

Integración de Servicios: Panorama de los Adelantos en las Políticas

Durante la década de los noventa, la creciente prevalencia del VIH y de las infecciones transmitidas sexualmente (ITS) en los países de bajos ingresos acentuaron la preocupación internacional por la carencia de medios de control. El número de infecciones nuevas del VIH ascendió a cinco millones en el año 2001, de las cuales el 70% se registraron en el África Subsahariana, región donde más del 8% de los adultos están actualmente infectados.¹ El número de nuevas ITS en 1999 ascendió a un total de 340 millones.² Debido a que estas infecciones contribuyen al contagio del VIH,³ muchos de los esfuerzos para prevenir el VIH se centran en manejar las ITS, además de ofrecer educación para la salud y promover el uso del condón.⁴

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, la comunidad internacional asumió un compromiso de suministrar un paquete integral de servicios de salud sexual y reproductiva, incluido el manejo del VIH y las ITS.⁵ Se asignó particular importancia al control de estas infecciones a través de los principales servicios vigentes—los servicios de salud materno-infantil y de planificación familiar que se ofrecían en la mayoría de las instalaciones de atención primaria de la salud en los países en desarrollo.

ANTECEDENTES

Ventajas y desventajas

A primera vista, el control de las ITS (incluido el VIH) y la salud reproductiva de la mujer tienen muchos aspectos en común: ambos originan en la relación sexual y ambos dependen de los servicios de atención primaria de la salud, los cuales son usados, en su mayoría, por clientes mujeres. Dentro de la atención primaria de la salud, los servicios de salud materno-infantil y de planificación familiar están relativamente accesibles en la mayoría de los países de bajos ingresos; por lo tanto, agregar el control de las ITS parece ser razonable desde el punto de vista financiero y logístico.⁶ La integración también saca partido del actual interés general de alentar que haya un enfoque más informado con respecto a las relaciones sexuales y sus posibles consecuencias.⁷ Además, en los países en desarrollo donde es elevada la prevalencia del VIH y de las ITS, la consejería y los servicios en materia de planificación familiar deben ser apropiados para el entorno de enfermedad y para los riesgos de salud sexual conexos.

Los vínculos entre las ITS y la transmisión del VIH fueron confirmados en 1995, cuando un ensayo para tratar las ITS al nivel de atención primaria de la salud, en Mwanza, distrito rural de Tanzania, redujo la incidencia del VIH en

un 40%.⁸ Este ensayo se basó fundamentalmente en el manejo sindrómico de las ITS, un enfoque en el cual se rechaza el diagnóstico etiológico que depende de la confirmación de un laboratorio, y en su lugar se impone el tratamiento para una amplia gama de infecciones comunes que podrían causar un grupo particular de síntomas.⁹ El ensayo resultó particularmente atractivo porque su mensaje era simple, tuvo un gran impacto en la transmisión del VIH y era costo-eficaz.¹⁰ Como resultado, los encargados de formular políticas en la materia se entusiasmaron con la ejecución de programas de manejo de las ITS en los servicios de atención primaria de la salud, y la “integración” se convirtió en el mantra tanto de los gobiernos como de los donantes.¹¹

Sin embargo, casi inmediatamente surgieron posibles desventajas de la integración. En primer lugar, algunos la consideraron menos eficaz que los programas tradicionales verticales establecidos durante la década de los ochenta. Se diseñaron dichos programas para distribuir con eficacia medicamentos y capacitación, y daban alta prioridad a las áreas tales como la planificación familiar o la inmunización.¹² En segundo lugar, surgieron preocupaciones porque se consideraron que el manejo sindrómico incrementaba los costos y conducía al tratamiento excesivo, porque algunos pacientes tratados por una amplia gama de condiciones, en realidad probablemente no tenían todas esas enfermedades.¹³ En tercer lugar, se temieron de que el estigma del VIH y las ITS pudiera despertar problemas entre los proveedores de los servicios de salud y sus clientes. Finalmente, muchos reconocieron que era difícil ejecutar una amplia variedad de actividades nuevas y clínicamente complejas.

Además, revelaron discrepancias significativas, aunque se hayan pasado por alto, entre el ensayo experimental de atención de la salud en Tanzania y el tratamiento que se practicaba en la mayoría de las clínicas de atención primaria en el África Subsahariana. En primer lugar, la prueba incluyó a hombres, para quienes el enfoque sindrómico resulta más eficaz que para las mujeres. Hasta el 75% de las mujeres con ITS no tienen síntomas,¹⁴ de manera que un tratamiento que se basa en el manejo de los síntomas no satisface las necesidades de la mujer. Además, el algoritmo de la descarga vaginal utilizado en la prueba no resultó particularmente sensible o específico para la infección.¹⁵ Segundo, la prueba incluyó un amplio paquete de actividades de prevención del VIH. Además del manejo sindrómico de prevención de las ITS que tenían las usuarias del centro de salud, la prueba incluyó intensos trabajos de información pública comunitaria, de notificación de la pareja, de supervisión médica y del mejoramiento del ámbito lo-

Por Louisiana Lush

Louisiana Lush es catedrática en cuestiones de políticas de salud y población del Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres.

gístico (por ejemplo, distribución de medicamentos y desarrollo de las instalaciones). A la inversa, muchos de los esfuerzos realizados para controlar el VIH y las ITS a través de los servicios de salud materno-infantil y de planificación familiar se centran únicamente en el manejo sindrómico.

