

¿Cuándo Tiene Sentido Considerar La Integración de los Servicios de ITS y VIH Con los Servicios de Planificación Familiar?

Por Karen G. Fleischman Foreit, Karen Hardee y Kokila Agarwal

Karen G. Fleischman Foreit es directora para evaluación, Karen Hardee es directora de investigaciones del POLICY Project y Kokila Agarwal es subdirectora de salud reproductiva del POLICY Project, todos con The Futures Group International, Washington, DC.

La cuestión de si debe o no integrar los programas y servicios verticales de atención primaria (salud materna, supervivencia infantil, planificación familiar, etc.) es de larga data, y los argumentos de ambos lados han sido planteados en forma muy clara. Se argumenta que la integración amplía el acceso y la cobertura de servicios críticos, y mejora su costo-eficacia en reducir la duplicación de las funciones de prestación de servicios y en ofrecer un mayor número de servicios por cada consulta.¹ Muchos países ya han integrado los servicios de planificación familiar a los de salud materno-infantil.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 y el continuo aumento de la epidemia del VIH/SIDA han incrementado el interés en integrar los servicios de planificación familiar con los servicios para el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Sin embargo, a pesar de las numerosas publicaciones y estudios sobre este tema, no hay consenso acerca de qué significa “servicios integrados”, cuáles servicios deberían integrarse, y si la integración de los mismos impediría la continuación de servicios independientes.² Las deliberaciones con frecuencia se refieren a “one-stop shopping” (en un sitio se obtienen todos los servicios), atendido por trabajadores polifacéticos. Un análisis del tema sugiere que la integración de los servicios “podría realizarse mediante la vinculación de varias funciones de suministro en el lugar de la prestación de servicios, y que *requeriría* de la modificación de los papeles que desempeñan los trabajadores, el uso del tiempo y los requisitos de referencia [el énfasis es nuestro]”.³

En este comentario, consideramos como “servicios” una amplia gama de interacciones que ocurren entre el proveedor y el cliente—desde los servicios de consejería y los de comunicación para fomentar el cambio de conductas, hasta la realización de los procedimientos clínicos y la distribución de medicamentos o suministros. Se puede considerar que dos servicios sean integrados cuando se los ofrecen en el mismo lugar durante las mismas horas de atención, y el proveedor alienta activamente a sus clientes a considerar el uso del otro servicio *durante esa visita*. De acuerdo con esta definición, los servicios integrados pueden o no ser ofrecidos en el mismo lugar del establecimiento y pueden o no ser ofrecidos por el mismo proveedor.

Los “programas” y la “prestación del servicio” no son sinónimos. Los programas establecen una amplia gama de objetivos con base en la población general; en cambio, los lugares de prestación de servicios individuales pueden contribuir a algunos pero no a todos estos objetivos. Los pro-

gramas de planificación familiar procuran estimular la demanda de los servicios de planificación familiar; asisten a las personas a satisfacer sus intenciones reproductivas; alientan a los hombres a involucrarse más en las cuestiones de salud reproductiva; ofrecen información adecuada para permitir la elección libre e informada de métodos; y proveen fácil acceso a una diversidad de métodos y servicios anti-conceptivos. De otra manera, los programas de control de las ITS procuran: prevenir las nuevas infecciones en la población en general; tratar a las personas que desarrollan síntomas; mejorar la conducta de las personas con respecto a buscar tratamiento entre aquellos que se han auto-diagnosticado una infección; fortalecer la detección y tratamiento de infecciones asintomáticas; y mejorar la eficacia del manejo y tratamiento de los casos de ITS.

