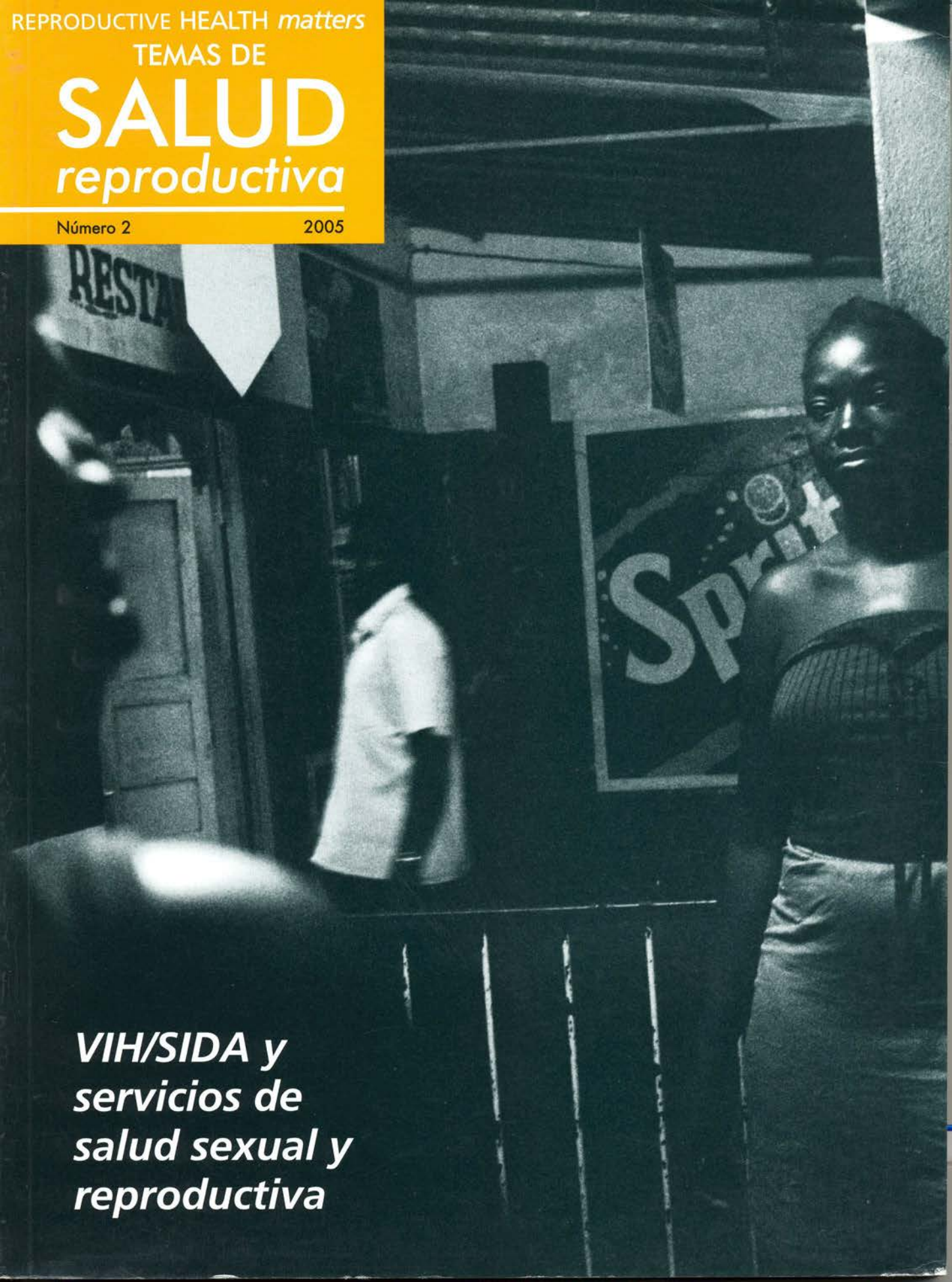
REPRODUCTIVE HEALTH *matters*
TEMAS DE

SALUD *reproductiva*

Número 2 2005



VIH/SIDA y servicios de salud sexual y reproductiva

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*
TEMAS DE
SALUD *reproductiva*
Número 2 2005

Los artículos publicados en este número han sido seleccionados de:
Reproductive Health Matters - RHM
Volume 11, Number 21, May 2003
Volume 12, Number 22, November 2003

© Reproductive Health Matters 2004
Temas de Salud Reproductiva 2004

Edición y traducción:
Sandra Vallenas

Cuidado de edición:
Mariella Sala / Amelia Villanueva

Foto de carátula:
Francesco Zizola / Magnum Photos

RHM es una institución benéfica registrada, cuyo trabajo está auspiciado por donaciones para el año 2003 de las siguientes organizaciones:
Ford Foundation (USA), John D and Catherine T MacArthur Foundation (USA), Netherlands Ministry of Foreign Affairs, Department for International Development (UK) and Rockefeller Foundation (Southeast Asia).