Historia y políticas del proceso de la CIPD

La toma de conciencia de estas desventajas llevó a muchos observadores a comentar sobre la brecha entre la retórica y la realidad de la integración, y en particular sobre el contexto mundial político y económico en el que se establecieron estas metas.¹⁶ Durante los años ochenta y noventa, disminuyeron las preocupaciones de los economistas con respecto al crecimiento demográfico, en parte porque había disminuido la fecundidad en numerosos países en desarrollo, y en parte debido al debilitamiento de la evidencia decisiva de que existían consecuencias perjudiciales del crecimiento demográfico. Al mismo tiempo, las activistas que bregan por los derechos de la mujer impulsaron un cambio de la fundamentación conceptual de los programas de planificación familiar, apartándolos del control de la fecundidad hacia un enfoque de ayuda a la mujer para lograr sus metas reproductivas personales en forma segura y eficaz.¹⁷ Las defensoras de los temas de salud para la mujer también destacaron la importancia de la particular vulnerabilidad que tiene la mujer con respecto a las ITS.¹⁸

El intento de equilibrar estas preocupaciones coincidieron con la rápida propagación del VIH, especialmente en el África Subsahariana. Si bien las clientas de los servicios de salud materno-infantil y de planificación familiar rara vez son transmisores básicos del VIH, los gobiernos consideraron más fácil colocar estos servicios para las mujeres en el primer plano, en lugar de crear programas para hombres o mujeres solteras sexualmente activas. Sin embargo, en los programas de salud materno-infantil y de planificación familiar, los nuevos proyectos de acción también se vieron influidos por los principios de atención primaria de la salud—equidad, participación comunitaria, prevención y tecnología apropiada.¹⁹ Estos conceptos vuelven a aparecer en el Programa de Acción de la CIPD.²⁰ En el Capítulo 7 de este documento, los signatarios se comprometen a incluir a la sociedad civil, especialmente los grupos de mujeres, en el diseño de los programas y a centrar la atención en las cuestiones de prevención de las enfermedades del sistema reproductivo. El Capítulo 8 comienza con un análisis del tema de la atención primaria de la salud.

La retórica de políticas refleja un equilibrio cuidadoso entre objetivos valiosos y algunas veces competitivos. En su afán de lograr un consenso, la comunidad internacional no tomó muy en cuenta las restricciones de orden político, financiero y administrativo que enfrentan la ejecución en los países de bajos ingresos. En particular, en tanto que los programas de salud materno-infantil y de planificación familiar constan de medidas simples y costo-eficaces que han sido utilizadas durante muchos años por las mujeres de edad reproductiva, las actividades de control del VIH y de las ITS son delicadas, involucran la partici-

pación de otras poblaciones y su eficacia y costo no han sido confirmados, especialmente para las mujeres.

Problemas de definición de la integración

A pesar de estas limitaciones, muchos países de bajos ingresos se movilizaron para integrar los servicios luego de la celebración de la CIPD, aunque las pautas de integración varían considerablemente.²¹ En primer lugar, la integración varía de acuerdo con el tipo del establecimiento: en los hospitales de distrito, se puede ofrecer los servicios de salud materno-infantil y de planificación familiar en el mismo lugar que el tratamiento y prevención del VIH y las ITS. En los puestos de salud de zonas rurales, por el contrario, dichos servicios integrados pueden no ser viables, aunque se podría incorporar cierto nivel de información, prevención o servicio de referencias del VIH y las ITS a los actuales servicios de atención materno-infantil y de planificación familiar, los cuales con frecuencia se presta un solo proveedor. En forma alternativa, las clínicas para estos dos tipos de servicios pueden funcionar en el mismo lugar a diferentes horas y días, con una variedad de empleados que responden a las necesidades de una diversa clientela, incluidos mujeres, hombres y adolescentes.

En segundo lugar, la integración puede variar de acuerdo con el nivel administrativo, incorporando enfoques horizontales y verticales.²² Por ejemplo, si bien hay un alto nivel de integración a nivel de los expendios de servicios, los programas de atención de la salud materno-infantil y de planificación familiar y los programas de VIH y de las ITS pueden ser administrados en forma independiente, por medio de sistemas verticales a nivel de políticas. Estas oficinas técnicamente especializadas determinan las políticas nacionales y satisfacen las necesidades de los donantes internacionales. A nivel de distrito, los dos programas con frecuencia son manejados mediante sistemas administrativos descentralizados e integrados. Por lo tanto, es importante distinguir entre la integración práctica (es decir, que la meta final sea la oferta de servicios holísticos e integrados al cliente) y la administración de la integración, la cual puede ser deseable aunque es probable que no sea necesaria para asegurar la integración práctica.