La integración de los servicios de planificación familiar en los de salud materno-infantil, difiere en varias formas con respecto a la integración de los servicios de ITS y VIH en los de planificación familiar. En primer lugar, a diferencia de los servicios de planificación familiar de hace 25 años, muchos sistemas de salud pública actuales han establecido servicios de ITS desde hace mucho tiempo, algunas veces bajo departamentos no relacionados, tales como el de la dermatología. En segundo lugar, los clientes de los servicios ITS con frecuencia se auto-diagnostican y también se auto-medican. Finalmente, en tercer lugar, los proveedores privados y no públicos—especialmente las farmacias—con frecuencia son el primer lugar al que acuden los clientes con una ITS.⁴

Sostenemos que no todos los servicios deben ser integrados en todos los casos, y que algunos servicios que tienen el potencial de ser integrados, algunas veces deben ser ofrecidos también en forma separada. Hay por lo menos tres factores imperiosos que no recomiendan la integración total de los servicios de ITS y VIH en los de planificación familiar.

El primero de ellos es que los clientes de planificación familiar pueden no encontrarse en un nivel desproporcionado de alto riesgo de VIH y otras ITS, y que los grupos que sí se encuentran en alto riesgo (hombres y jóvenes de ambos sexos), pueden no estar dispuestos a procurar servicios en locales destinados a servicios de planificación familiar. Hasta la fecha, no se ha comparado la prevalencia de las ITS y del VIH entre los clientes de planificación familiar con la prevalencia entre la población en general. En la medida en que los servicios de planificación familiar atienden a las mujeres en unión, es poco probable que dichos servicios atraigan a un gran número de adolescentes y otros

CUADRO 1. Requisitos mínimos para la prestación de servicios de planificación familiar, de prevención de ITS y VIH, y de diagnóstico y tratamiento de ITS, por servicio específico, según componente específico de servicio

Componente	Planificación familiar			Prevención de ITS/VIH		Diagnóstico y tratamiento de ITS	
	Consejería y promoción	Métodos de suministro	Métodos clínicos	Promoción	Consejería y exámenes de detección voluntarios	Manejo sintromico	Manejo clínico
Grupo(s) objetivo(s)/ prioritario(s) de clientes	Población general; jóvenes	Mujeres y hombres sexualmente activos; jóvenes	Mujeres en unión; hombres en unión	Población general; jóvenes; principales transmisores	Grupos auto-evaluados de alto riesgo de VIH	Hombres y mujeres con úlceras genitales; hombres con descarga uretral	Mujeres y hombres sexualmente activos; grupos auto-evaluados de alto riesgo
Mínimo de personal capacitado	Distribuidor comunitario	Distribuidor comunitario; inyeccionista	Enfermera; médico	Trabajador comunitario	Consejero capacitado y técnico de laboratorio	Farmacéutico; auxiliar de enfermería	Técnico de laboratorio; enfermera
Registros de los clientes	Opcional	Opcional o historial clínico común	Historial clínico común	Opcional	Confidencial	Historial clínico común	Historial clínico común
Tiempo de contacto con el cliente	Breve	Breve	Varía	Breve	Intensivo	Breve	Varía
Suministros y equipos	Materiales de promoción	Materiales de promoción; artículos; agujas; jeringas y torundas con alcohol	Materiales de promoción; artículos; instrumentos clínicos y de cirugía	Materiales de promoción	Materiales de promoción	Materiales de promoción; medicamentos/ antibióticos	Materiales de promoción; reactivos; exámenes de sangre y otros exámenes; medicamentos/ antibióticos
Instalaciones de laboratorio	Ninguna	Ninguna; eliminación de agujas	Generalmente ninguna; desinfección de instrumentos	Ninguna	Botiquines para exámenes del VIH; eliminación de agujas	Ninguna	Microscopio; eliminación de agujas
Supervisión/seguimiento de clientes	Ninguno	Limitado	Limitado	Ninguno	Varía	Notificación de la pareja	Notificación de la pareja; clientes regresan para obtener resultados de exámenes

Nota: Los métodos de suministro incluyen el condón, la píldora, los microbicidas y las inyecciones; los métodos clínicos incluyen el DIU, el implante y la esterilización.

grupos vulnerables, tales como los transmisores “típicos” o “muy riesgosos” de ITS y VIH. Es común el error de diagnóstico de las ITS cuando la prevalencia es inferior al 20%.⁵ El único estudio comprensivo sobre la prevalencia de las ITS entre las clientas de servicios de planificación familiar y de atención prenatal reveló que la prevalencia es generalmente baja: en 17 estudios realizados en 11 países, publicados entre 1985 y 1998, la prevalencia de infecciones de gonorrea y clamidia era inferior al 10% en 11 estudios, era del 10–20% en cinco estudios, y mayor al 20% solamente en uno.⁶ Ahora que la prevalencia del VIH entre las clientas de atención prenatal supera el 20% en muchos lugares del África, podría ser oportuno recopilar datos sobre otras ITS.