La revista RHM en inglés está indexada en:
Contemporary Women's Issues, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Current Awareness in Biomedicine, Current Contents, Excerpta Medica (EMBASE), Feminist Periodicals, Health Promotion Information, International Bibliography of the Social Sciences, Kinsey Institute for Research in Sex and Reproduction (website only), List of Free Materials in Reproductive Health, Medline/Index Medicus, Ohio Database of Women's Studies, Popline, Public Affairs Information Service (PAIS), PubMed, Research Alert, ScienceDirect, Social & Behavioural Sciences, Social Sciences Citation Index, Sociofile, Sociological Abstract, SOPODA, and Studies on Women Abstracts.

Disponible en material impreso y en la página web de:
Elsevier Women's and Reproductive Health Resources Online en:
www.rhm-elsevier.com

Información sobre las publicaciones de RHM y suscripciones en inglés; órdenes para números anteriores, autores/lineamientos para la admisión de artículos y características se encuentran en la web de RHM:
www.rhmjournal.org.uk

Edición en español: Universidad Peruana Cayetano Heredia
Av. Honorio Delgado 430, Lima 31, Perú
T: (51-1) 319 0041 – F: (51-1) 381 9072
Correo electrónico: mlaulen@upch.edu.pe
Web: www.diassere.org.pe
Depósito legal No. 2004-0393
Lima, agosto 2005
1,000 ejemplares

Oficina Editorial: Reproductive Health Matters
444 Highgate Studios
53-79 Highgate Road
London NW5 1TL, UK
T: +44-20-7267-6567
F: +44-20-7267-2551

Para ser incluido en la lista de envíos o para copias adicionales, contacte con: mlaulen@upch.edu.pe

Contenido

5 **Presentación**

Editorial

6 *Marge Berer* — Integración de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva: Una Prioridad del Sector Salud

Artículos

18 *Marianne Haslegrave, Olufemi Olatunbosun* — Incorporación de la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en el Currículo Médico en Países en Desarrollo

28 *Di McIntyre, Barbara Klugman* — La Cara Humana de la Descentralización e Integración de los Servicios de Salud: Experiencia de Sudáfrica

42 *Angela Heimburger, Claudia Gras, Alessandra Guedes* — Ampliando el Acceso a Anticonceptivos de Emergencia: El Caso de Brasil y Colombia

54 *Ian Askew, Marge Berer* — La Contribución de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva a la Lucha contra el VIH/SIDA: Una Revisión

80 *Daniela Riva Knauth, Regina Maria Barbosa, Kristine Hopkins* — Entre los Deseos Personales y la "Prescripción" Médica: Modalidad de Parto y Esterilización Posparto entre Mujeres con VIH en Brasil

89 *Martha Brady* — Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Embarazo No Deseado, y Protección de la Esterilidad: Las Necesidades de Triple Protección de la Mujeres Jóvenes

98 *Allison Smith-Estelle, Sofia Gruskin* — Vulnerabilidad frente a VIH/ETSs entre Mujeres Rurales de Comunidades Migrantes en Nepal: Un Marco de Salud y Derechos Sexuales

Temas en Políticas Actuales

109 *Asha George* — El Uso de la Rendición de Cuentas para Mejorar la Atención a la Salud Reproductiva

Comentario

121 *Gary W. Dowsett* — Consideraciones sobre la Sexualidad y el Género en el Contexto del SIDA

132 *Lisa Ann Richey* — El VIH/SIDA en la Sombra de las Intervenciones sobre la Salud Reproductiva

139 **Resultados de Investigaciones**

Empleo de la investigación para la promoción y defensa, y para la implementación del cambio de políticas.

La desactivación de los genes que desencadenan el cáncer cervical.

No se halla asociación entre la estimulación ovaria para el tratamiento de la esterilidad y el cáncer del ovario.

No hay un mensaje claro sobre la terapia de reemplazo hormonal.

Los investigadores de los países en desarrollo están muy poco representados en las revistas médicas de mayor prestigio.