Tercero, para que un servicio integrado de VIH e ITS sea apropiado, debe tenerse en cuenta la prevalencia de la enfermedad: en casos de alta prevalencia, el tratamiento masivo puede ser el método más eficaz en función del costo; sin embargo, en situaciones de baja prevalencia, puede ser más apropiado centrar la atención en los grupos de alto riesgo.²³ Pues, las pautas de integración dependen de las situaciones particulares. Una fórmula única no es apropiada para todos los casos.

IMPLEMENTACIÓN DE SERVICIOS INTEGRADOS

Viabilidad a nivel del programa nacional

De igual manera que los programas de nivel internacional, el personal de los programas nacionales incluye a muchas personas con diversos intereses que influyen en la integración de servicios que anteriormente estaban indepen-

dientes. Las organizaciones involucradas en las políticas relacionadas con la salud reproductiva incluyen no solamente los ministerios de salud sino también otros órganos gubernamentales, tales como los ministerios de educación y finanzas, los donantes, las organizaciones no gubernamentales (ONG), los académicos y los defensores de los derechos de la mujer.

En Tailandia, por ejemplo, se incluyeron las ONG, el sector privado y los miembros de la academia en una red formal establecida por el gobierno para ejecutar las recomendaciones de la CIPD.²⁴ En forma similar, en Camboya, las divisiones de salud reproductiva y de VIH/ITS del Ministerio de Salud trabajaron juntos muy estrechamente, así como con una amplia gama de unas ONG, en la formulación de políticas a través de una serie de reuniones técnicas y de grupos de trabajo.²⁵

Sin embargo, hay pruebas recogidas de estudios de casos en el África Subsahariana que revelan un panorama diferente: en general, el ministerio de salud desarrolla políticas de salud reproductiva con una limitada participación externa. Dentro de los ministerios, la amplia gama de administradores que podrían estar interesados en el proceso de integración no están equitativamente representados. Esta falta de consulta en cierta medida es el legado de una selectiva atención primaria de la salud.²⁶ Por ejemplo, en Ghana, Kenya y Zambia, órganos independientes del ministerio de salud son responsables del control de la salud materno-infantil y de las cuestiones del VIH y las ITS, en tanto que las oficinas de población fuera del ministerio supervisan las políticas de planificación familiar. Los programas verticales reducen las oportunidades de los encargados de formular políticas en las diferentes divisiones de intercambiar experiencias. Por el contrario, la competición que se desata al procurar los limitados recursos alienta a los administradores de salud a permanecer especializados y aislados. Además, los trámites burocráticos perjudican la comunicación: por ejemplo, el director de la división de salud materno-infantil con frecuencia tiene un rango superior que la persona que está encargada de la división del control de ITS y enfermedades infecciosas.

En la mayor parte del África, los grupos de mujeres y otras ONG no están bien representadas en las redes de políticas que se dedican a la salud reproductiva.²⁷ Las organizaciones religiosas se encuentran entre las instituciones no gubernamentales más poderosas del África Subsahariana. Debido a que las iglesias con frecuencia se han opuesto al concepto de la salud reproductiva, su participación en la política nacional se ha limitado a resistir ciertos emprendimientos más controvertidos, tales como la educación sexual. Algunas ONG, tales como las asociaciones de planificación familiar o los organismos colaboradores de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID),* integraron sus propias actividades; sin embargo, la relación entre estas ONG y las oficinas del gobierno se basa más en su papel de suplementar los servicios del gobierno que en su participación en los círculos de formulación de políticas.

Los donantes internacionales son un grupo externo que

si influye en las cuestiones de políticas. En Kenya en 1997-1998 y en Zambia en 1997, los donantes contribuyeron con el 74% y el 50%, respectivamente, de los gastos de salud pública,²⁸ y el porcentaje correspondiente a Ghana en 1998 fue del 40%.²⁹ Los donantes que están activos en este área de diseño de políticas son un grupo muy diverso, el cual incluye organismos bilaterales (tales como USAID y el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido), así como organismos multilaterales (tales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas, o FNUAP, y el Banco Mundial). Si bien algunos donantes formulan declaraciones explícitas de apoyo a la integración a nivel internacional, sus proyectos a nivel nacional no reflejan este compromiso. Por ejemplo, en Ghana en 1995, USAID aportó US \$45 millones para planificación familiar y prevención del SIDA. Sin embargo, el proyecto fue diseñado para que funcione en forma independiente de otros programas del Ministerio de Salud y no incluyó los servicios integrados.³⁰ En forma similar, en 1995-2000, el Banco Mundial aportó US \$40 millones al Programa Nacional de Control del SIDA y de las ITS de Kenya, para el manejo de las ITS a través de las clínicas de atención primaria de la salud.