Los hombres son un componente clave de los servicios de las ITS, y sus necesidades en materia de salud reproductiva difieren a las de las mujeres.⁷ Hay un creciente consenso con respecto a que el hombre no se siente atraído a las instalaciones de planificación familiar que prestan servicios a la mujer. Profamilia, en Colombia, triplicó sus casos de vasectomías cuando abrió una nueva puerta de entrada sólo para hombres, y ProPater, una exitosa clínica especializada en vasectomías de São Paulo, Brasil, nunca ha ofrecido servicios a la mujer.⁸ Se ha sugerido que los hombres “pueden sentirse intimidados por la presencia de un

gran número de mujeres en las clínicas de planificación familiar”, y que la privacidad y la confidencialidad les importan más a los hombres que a las mujeres.⁹ Una revisión de las publicaciones dedicadas al tema, llevada a cabo en 1999, reveló que el aumento de cobertura de las ITS se logró a través de la diversificación de programas especiales para los hombres, en vez de a través de la integración de los servicios de ITS en los lugares ya establecidos que ofrecían los métodos de planificación familiar.¹⁰

Los jóvenes, especialmente las mujeres jóvenes, representan un número desproporcionado de las ITS y las nuevas infecciones de VIH. A pesar de que los jóvenes y los adultos necesitan de muchos de los mismos servicios individuales, los jóvenes no casados y sexualmente activos tienden a no usar los servicios existentes de salud reproductiva. Los defensores de los jóvenes exhortan a que se les ofrezcan estos servicios en una atmósfera “amistosa para los jóvenes” y que integren una amplia gama de servicios de salud reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar, así como los de ITS y VIH.¹¹

La segunda consideración importante acerca de las decisiones de integrar o no los servicios es que los requisitos de manejo y prestación de los servicios de planificación familiar no siempre pueden ser operativamente compatibles con los servicios de ITS y VIH. Para evaluar el potencial de

funcionamiento de la integración de los servicios de planificación familiar con los de ITS y VIH, debemos especificar cuáles son los servicios y cuáles son los puntos de suministro de que deseamos considerar. Entre los servicios de planificación familiar que se pueden considerar para su integración, se incluyen los de consejería y promoción y la distribución de métodos clínicos y de suministro.* Entre los servicios potencialmente integrables que están relacionados con la prevención de las ITS y VIH figuran la promoción (comunicación para promover cambios de conductas, doble protección y distribución de condones) y la consejería en materia de VIH y exámenes diagnósticos del VIH voluntarios. Para el tratamiento de las ITS, los servicios integrables incluyen el manejo sindrómico de las ITS para la descarga uretral en los hombres y las úlceras genitales en ambos sexos, y el diagnóstico clínico y el tratamiento de las ITS en mujeres y hombres.

Cada uno de estos servicios tiene requisitos mínimos de prestación que rigen los lugares en los cuales pueden ser ofrecidos en forma segura y eficaz. Por lo tanto, si bien una clínica puede estar en condiciones de ofrecer la amplia gama de métodos anticonceptivos y servicios de consejería, un distribuidor comunitario sólo puede ofrecer consejería general, métodos de barrera y anticonceptivos orales, así como referir a los clientes a otras fuentes que potencialmente ofrecieran más opciones anticonceptivas. En forma similar, una clínica podría ofrecer servicios de exámenes de detección de ITS y el tratamiento apropiado a las mujeres que experimenten descarga vaginal, y el manejo sindrómico para las personas que tengan úlceras genitales y los hombres con descarga uretral. Las farmacias, de otra manera, pueden ofrecer solamente el manejo sindrómico para las úlceras genitales y descarga uretral de los hombres y referir a otras fuentes a las mujeres que tengan descarga vaginal. En el Cuadro 1 (página 37), se resumen los requisitos mínimos de la prestación de servicios que se describen aquí.