Lo que la gente les dice a sus parejas sexuales.

Prospectos de una vacuna para prevenir la malaria en los primeros embarazos.

La incidencia del cáncer de mama varía con el nivel socioeconómico en Dinamarca.

PRESENTACIÓN

La relación entre hombres y mujeres que son portadores del VIH/SIDA viene alterándose progresivamente de una manera que resulta alarmante. Mujeres que no presentan las llamadas conductas de riesgo, adquieren el virus cada vez con más frecuencia, lo que está configurando un panorama crítico de vulnerabilidad social. Este fenómeno, sin duda, está impactando tanto en la procreación y la sexualidad de las personas como en la calidad de vida y el desarrollo humano, aumentando con ello la preocupación de los Estados por detener la expansión del virus.

A nivel global, la principal fuente de contagio es la vía sexual: aproximadamente el 80%. Esto hace aconsejable que los servicios de salud pública incorporen el VIH/SIDA en los programas de prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual, no sólo por ser la vía de contagio más frecuente sino porque las mujeres que padecen determinadas infecciones sexuales, suelen estar más expuestas al contagio del virus que las que no las padecen. La relación entre ambas problemáticas, en consecuencia, debe tenerse en cuenta en el diseño de las políticas de salud sexual y reproductiva.

Adicionalmente, los programas de prevención tanto de las enfermedades de transmisión sexual como del VIH/SIDA pueden contribuir a fortalecer la capacidad de las mujeres que desean una protección frente a embarazos no deseados. El uso de métodos para prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA brinda así a las mujeres una "doble protección": evita el contagio y el embarazo no deseado.

Por otro lado, la implementación de políticas dirigidas a promover la salud sexual y reproductiva, cuyo marco normativo y programático fue desarrollado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo, 1994), debe basarse en los consensos internacionales de derechos humanos en relación a las políticas de salud pública, legislación, construcción de capacidades y promoción de esfuerzos comunitarios en temas de salud sexual y reproductiva.

Para que las políticas sean efectivas se requiere que los operadores de los servicios de salud estén comprometidos y debidamente capacitados. Generalmente los temas de salud sexual y reproductiva están subrepresentados en las currícula de los centros superiores de enseñanza, por lo que se hace necesario adoptar medidas para compensar los vacíos formativos, actualizando conocimientos y modificando los planes de estudio de los centros de enseñanza que incluyan además servicios de consejería, que en el caso de los países de la región andina deben considerar la diversidad cultural.

Estos temas de vital importancia para la salud de mujeres y varones así como de las comunidades y la necesidad de contar con una oferta de servicios públicos de calidad acordes con las necesidades locales, son ampliamente desarrollados en esta edición de *Temas de Salud Reproductiva*. Aborda también el impacto del uso del concepto de género en la descripción de la problemática del VIH/SIDA, poniendo en evidencia que el desigual acceso de hombres y mujeres a los recursos sociales y económicos vulnerabiliza a las mujeres, lo que explica –en parte– la mayor velocidad de contagio del virus del VIH dentro de la población femenina.

Con este número, iniciamos una relación de cooperación entre la Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Revista Reproductive Health Matters. Esperamos que sus contenidos sean útiles para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Lima, agosto de 2005.

Nancy Palomino

Unidad de Sexualidad y Salud Reproductiva
Facultad de Salud Pública y Administración
Universidad Peruana Cayetano Heredia

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*
TEMAS DE
SALUD
reproductiva

EDITORIAL

Integración de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva: Una Prioridad del Sector Salud

Marge Berer
Editora de Reproductive Health Matters

Las propuestas para integrar y ampliar los servicios de salud sexual y reproductiva fueron inicialmente planteadas hace alrededor de 20 años por las promotoras y defensoras de los servicios de salud para las mujeres y, en la pasada década, han sido admitidas como parte del pensamiento hegemónico por muchos gobiernos y otros grupos de interés.

¿Por qué integración?

El diccionario define "integración" como inclusión, incorporación o coordinación, ya sea totalmente o sobre una base de igualdad. El verbo "integrar" significa formar, coordinar o mezclar en un todo unificado o en funcionamiento; unir una cosa con otra, incorporar algo en una unidad más grande; o poner término a la segregación de algo[1]. Todas estas son descripciones de lo que significa hablar de la integración de los servicios de salud sexual o reproductiva en los servicios nacionales de salud.