A pesar de las tensiones, el avance hacia la integración es evidente, como lo indica los títulos de las divisiones responsables de las cuestiones de salud reproductiva de los ministerios de salud. En Camboya, por ejemplo, la unidad responsable por la salud materno-infantil ahora se denomina Unidad de Salud Reproductiva.³¹ Las nuevas divisiones han publicado rápidamente una amplia gama de documentos de políticas. En Tailandia, por ejemplo, inmediatamente de haberse establecido el Comité de VIH/SIDA en 1991, surgieron políticas conducentes a integrar los servicios de VIH e ITS a otros servicios de salud materno-infantil, poniendo particular énfasis en las de consejería en materia de VIH y exámenes para detectar el virus.³² En el África Subsahariana, el departamento responsable de la salud reproductiva es generalmente la unidad que anteriormente era responsable de la salud materno-infantil y planificación familiar; la "nueva" unidad cuenta con el apoyo de los departamentos de VIH e ITS para producir los protocolos y las directrices para el manejo clínico de enfermedades.³³ Esta estructura de responsabilidades sugiere que en vez de ser un paradigma radicalmente nuevo, la salud reproductiva generalmente se ve como una extensión de los servicios ya instalados de salud materno-infantil y planificación familiar. Además, las políticas se desarrollan con frecuencia con una modalidad de arriba-abajo, con talleres financiados por los donantes que restringen las actividades de consulta a una limitada elite nacional; aunque algunas veces dicho elite se ve complementado con representantes de los estratos administrativos inferiores, rara vez se les permite comentar sobre la viabilidad de los nuevos programas.

*Estas ONG internacionales recibieron la gran mayoría de sus fondos para las actividades internacionales de la USAID. Dichas ONG incluyen, entre otras, el Population Council, Family Health International y Pathfinder International.

Contexto de la reforma del sector de salud

El desarrollo de las políticas de integración también tuvo lugar en un momento en que los presupuestos del sector de salud declinaban o estaban estancados, y cuando se estaban ejecutando importantes reformas institucionales. Las reformas del sector de salud son muy complejas; las principales áreas que afectan las políticas en materia de salud reproductiva son los cambios en la estructura y el mandato de los programas nacionales de salud, y la devolución de la responsabilidad a los distritos.

Las reformas también abarcaban la integración de todos los sistemas de administración, en la cual se manejaban en forma centralizada los aspectos financieros y logísticos de diferentes programas. Sólo el apoyo técnico se mantenía aparte en las oficinas de especialistas. Para facilitar la formulación de políticas, actualmente los ministerios de salud están utilizando nuevos mecanismos financieros conocidos como “enfoques por todo el sector” (en inglés, “sectorwide approaches”, o SWAps). En lugar de financiar—y controlar—un proyecto específico, los donantes contribuyen al presupuesto general del sector (o “cesta”), lo cual se controla el ministerio de salud.³⁴

La planificación y la ejecución de los servicios de salud bajo el sistema “SWAps” aumenta la independencia del ministerio de salud y reduce la interferencia de los donantes. No obstante, a pesar del apoyo sustancial de los donantes a este nuevo enfoque, algunas áreas de la atención a la salud permanecen fuera del ámbito de los SWAps, incluidos los programas de planificación familiar y, con frecuencia, los del VIH y las ITS. Hay dos razones que explican esto: primero, algunos donantes clave no están dispuestos a aportar asistencia en materia del presupuesto en lugar de en el proyecto mismo. Segundo, algunos donantes están impacientes por priorizar ciertas áreas de atención a la salud (por ejemplo, USAID centra la atención predominantemente en los programas de planificación familiar y en el VIH y las ITS) y prefieren ejercer su influencia a través de procedimientos que puedan controlar más fácilmente. Por lo tanto, a pesar del incremento de los SWAps, algunos donantes continúan financiando proyectos, especialmente en áreas prioritarias tales como la salud reproductiva.

En muchos países, las principales reformas institucionales también se llevaron a cabo en los más bajos niveles administrativos, especialmente a nivel de distrito, donde los administradores debían convertir a sus sistemas administrativos y financieros en mecanismos más eficientes y sostenibles. Cuando los administradores de los programas nacionales de salud reproductiva se dedican a programas separados para mantener el apoyo de los donantes, se crean tensiones entre las metas de un sistema integrado de prestación de servicios descentralizado, con responsabilidad local, y la realidad de los insumos verticales técnicos y financieros para determinadas actividades de salud reproductiva.³⁵ Además, cuando los programas nacionales responden al problema por designar personal en los distritos que se ocupan de los servicios de planificación familiar y del VIH y las ITS, otros funcionarios a nivel de distrito tien-

den a considerar estas áreas como ajenas a su mandato, lo cual incrementa el aislamiento de la salud reproductiva de los sistemas de salud de la corriente principal.

Cuestiones sobre la prestación de servicios

A pesar del rápido desarrollo de las políticas nacionales, se han atrasado los planes para la ejecución de algunos programas nuevos a nivel provincial o de distrito.³⁶ La integración de la prestación de los servicios requiere de lo siguiente: personal adiestrado en el manejo de las ITS, consejería en materia del VIH, y prestación de servicios de salud materno-infantil y de planificación familiar; diseminación de nuevas directrices; preparación de materiales de información y de consejería; abastecimiento completo y regularmente mantenido de medicamentos y suministros; infraestructuras físicas que aseguran la privacidad y la alta calidad de la atención; y mecanismos para referir en casos en que se necesiten exámenes de sangre y otros tratamientos.

