada.

- Aumentar la **participación de los hombres** y promover que éstos compartan las responsabilidades en materia de salud reproductiva;
- Promover **relaciones de género** equitativas y basadas en el respeto mutuo;
- **Descentralizar** la gestión de los programas de salud pública, promover la mayor **participación de la comunidad** y de las **organizaciones no gubernamentales (ONG)** y entidades del sector privado; y
- Promover el respeto y la defensa de los **derechos reproductivos**.

Esta publicación de HALLAZGOS de EVALUACION se basa en hallazgos, conclusiones y recomendaciones extraídos de un informe de evaluación titulado Implementing the Reproductive Health Vision: Progress and Future Challenges for UNFPA, publicado por la Oficina de Supervisión y Evaluación.

*Para obtener una copia de este informe sírvase contactar :*

**El Fondo de Población de Naciones Unidas  
Oficina de Supervisión y Evaluación**

Daily News Building  
220 East 42<sup>nd</sup> Street  
New York, NY 10017

Teléfono: (212) 297- 5213  
Facsimile: (212) 297- 4938  
Correo electrónico: [mompoint@unfpa.org](mailto:mompoint@unfpa.org)

O consultar el sitio del FNUAP:  
[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