El debate sobre si los servicios de salud sexual o reproductiva deben estar integrados o, por el contrario, deben ser programas verticales, puede darse desde una variedad de puntos de vista, como se observa en una extensa literatura académica. Este número de la revista no se ocupa de este debate, sino que toma un punto de vista práctico.

Desde los sistemas de salud, una definición simplificada, de integración de la atención de salud sexual y reproductiva en los servicios de salud pública refiere a que el control de la administración, del presupuesto, del financiamiento y de la provisión de servicios está situado dentro del Ministerio de Salud y sus niveles descentralizados constitutivos, en vez de estarlo en direcciones separadas, con administración y financiamiento separados, tal como solía ser con la planificación familiar. Hoy en día, en los países en desarrollo, esto significa competir por recursos, personal, capacitación y financiamiento dentro del presupuesto nacional de salud, en lugar de operar con financiamiento separado, específicamente destinado al programa en particular. A nivel de los servicios, la integración significa entregar más que solamente atención materno-infantil básica y planificación familiar.[(*)]

Actualmente, los sectores de salud de la mayoría de países en desarrollo están en transición; al mismo tiempo que tratan de implementar reformas del sector salud, están saliendo de programas de salud materno-infantil/planificación familiar del nivel primario a programas que ofrezcan una gama más amplia de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, que traten la epidemia del SIDA y otras enfermedades tropicales destacadas así como, en algunos casos, las hambrunas y los estragos de las guerras. Dadas las dimensiones del cambio que se piensa debe darse y las limitaciones en cuanto a los recursos, éstas son tareas difíciles y complicadas.

Integración de los servicios

Uno de los argumentos principales que sustentan la integración de más servicios de salud sexual y reproductiva es que ella mejorará la salud de las

(*) Los servicios adicionales incluyen a aquéllos para las enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, infertilidad, aborto, cáncer del tracto reproductivo, atención obstétrica básica, problemas de menopausia tales como histerectomía y prolapso uterino y desórdenes menstruales.

mujeres al alentar el mayor uso de estos servicios[2]. Ésta es la razón por la que los servicios de planificación familiar y los servicios de atención materno-infantil (SMI) fueron y aún son considerados sumamente apropiados para que se integren entre sí: las mismas mujeres necesitan de ambos en diferentes momentos de sus vidas reproductivas.[*]

Pinotti, et al, han descrito recientemente la atención integrada y completa en cada consulta en el Brasil. Para determinar los servicios a ofrecer escogieron datos sobre todos los problemas de salud de las mujeres que asistían a su clínica de base hospitalaria. A diferencia de la práctica usual de limitar la atención a aquella queja que lleva a una paciente a buscar atención, en primer lugar, les hicieron a todas las mujeres un despistaje del conjunto de problemas que identificaron y les dieron tratamiento a todos los problemas encontrados[4].

La decisión de cuándo, cómo y a quién ofrecer servicios específicos como parte de un paquete integral debe estar basada en los datos epidemiológicos, en la necesidad identificada de prevención y tratamiento[5] y en el establecimiento de prioridades en línea con el nivel de recursos[6]. Schierhout y Fonn encontraron que la integración de servicios parecía dar mejores resultados cuando la población-meta para los diferentes servicios era la misma[2]. De otro lado, si parte del objetivo de la atención integrada es ampliar la población base cuyas necesidades de salud sexual y reproductiva están siendo atendidas, entonces los servicios necesarios para los diferentes subgrupos poblacionales también deberían estar integrados y dirigidos apropiadamente.

La integración de servicios de salud sexual y reproductiva no puede llevarse a cabo sólo a nivel de la atención primaria, sino que se la requiere a través de los tres niveles de atención[7]. En un folleto de 1995 de orientación al Programa Integrado de Salud Reproductiva e Infantil del gobierno de la India, Saroj Pachauri esbozó un marco que consistía de dos paquetes de servicios –un paquete de servicios esenciales como punto de partida y un paquete más comprehensivo como meta a largo plazo–. Cada uno está dividido no sólo de acuerdo al tipo de servicio o intervención, sino también de acuerdo al nivel –primario, secundario o terciario– o combinación de niveles en que sería mejor proporcionarlo[8]. Por lo tanto, los servicios deben ser coordinados con el fin de abordar la gama de necesidades de salud de una manera eficiente y efectiva y de modo que sea aceptable y accesible para los pacientes.