Antes de la aplicación de la mayoría de las iniciativas de políticas, una encuesta conducida por Pathfinder en 1995 de organizaciones en 14 países africanos, demostró que cuando existían servicios, éstos estaban concentrados en las zonas urbanas y se basaban generalmente en las clínicas. Algunos programas de planificación familiar ya se encontraban haciendo el tamizaje para las ITS, aunque rara vez lo hacían los programas de salud materno-infantil. No se utilizaban en forma apropiada los algoritmos del manejo sintomático, y aún se preferían los diagnósticos de laboratorio, si bien pocas veces estaban disponibles. Finalmente, la mayoría de los programas no tenían políticas establecidas sobre la protección doble u otros mensajes de promoción del uso del condón.³⁷ Al hacer una comparación entre regiones, un estudio reveló que los países de América Latina en general progresaron más en los trabajos de integración de servicios que los del África Subsahariana, especialmente en materia de consejería y reducción de los riesgos. El Asia, excluyendo Tailandia, presentó el menor número de casos de integración.³⁸

Un desafío clave de la iniciativa de la integración es la falta de un marco legislativo adecuado para asegurar que los servicios sean viables. Por ejemplo, en 1998, las enfermeras en Kenya podían recetar medicamentos legalmente para el tratamiento de las ITS; no obstante, esta información no había sido difundida.³⁹ En Zambia, en 1998, se les permitía a las enfermeras de recetar medicamentos únicamente en casos de la ausencia de un médico.⁴⁰ En muchos lugares, los medicamentos para tratar las ITS aún no constan en las listas de medicamentos esenciales, las cuales tradicionalmente han guiado a las enfermeras en su oferta del tratamiento básico de primer nivel.

La falta de claras directrices técnicas para la capacitación del personal constituye otra limitación. Si bien muchos países han publicado las directrices para el manejo de las ITS, no todas incluyen el manejo sintomático. Además, la difusión de las directrices sobre el manejo sintomático, en general se realiza sólo en las áreas donde existen proyectos

piloto, y la capacitación es desigual. Las instituciones académicas de preparación de enfermeras y parteras también han sido muy lentas en incorporar el manejo sindrómico en sus programas de estudios. Las directrices técnicas para las áreas de manejo integrado del VIH e ITS aparte del manejo sindrómico, están aún menos difundidas. Estas áreas incluyen la promoción del condón, la evaluación de riesgos y la notificación de la pareja.⁴¹

La prestación de servicios integrados también es obstaculizada por problemas tales como los sueldos bajos, la moral pobre y la falta de motivación de los proveedores, así como la falta de infraestructura y equipo adecuado que permitieran una expansión de servicios. Muchos de los proveedores de los servicios de salud reproductiva continúan afiliados a los mismos programas de planificación familiar que tienen dificultades en reformarse a nivel nacional. La integración de los servicios de VIH e ITS con los de salud materno-infantil y de planificación familiar requiere de que estos empleados realicen una gama de actividades completamente nueva, sin que perciban las correspondientes mejoras de sueldos y de condiciones de trabajo.

Costos y eficacia en función del costo

Para la integración es preciso disponer de recursos financieros, técnicos y administrativos. En Tailandia, por ejemplo, cuando los resultados de los proyectos piloto de integración estaban disponibles en 1993, se planeó un cuidadoso programa de expansión con la consiguiente asignación gradual de los recursos apropiados para mejorar los servicios a nivel nacional.⁴² En forma diferente, en el África Subsahariana, la reforma de políticas se llevó a cabo tan rápidamente que no se disponía de los fondos adecuados para ampliar los servicios, mejorar el abastecimiento de productos, capacitar al personal y mejorar la capacidad de administración del personal a nivel de distrito. Además, los sistemas previos que asignaban recursos en forma separada produjeron tanto la duplicación (por ejemplo, en los sistemas de suministro de anticonceptivos y de medicamentos para las ITS) como brechas en la disponibilidad de productos (por ejemplo, se suministraban condones a las clínicas de planificación familiar, pero no a las clínicas de atención a las ITS).

Las limitaciones de recursos suelen estar aún más pronunciadas cuando los donantes insisten en que haya sistemas separados para la ejecución del proyecto y para el monitoreo de los gastos. En Zambia, por ejemplo, los medicamentos y los equipos de exámenes para las ITS adquiridos por los donantes en nombre del gobierno fueron distribuidos directamente al personal de nivel de distrito dedicada a las ITS.⁴³ En Ghana, los medicamentos para las ITS fueron integrados a los suministros generales del Ministerio de Salud, aunque los anticonceptivos fueron comprados por separado por el FNUAP y la USAID y permanecieron fuera del sistema.⁴⁴ En forma similar, los fondos de los donantes para determinadas actividades pueden mover directamente del programa nacional al personal dedicado de los distritos. Por ejemplo, en Kenya, el dinero para

el proyecto de ITS del Banco Mundial trasladó directamente del Programa Nacional para el Control del SIDA y las ETS, a los coordinadores de distrito del SIDA y de las ITS. Los sistemas ineficientes de los gobiernos precisan este traslado vertical de recursos y medicamentos, y también reducen la colaboración entre el personal de los diversos programas.