El tercer factor imperioso que se opone a la integración total de los servicios es la falta de tecnologías simples y eficaces para diagnosticar y tratar las ITS en mujeres asintomáticas o en mujeres con descarga vaginal. El manejo sindrómico no puede diagnosticar las infecciones asintomáticas y no es suficientemente específico para distinguir entre una descarga vaginal provocada por una ITS y aquella que resulte de otra etiología. Quizá no se justifica el costo de agregar el tamizaje rutinario para las clientas de los servicios de planificación familiar si es muy reducido el número de infecciones así detectadas y tratadas.

Shelton sostiene que la integración de los servicios de planificación familiar en los de las ITS y VIH debería tener alta prioridad para la prevención de la enfermedad, pero la integración no es un modelo viable para la curación: “Desafortunadamente, en este momento, el enfoque primario para la curación de la mujer en el contexto general de planificación familiar y materno-infantil (manejo sin-

drómico) es de difícil ejecución, no tendrá un verdadero impacto sobre la epidemia del VIH y las ITS y, en gran medida, es ineficaz”.¹²

CONCLUSIONES

Las actividades de promoción, ya sea de planificación familiar o de prevención de las ITS y el VIH, son claramente integrables en ambos servicios.¹³ Sin embargo, yendo más allá de la promoción, consideramos que tiene sentido considerar la integración de nuevos servicios con aquellos que ya están establecidos solamente en la medida en que la clientela existente tenga necesidad de recibir dichos servicios nuevos, y en que los requisitos de la prestación de los mismos sean compatibles con aquellos de los servicios que actualmente se prestan.

Con excepción de las infecciones que causan descarga uretral en los hombres y úlceras genitales en ambos sexos, las ITS (incluido el VIH) no pueden ser diagnosticados y tratados fácilmente y a bajo costo. Este hecho es el mayor obstáculo que se presenta a la integración de la planificación familiar con los servicios de ITS y VIH. Con este tema en mente, formulamos las siguientes recomendaciones programáticas:

- Los servicios de planificación familiar cuyos clientes se encuentran en alto riesgo de infección de ITS y VIH, deberían considerar la integración únicamente de los servicios de ITS y VIH cuyos requisitos de prestación puedan ser fácilmente atendidos con la capacidad existente. En las instalaciones clínicas, tales como centros de salud y políclínicas, la integración puede ser lograda mediante la referencia inmediata a otro proveedor en otro lugar dentro de la misma instalación, siempre y cuando no requiera de que el cliente regrese en otra fecha.
- Los servicios de planificación familiar cuyos clientes no se encuentran en alto riesgo o que no pueden acomodar a los requisitos de prestación de los servicios de ITS y VIH dentro de la capacidad existente, deberían establecer relaciones con los servicios apropiados a los cuales se puedan referir sus clientes.
- Centrar la atención exclusivamente en integrar los servicios de ITS y VIH dentro de los servicios de planificación familiar no satisfecerá, por sí mismo, la necesidad de incrementar el acceso y la cobertura de ambos servicios—para los hombres en particular. Por lo tanto, también se debe considerar la integración de los servicios de planificación familiar en los lugares de servicios de ITS y VIH, especialmente las clínicas de ITS, los centros de servicios de consejería y de exámenes de detección voluntarios, y las farmacias.
- Debido a que los jóvenes sexualmente activos pero no casados se encuentran en un nivel de riesgo desproporcionadamente alto, tanto de embarazos no planeados como de contraer las ITS y el VIH, los servicios destinados a los jóvenes ubicados en lugares de alta prevalencia de las ITS, se deberían considerar la oferta de la amplia gama de servicios de salud reproductiva, con el claro entendimiento de que esto produzca un aumento de los costos operativos.