Las habilidades en la provisión de servicios de planificación familiar y de atención prenatal y del parto son tan necesarias para los trabajadores de salud del nivel primario, así como lo son para los niveles secundario y terciario las habilidades para realizar esterilizaciones, histerectomías, cirugía ginecológica, atención obstétrica de emergencia y tratamiento de cáncer de mama y cervical. En este sentido, debe desecharse la idea del trabajador de salud multipropósito que carga el peso de más y más tipos de servicios. Más bien, probablemente se requiera una amplia base de atención de las necesidades de salud sexual y reproductiva, y combinar ésta con alguna forma de especialización para los tres niveles de atención, empezando con la educación médica.

Integración de políticas y programas

Un servicio integrado de salud es aquél que trabaja en tandem, hacia metas de salud acordadas, perspectiva que comparten los promotores y defensores de las reformas del sector salud, de abordajes amplios del sector y de la salud sexual y reproductiva. Estas metas se reflejan en la estructuración de los ministerios de salud a nivel nacional, regional y distrital; en la manera de compartir las responsabilidades con respecto a los diferentes aspectos de la provisión de atención en salud, y en las relaciones que establecen en lo administrativo y para la toma de decisiones. Resulta claro tanto que ciertos programas, servicios o responsabilidades técnicas están aisladas como la manera en que podrían estar mejor integrados. Si los organigramas se centraran en los servicios de salud sexual y reproductiva y cubrieran niveles regionales y distritales y también la provisión del

[*] Por ejemplo, un estudio en Marruecos, en 1995, encontró que: 1) "el uso de servicios (SMI) causa un incremento en el uso de anticonceptivos, 2) el contacto con los proveedores de servicios de anticoncepción lleva al uso de servicios SMI; y, 3) las mujeres que usan los servicios SMI están predispuestas a aceptar los servicios de PF".

sector privado, crearían un panorama amplio de lo que existe. Esto permitiría un análisis de dónde y cómo hacer añadidos, mejoras y ajustes.

En un estudio de políticas actuales en Tanzania, relacionadas a la salud de los adolescentes[(*)], quedó demostrada la necesidad de integración de políticas así como de programas. Surgieron excelentes metas programáticas de preparación para la paternidad responsable; postergación de la edad del matrimonio y de la reproducción; expansión de la educación; reducción de la migración rural-urbana; educación sobre el uso del condón, temas sobre la sexualidad y la salud reproductiva en colegios e instituciones de capacitación; e información, educación y consejería sobre planificación familiar y entrega de métodos apropiados. Sin embargo, algunas políticas no decían nada específico sobre los adolescentes o sus necesidades, incluso allí donde hubiera sido apropiado, otras fueron inconsistentes.

La política sobre pagos de honorarios por prestación de servicios de salud no exoneró a los adolescentes de los cobros, en tanto que otra demandó servicios gratuitos para los adolescentes. Una de ellas reconoció a los jóvenes como una fuerza laboral potencial pero mayormente desempleada, mientras que otra demandó el cese de la explotación del trabajo juvenil.

La educación en salud sexual en los colegios fue propuesta por una de las políticas, pero los jóvenes que estaban fuera de la escuela no fueron mencionados. En muchos casos no se tomó en cuenta ni las estrategias operativas ni las de implementación, ni la capacitación para los proveedores y, de hecho, algunas veces, los programas no estaban en funcionamiento debido a restricciones del financiamiento y otras. Incluso la edad del matrimonio para las jóvenes, elevada en 1971, aún sigue siendo ampliamente desatendida[9]. Un análisis como éste ayuda a desarrollar metas integradas y a delinear políticas. Al final, sin embargo, el siguiente paso es llevar las políticas a la práctica.

(*) Incluyó la Política Nacional de Salud de 1990, la Política Nacional de Población de 1992, la Política de Reforma Sectorial de Salud de 1994, Guías y estándares de la Política Nacional de Servicios de Planificación Familiar para la entrega de servicios y para la capacitación en planificación familiar de 1994, la Política Nacional de Desarrollo de la Juventud de 1995, la Política de Desarrollo Comunitario de 1996, la Política Nacional sobre el VIH/SIDA y ETSs (sin fecha), y la Estrategia de salud reproductiva y sobrevivencia infantil[9].