Debido a que los reformadores se centran en la eficiencia, la sostenibilidad y el costo-eficacia, los administradores de los servicios de salud reproductiva tienen que justificar sus políticas en estos términos. El tratamiento de las ITS es una intervención altamente beneficiosa en función de su costo⁴⁵ y, en general, se asume que la prestación de servicios integrados de VIH e ITS sea más costo-eficaz que los servicios separados, porque la integración reduce el tiempo utilizado por el personal en la duplicación de los exámenes, mientras se mantienen iguales los costos de los medicamentos.⁴⁶ No obstante, estos cálculos pasan por alto el capital que tiene que invertirse para que las clínicas puedan asegurar la privacidad y el fácil traslado de los clientes entre los diferentes servicios.⁴⁷ Si se incluyen los costos de laboratorio, la capacitación adecuada del personal y los suministros de medicamentos, se vuelven escasos rápidamente los limitados recursos de salud. El contexto epidemiológico también puede crear problemas: en Bangladesh, la baja prevalencia de las ITS comprometió la sensibilidad y la especificidad de los algoritmos del manejo sindrómico e incrementó el tratamiento excesivo de los clientes y el gasto exagerado en medicamentos, lo cual conducía a una reducción de la eficacia en función del costo.⁴⁸

EL FUTURO DE LA INTEGRACIÓN

A pesar de las metas ambiciosas y las pruebas cada vez más evidentes de que se requieren de recursos considerables para atender las mínimas necesidades básicas en materia de salud reproductiva, el financiamiento ha fallado y no ha mantenido el ritmo necesario. En 1994, se calculó que se necesitarían aproximadamente US \$17.000 millones anuales para ofrecer los servicios recomendados por la CIPD.⁴⁹ Este total representó el doble de la cantidad gastada en planificación familiar a mediados de los años noventa. Aproximadamente un tercio debía provenir de los donantes y dos tercios de los gobiernos de los países en desarrollo. Desde 1994, ni los gobiernos ni los donantes han cumplido sus compromisos: en efecto, luego de realizar un ajuste por inflación, los desembolsos han caído en algunos países.

La realidad financiera es que se debe priorizar si se van a alcanzar las valiosas metas de salud reproductiva. La integración de los componentes de los servicios es un paso adelante, aunque estos programas requieren de que se realice una cuidadosa evaluación del contexto epidemiológico, la capacidad gerencial, los requisitos de recursos y las restricciones de los proveedores. Si bien es importante para su salud reproductiva ofrecerles el manejo sindrómico a las pocas mujeres que presentan síntomas de ITS, es poco probable que el manejo sindrómico contribuya significativamente al control del VIH. Por otro lado, es crucial que

haya una mayor dedicación al suministro de condones (tanto para controlar la fecundidad como prevenir las infecciones) y a la promoción consistente del mensaje de la protección doble.⁵⁰ Además, reconocer que no solamente las mujeres casadas, sino también los hombres y las personas jóvenes y solteras, necesitan tanto servicios de planificación familiar como de VIH e ITS, permitiría ampliar el acceso a los programas a aquellas personas que tienen más probabilidades de adquirir el VIH y de transmitirlo.

Prevenir la transmisión del VIH continúa ser relativamente económico y eficaz en función del costo en relación con el tratamiento del SIDA, lo cual actualmente recibe tanta atención internacional. Por ejemplo, cerrar la brecha de necesidad de condones en todo el mundo ascendería a un costo aproximado de US \$48 millones, en comparación con los US \$10.000 millones que se haría falta para el tratamiento del SIDA, según las declaraciones de Kofi Annan durante el Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas-VIH/SIDA en junio de 2001.⁵¹ La comunidad que se dedica al tema de la salud reproductiva tiene el deber de contribuir a este esfuerzo y los medios para hacerlo. Para alcanzar estas metas, las lecciones clave señaladas en este artículo son las siguientes: primero, nuevos paradigmas, como son la salud reproductiva o los servicios integrados, surgen de contextos políticos y económicos al nivel internacional; segundo, su aplicación en los programas nacionales puede enfrentar dificultades cuando el contexto sea diferente; y tercero, la ejecución eficaz requiere de la cuidadosa consideración de los intereses y capacidad locales, así como del contexto epidemiológico y del servicio de salud.