Una nota final—el trabajo actual sobre la integración de

*Los métodos de suministro incluyen el condón, la píldora, los microbicidas y la inyección, en tanto que los métodos clínicos son el DIU, el implante y la esterilización.

los servicios de planificación familiar con los de ITS y VIH se está llevando a cabo a la sombra de las reformas del sector de salud.¹⁴ Iniciada antes de la celebración de la CIPD, la reforma del sector de salud considera a la salud reproductiva como uno de los numerosos programas verticales a ser integrados dentro del sistema general de atención de la salud, con frecuencia a través de paquetes de servicios esenciales. En todas partes del mundo, en países tales como Bangladesh, India, Brasil, México, Senegal, Sudáfrica, Uganda y Zambia, se están preparando e implantando paquetes similares de atención de salud. Pocas son las publicaciones sobre la integración de servicios que colocan a la salud reproductiva dentro del contexto de la reforma del sector de salud. En este momento, se están tomando decisiones sobre los paquetes de servicios esenciales. Para informar los esfuerzos en materia de integración que se realizan en nombre de reformar el sector de salud, es urgente que se forme un consenso acerca de qué tiene sentido en integrar los servicios de planificación familiar con los de ITS y VIH, y bajo cuáles circunstancias debe realizarse dicha integración.

REFERENCIAS

1. Hardee K e Yount KM, *From Rhetoric to Reality: Delivering Reproductive Health Promises Through Integrated Services*, *Women's Studies Program*, Research Triangle Park, NC, EEUU: Family Health International, 1995, No. WP95-01.
2. Dehne K y Snow R, *Integrating STI Management into Family Planning Services: What Are the Benefits*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1999, WHO/RHR/99.10.
3. Hardee K e Yount KM, 1995, op. cit. (véase referencia 1), pág. 10.
4. Mayhew S et al., Pharmacists' role in managing sexually transmitted infections: policy issues and options for Ghana, *Health Policy and Planning*, 2001, 16(2):152-160.

5. Mausner JS y Kramer S, *Mausner & Bahn Epidemiology: An Introductory Text*, Filadelfia, PA, EEUU: W.B. Saunders, 1985.
6. Sloan NL et al., Screening and syndromic approaches to identify gonorrhea and chlamydial infection among women, *Studies in Family Planning*, 2000, 31(1):55-68.
7. Drennan M et al., New perspectives on men's participation, *Population Reports*, 1998, Serie J, No. 46.
8. Vernon R, Investigación operativa sobre la promoción de la vasectomía en tres países de América Latina, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1996, pp. 12-17 & 33.
9. López Suárez GA, Involving men in population activities: services for men through male clinics, International Council on Management of Population Programmes, <www.icomp.org.my/inno4/inno4c4.htm>, accedido en enero de 2002.
10. Dehne K y Snow R, 1999, op. cit. (véase referencia 2); y Dehne KL, Snow R y O'Reilly KR, Integration of prevention and care of sexually transmitted infections with family planning services: what is the evidence for public health benefits? *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78(5):628-639.
11. Senderowitz J, *Making Reproductive Health Services Youth Friendly*, Research, Program and Policy Series, FOCUS on Young Adults Program, Washington, DC: Pathfinder International, 1999.
12. Shelton JD, Prevention first: a three-pronged strategy to integrate family planning program efforts against HIV and sexually transmitted infections, viewpoint, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(3):147-152.
13. Chege J, Askew I y Bannerman A, *An Assessment of the Community-Based Distribution Programmes in Ghana*, Nairobi, Kenya: Population Council/Frontiers, 2000.
14. Merrick T, Delivering reproductive health services in health reform settings: challenges and opportunities, ponencia preparada para Adapt- ing to Change Learning Program on Population, Reproductive Health and Health Sector Reform, Washington, DC: World Bank Institute, 2000, <www.worldbank.org/wbi/reprohealth>, accedido en enero de 2002; y Hardee K y Smith J, *Implementing Reproductive Health Services in an Era of Health Sector Reform*, Occasional Paper, Washington, DC: POLICY Project/Futures Group International, 2000, No. 4.

Para comunicarse con la autora: k.foreit@TFGI.com