La integración desde la perspectiva de los sistemas de salud

Muchos servicios de atención primaria de salud en los países en desarrollo son, en efecto, servicios de salud sexual y reproductiva. Schierhout y Fonn encontraron que la integración de los servicios de atención primaria de salud era entendida como la cercanía en la ubicación física de diferentes tipos de servicio y de proveedores de servicios; o cuando el proveedor de uno o más tipos de servicios en el nivel primario también empezaba a ofrecer otros servicios. La mayoría de estrategias para integrar la entrega de servicios del nivel primario en los 23 estudios que revisaron se basaba en la capacitación de los proveedores del primer nivel para:

- el establecimiento de nexos de derivación entre los proveedores de servicios existentes;
- la provisión conjunta de dos o más servicios que anteriormente se ofrecían por separado;
- la adición de servicios nuevos o mejorados a un servicio existente del primer nivel, y
- la integración de la atención primaria de salud a las actividades comunitarias, familiares o de desarrollo[2].

También hallaron que una razón importante del fracaso de la integración fue, algunas veces, la falta de un enfoque de sistemas de salud. A través del lente de la reforma del sector salud, resulta claro que la integración debe involucrar mucho más que el contenido de las políticas y del tipo de servicio entregado. De acuerdo a un informe de un Grupo de Estudio de la OMS en 1996, la integración de los servicios de atención primaria de salud ha estado históricamente vinculada al desarrollo de servicios de salud distritales e implica:

- clínicas multipropósito;
- personal multifunciones;
- programas con objetivos múltiples;

- superposición de niveles primario, secundario y terciario;
- inclusión de otros sectores;
- presupuesto que refleje todo esto;
- sistemas de información que rastreen los insumos, los servicios entregados y el estado de la salud;
- cursos de capacitación general en vez de especializados;
- visitas de supervisión que aborden todos los aspectos del servicio;
- mecanismos para reunir a los diferentes proveedores de atención de salud (por ejemplo en los comités de salud);
- una relación estrecha entre centros de salud y el hospital distrital; y
- esfuerzos conjuntos a través de sectores[10].

Tradicionalmente, el campo de la salud sexual y reproductiva ha dejado a cualquier otra instancia la determinación de si cada uno de estos aspectos de la integración es asumido y de qué manera, así como sobre las diversas transformaciones posibles en la administración, el presupuesto y el financiamiento. Sin embargo, la privatización de los servicios de salud avanza rápidamente y las reformas del sector salud finalmente han incidido en la conciencia en este campo, y no en menor medida por los efectos de las reformas del sector, tales como la descentralización, en los servicios existentes. Más aún, los cambios en el financiamiento de la atención de salud, incluyendo el abordaje al sector en su conjunto –en sí mismo, una forma de integración del financiamiento del sector salud– han desatado campanazos de alerta para algunos en este campo. Ahora que la salud sexual y reproductiva ha sido asumida por los ministerios de salud, ya no existe la certeza de que los servicios que los involucrados en el campo consideran básicos, incluyendo la planificación familiar, continuarán teniendo prioridad o el financiamiento suficiente.

Tampoco resulta claro que quienes toman tales decisiones sean conscientes de por qué tal prioridad debe ser otorgada. De hecho, en muchos casos, nuestro trabajo dentro del sistema de salud en los países recién ha comenzado.

Algo de historia: la integración de la SMI y la planificación familiar

Entre los servicios que previamente se consideró apropiados para su entrega en el nivel primario, estaban los de atención a la salud materno-infantil (SMI). Como acrónimo, el servicio de SMI se trata casi como un solo servicio aunque, en sí mismo es una forma de atención integrada. En realidad, nunca podría tomarse como dada una igual atención a sus partes constituyentes. La pregunta frecuente "¿Dónde está la M en SMI?"[11] revela el hecho de que, en muchos países, no siempre ha sido suficiente el grado de atención a la mujer embarazada, en el parto y en el posparto. Los esfuerzos para integrar la planificación familiar a la SMI empezaron, ya, a mediados de los años 70. Sin embargo, la planificación familiar, así como la salud infantil, frecuentemente han recibido más atención que la salud materna, lo que se refleja en la continua mejora de las tasas de prevalencia de uso anticonceptivo y en la disminución de la mortalidad infantil, mientras que la mortalidad y morbilidad materna siguen siendo altas. En algunos países, aunque la mortalidad materna ha caído debido al incremento del uso anticonceptivo, las muertes por complicaciones de embarazos deseados y abortos inseguros se han mantenido altas.