REFERENCIAS

1. Joint United Nations Programme on AIDS (UNAIDS), *AIDS Epidemic Update—December 2001*, Ginebra: UNAIDS, 2001.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections: Overview and Estimates*, Ginebra: OMS, 2001.
3. Cohen MS, Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis, *Lancet*, 1998, 351(Suppl. 3):5-7.
4. Grosskurth H et al., Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised control trial, *Lancet*, 1995, 346(8974):530-536; y Dallabetta GA y Diomi MC, Treating sexually transmitted diseases to control HIV transmission, *Current Opinion in Infectious Diseases*, 1997, 10:22-25.
5. Organización de las Naciones Unidas (ONU), *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*, Nueva York: ONU, 1995.
6. Mayhew S, Integrating MCH/FP and STD/HIV services: current debates and future directions, *Health Policy and Planning*, 1996, 11(4): 339-353.
7. Dixon-Mueller R y Wasserheit J, eds., *Reproductive Tract Infections in Women in the Third World*, Nueva York: International Women's Health Coalition, 1991.
8. Cohen MS, 1998, op. cit. (véase referencia 3); y Hayes R, Grosskurth H y ka-Gina G, Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection, respuesta del autor a una carta al editor, *Lancet*, 1995, 346(8983):1159-1160.
9. Grosskurth H et al., 1995, op. cit. (véase referencia 4).
10. Gilson L et al., Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwan-

za Region, Tanzania, *Lancet*, 1997, 350(9094):1805-1809; y Philpott A, Observations of the research policy interface: the Mwanza story, tesis sin publicar, Londres: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999.

11. Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), *Setting the African Agenda: Final Report on a Workshop on Integration of HIV/AIDS with MCH/FP in Nairobi*, Nairobi, Kenya: USAID Regional Office for Eastern and Southern Africa, 1995.
12. Lush L et al., Defining integrated reproductive health: myth and ideology, *Bulletin of the World Health Organisation*, 1999, 77(9):771-777.
13. Dallabetta GA, Gerbase AC y Holmes KK, Problems, solutions and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases, *Sexually Transmitted Infections*, 1998, 74(Suppl. 1):S1-S11; Potts M, ponencia de clausura, Setting the African Agenda: Regional Workshop on Integrating HIV/STI and Family Planning Services, Nairobi, Kenya, septiembre de 1995; y Hawkes S, Why include men? Establishing sexual health clinics for men in rural Bangladesh, *Health Policy and Planning*, 1998, 13(2):121-130.
14. Holmes KK y Ryan CA, STD case management, en: Holmes KK et al., eds., *Sexually Transmitted Diseases*, Londres: McGraw-Hill, 1999; y Gerbase AC, Rowley JT y Mertens TE, Global epidemiology of sexually transmitted disease, *Lancet*, 1998, 351(Suppl. 3):2-4.
15. Dallabetta GA, Gerbase AC y Holmes KK, 1998, op. cit. (véase referencia 13).
16. Lush L et al., 1999, op. cit. (véase referencia 12); Sen G, Women's empowerment and human rights: the challenge to policy, en: Graham-Smith F, ed., *Population—The Complex Reality*, Londres: Royal Society, 1994, págs. 363-372; Hardee K e Yount KM, *From Rhetoric to Reality: Delivering Reproductive Health Promises Through Integrated Services*, Research Triangle Park, NC, EEUU: Family Health International, 1995; Garcia-Moreno C y Turmen T, International perspectives on women's reproductive health, *Science*, 1995, 269(5225):790-792; y Basu AM, ICPD: what about men's rights and women's responsibilities? *Health Transition Review*, 1996, 6(2):225-227.
17. McIntosh CA y Finkle JL, The Cairo conference on population and development: a new paradigm? *Population and Development Review*, 1995, 21(2):223-260.
18. Germain A et al., eds., *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*, Londres: Plenum Press, 1992.
19. Walt G y Vaughan P, Primary health care approach: how did it evolve? *Tropical Doctor*, 1982, 12(4, Pt 1):145-157.
20. Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), *Programme Priorities and Future Directions of UNFPA in the Light of the International Conference on Population and Development (Report of the Executive Director)*, Nueva York: FNUAP, 1995; y Lane SD, From population control to reproductive health: an emerging policy agenda, *Social Science and Medicine*, 1994, 39(9):1303-1314.
21. Bastos dos Santos R, Reproductive tract infections in Mozambique: a case study of integrated services, en: Germain A et al., eds., 1992, op. cit. (véase referencia 18); Finger WR y Barnet B, Regional perspectives, *Network*, 1994, 14(4):22-25; Grosskurth H et al., STD research in Africa [news], *Lancet*, 1993, 342(8884):1415-1416; y Lande R, Sexual and reproductive health: what are the possibilities? *Planned Parenthood Challenges*, 1993, 2:19-21.
22. Potts M, 1995, op. cit. (véase referencia 13); y Pachauri S, Relationship between AIDS and FP programmes: a rationale for developing integrated reproductive health services, *Health Transition Review*, 1994, 4(Suppl.): 321-348.
23. Pachauri S, 1994, op. cit. (véase referencia 22); De Lay P, Adding STD services needs careful evaluation, *Network*, 1994, 14(4):8-10; y Meda N, Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infection among women with genital infections in Burkina Faso, *International Journal of STD & AIDS*, 1995, 6(4):273-277.
24. Tahir S y Auamkul N, *Moving Towards Comprehensive Reproductive Health Services: The Government of Thailand Leads the Way*, Kuala Lumpur, Malasia: International Council on Management of Population Programmes, 1998.