Pese a que la atención prenatal básica puede integrarse bien en la atención primaria de salud, la atención prenatal por sí sola no es suficiente para afrontar los riesgos mortales que el embarazo y el parto conllevan. Se ha perdido varias décadas dando entrenamiento mínimo a parteras tradicionales (PTs) sin vincularlas al sistema de salud para hacer las referencias, siendo el caso de que hace décadas que las PTs debieron ser reemplazadas por obstetrices o matronas capacitadas. Sólo una visita prenatal en etapas tardías del embarazo, que todavía sigue siendo la norma en muchos países, hace que sea difícil de lograr el control de la sífilis, la presión sanguínea alta, las complicaciones del embarazo relacionadas con la anemia y la malaria, exámenes del despistaje y tratamiento de las ETR y ETS, y las pruebas tempranas y consejería del VIH, ni se diga de la prevención de la transmisión madre-hijo del VIH. Sin embargo, es así como debería lucir un servicio integrado de atención prenatal de nivel primario hoy en día.

La atención prenatal de rutina puede ser manejada de manera segura en el nivel primario, y proporcionada en días establecidos, lo que no es posible en los partos y en el tratamiento de complicaciones. Los planificadores necesitan asumir el hecho de que los servicios de emergencia obstétrica no pueden ser pre-programados, y garantizar que los partos sean atendidos y las derivaciones por complicaciones realizadas las 24 horas del día. Más aún, estos costos deben estar integrados en el paquete de atención de maternidad, que con frecuencia no es el caso.

A pesar de sus méritos, en los países en desarrollo, allá por los años 80, la integración de los servicios SMI+PF empezó a tener una mala reputación entre los proveedores de nivel primario, porque se esperaba que el mismo número de trabajadores de salud, en los mismos establecimientos, ofrecieran el doble de servicios con escaso o ningún incremento en recursos o capacitación. Aunque las clínicas y el personal se tornaron "multipropósito" en una variedad de formas, aún se necesitaba más personal, espacio, bienes y recursos, así como entrenamiento y desarrollo de habilidades adicionales para los trabajadores y administradores de salud. En ausencia de lo anterior, los servicios añadidos sólo estiran más un sistema de por sí ya tenso[12]. En efecto, dondequiera que los servicios SMI–PF no han podido satisfacer las necesidades de las mujeres y donde la baja calidad de la atención disuade a las mujeres de acudir a ella, los resultados en salud reproductiva no han mejorado. En otras palabras, la salud reproductiva barata no funciona.

"El concepto de que la integración bajará los costos es, en sí mismo, una falacia... [aunque] 'el bajo costo', puede obtenerse incrementando apenas los denominadores. Servir a grandes segmentos de la población es oneroso, y las medicinas y la capacitación pueden ser prohibitivas"[13].

Ahora que los fondos destinados a los servicios de planificación familiar ya no están creciendo para satisfacer la demanda que sigue incrementándose, debido a los topes de financiamiento y al desvío de fondos hacia otros destinos, algunos expertos están diciendo que hubiera sido mejor que la planificación familiar habría corrido mejor suerte si no hubiera sido integrada y se hubiera mantenido, más bien, como un programa vertical (George Zeidenstein, comunicación personal, noviembre 2002). Resulta difícil saber si esto es verdad o no, especialmente dada la lista creciente de problemas prioritarios de salud y las demandas por financiamiento. No obstante, si las restricciones en el financiamiento hacen de la planificación familiar otro servicio de salud barato para las mujeres, como la salud materna lo ha sido siempre, ciertamente la planificación familiar no continuará siendo el éxito que es hoy en día.

La influencia del VIH/SIDA en la provisión integrada de servicios

La rápida diseminación del VIH y del SIDA desde mediados de los años 80, resaltó también la existencia de altas tasas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) no tratadas y que son también un factor que contribuye a aquellos. Existen, de hecho, dos epidemias interconectadas entre sí, pero que están lejos de ser idénticas, y las políticas de cómo y cuándo integrar su atención requiere de un mejor análisis y mayor amplitud de visión. A nivel de la atención primaria de salud se propuso añadir actividades de prevención de ETS/VIH a los servicios de SMI-PF, y se ha publicado una cantidad de documentos en los últimos dos años que analizan en profundidad las ventajas y desventajas de esta forma de integración[5,12,14–18]. A pesar de que la integración de la prevención de las ETS con SMI-PF podría ser muy lógica y valiosa, particularmente para reducir el número de mujeres con ETS no tratadas que las presentan por tener problemas de fertilidad, dicha integración está lejos de ser una respuesta suficiente.