25. Goodburn EA y Long C, Mainstreaming HIV/AIDS/STD services: the reproductive health program in Cambodia, manuscrito sin publicar, Manila, las Filipinas, 1997.
26. Lush L et al., The role of MCH and family planning services in HIV/STD control: is "integration" the answer? *African Journal of Reproductive Health*, 2001, 5(3):29-46.
27. Mutungwa CF y Nkwemu KC, *Barriers and Opportunities for Integration of STD/HIV and MCH/FP Service in Zambia*, Lusaka: Planned Parenthood Association of Zambia, 1998; Njeru E y Njoka J, *Barriers and Opportunities for Integrating HIV/STD and MCH/FP Services in Kenya*, Nairobi: Sociology Department, University of Nairobi, 1998; y Annan J y Dzikunu H, *A Study of Barriers and Opportunities for Integration of Reproductive Health Services in Ghana*, Accra: JSA Consultants, 1998.
28. Mutungwa CF y Nkwemu KC, 1998, op. cit. (véase referencia 27); y Njeru E y Njoka J, 1998, op. cit. (véase referencia 27).
29. Annan J y Dzikunu H, 1998, op. cit. (véase referencia 27).
30. Mayhew SH et al., Implementing the integration of component services for reproductive health, *Studies in Family Planning*, 2000, 31(2): 151-162.
31. Goodburn EA y Long C, 1997, op. cit. (véase referencia 25).
32. Tahir S y Auamkul N, 1998, op. cit. (véase referencia 24).
33. Mutungwa CF y Nkwemu KC, 1998, op. cit. (véase referencia 27); Njeru E y Njoka J, 1998, op. cit. (véase referencia 27); y Annan J y Dzikunu H, 1998, op. cit. (véase referencia 27).
34. Cassels A y Janovsky K, Better health in developing countries: are sector-wide approaches the way of the future? *Lancet*, 1998, 352(9142): 1777-1779.
35. Mayhew SH et al., Donor involvement in reproductive health: saying one thing and doing another? *International Journal of Health Services* (a venir).
36. Mutungwa CF y Nkwemu KC, 1998, op. cit. (véase referencia 27); Njeru E y Njoka J, 1998, op. cit. (véase referencia 27); y Annan J y Dzikunu H, 1998, op. cit. (véase referencia 27).
37. Kisubi W, Inventory of integration activities in Sub-Saharan Africa, ponencia presentada, Setting the African Agenda: Regional Workshop on Integrating HIV/STI and Family Planning Services, Nairobi, Kenya, septiembre de 1995.
38. Dehne K y Snow R, *Integrating STD Management into Family Planning Services: What Are the Benefits?* Heidelberg, Alemania: Department of Tropical Hygiene and Public Health, University of Heidelberg, 1999.
39. Njeru E y Njoka J, 1998, op. cit. (véase referencia 27).
40. Mutungwa CF y Nkwemu KC, 1998, op. cit. (véase referencia 27).
41. Mayhew S et al., 2000, op. cit. (véase referencia 30).
42. Cassels A y Janovsky K, 1998, op. cit. (véase referencia 34).
43. Mutungwa CF y Nkwemu KC, 1998, op. cit. (véase referencia 27); y Njeru E y Njoka J, 1998, op. cit. (véase referencia 27).
44. Annan J y Dzikunu H, 1998, op. cit. (véase referencia 27).
45. Banco Mundial, *World Development Report: Investing in Health*, Oxford, Reino Unido: Oxford University Press, 1993; y Aitken I y Reichenbach L, Reproductive and sexual health services: expanding access and enhancing quality, en: Sen G, Germain A y Chen LC, eds., *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Boston, MA, EEUU: Harvard School of Public Health, 1994.
46. Lule E, Sturgis R y Ladha S, Advantages and disadvantages of integrating STD/HIV services into existing MCH/FP programs in Sub-Saharan Africa, ponencia presentada en la reunión anual de la Population Association of America, Chicago, IL, EEUU, 2-4 de abril, 1998.
47. Ladha S et al., Cost efficiency and program effectiveness associated with providing integrated STD/HIV/MCH/FP services, ponencia presentada en la reunión anual de la American Public Health Association, Nueva York, 17-21 de noviembre, 1996.
48. Hawkes S et al., Reproductive-tract infections in women in low-income, low-prevalence situations: assessment of syndromic management in Matlab, Bangladesh, *Lancet*, 1999, 354(9192):1776-1781.
49. Potts M et al., Paying for reproductive health care: what is needed, and what is available? *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(Suppl.):S10-S16.
50. Shelton JD, Prevention first: a three-pronged strategy to integrate family planning program efforts against HIV and sexually transmitted infections, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(3): 147-152.
51. Shelton JD y Johnston B, Condom gap in Africa: evidence from donor agencies and key informants, *British Medical Journal*, 2001, 323(7305): 139.

Reconocimientos

El trabajo realizado para este artículo fue financiado por el UK Department for International Development, bajo el Knowledge Programme in Reproductive Health Policy and Practice, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres.

Para comunicarse con la autora: louisiana.lush@lshtm.ac.uk