En primer lugar, la prevención del ETS/VIH en SMI-PF llegará únicamente a un grupo de mujeres, y puede consistir solamente en la evaluación del riesgo, la educación para la evaluación del riesgo y la promoción del condón. Lo que eventualmente llevará a la reducción de la prevalencia de la infección por VIH, como se piensa que ocurrió en Uganda, será la propagación de muertes por el SIDA no tratado, el liderazgo político en la movilización de la acción y de la educación, y la práctica del sexo

seguro. Pero también es crucial el despistaje y tratamiento de las ETS para bajar la incidencia de infecciones tanto de las ETS como del VIH[19]. Sin embargo, en muchos lugares la población de mujeres que requiere tratamiento de ETS puede ser diferente de la población tradicionalmente atendida en SMI-PF. Tal como se sostuvo anteriormente, éste no es un argumento contra esta forma de integración, *per se*, aunque otros sugieren que podría serlo[15], siempre que esté bien establecido el objetivo, en cuanto a las subpoblaciones de mujeres a las que se debe llegar. No obstante, el control de las ETS no estaría suficientemente cubierto en los SMI-PF. Por el contrario, el despistaje y tratamiento de ETS también deberían ser proporcionados en los servicios que abordan la salud sexual de los hombres, en los servicios usados por trabajadoras sexuales y sus clientes, y en los servicios que tienen como objetivo a los adolescentes y a cualquier otra población vulnerable en alto riesgo de ETS.

Segundo, en lo que respecta al abastecimiento de condones, vale la pena señalar que un estudio reciente estimó que la necesidad no satisfecha de condones en África era de 1.9 mil millones de condones al año, en tanto que otro alcanzó la cifra de 13 mil millones al año[20]. Para satisfacer esta necesidad, una vez que se haya resuelto el incremento de la capacidad manufacturera, la promoción del condón entre hombres y mujeres debería integrarse a todos los servicios de salud sexual y reproductiva, usando múltiples estrategias. Una idea excelente es el abastecimiento de condones a mujeres que acuden a los servicios de SMI y de planificación familiar, tanto con miras a la planificación familiar como a la prevención de ETS, y debería estar en práctica hace años; pero, una vez más, es sólo una de las diversas maneras en que se debería llevar a cabo la promoción del condón.

Se ha hecho más difícil la coordinación de múltiples estrategias de promoción del condón en muchos países porque existen fondos separados para los condones destinados para uso anticonceptivo, los cuales son distribuidos por servicios de planificación familiar, y los condones destinados a prevenir la transmisión de las ETS y del VIH, los cuales son distribuidos a través de los servicios de ETS (en su mayoría usados por trabajadoras sexuales y por hombres), de los servicios de consejería y pruebas de VIH y de las campañas de mercadeo social de los condones. Con esta división, la promoción del condón tiene actualmente como objetivo, por un lado, a las parejas casadas, como anticonceptivo, y, por otro, a grupos tales como camioneros, trabajadoras sexuales y sus clientes, para la profilaxis de ETS/VIH. ¿Por qué resulta esto problemático? Los profesionales de planificación familiar consideran que los condones son menos efectivos que otros anticonceptivos por lo que ya no suelen promoverlos como una primera opción. Sin embargo, los condones están reconocidos universalmente como el método más efectivo para prevenir la transmisión sexual de infecciones. Esto conduce a mensajes contradictorios y confusos desde el punto de vista de los usuarios potenciales. No es sorprendente que el concepto de la "doble protección" –a diferencia del de "sexo seguro"– continúe siendo menos conocido y poco promovido. Sin embargo, el matrimonio no es un profiláctico natural contra las ETS/VIH, y muchas mujeres que comercializan el sexo necesitan anticonceptivos. Además, la doble protección contra embarazos no deseados e infecciones es apropiada para adolescentes que tienen más de una pareja[21]. No todos aquéllos para quienes el condón es apropiado necesitan de doble protección, incluyendo a muchos adolescentes; pero allí donde es necesario, también tiene sentido contar con el financiamiento integrado para la distribución, la provisión y la promoción del condón.

Tercero, lo que funciona para las mujeres no funcionará para los hombres. Los hombres que necesitan atención en ETS no están dispuestos a acudir a las clínicas de SMI-PF, cuyo personal y usuarios son mayoritariamente mujeres, especialmente mujeres embarazadas y mujeres con bebés lactantes. Los hombres deben ser tomados en cuenta por derecho propio no sólo para la atención de ETS sino también para la promoción del condón, la información sobre planificación familiar y el tratamiento contra la infertilidad, con servicios proporcionados en momentos y en establecimientos a donde ellos acudirán; por ejemplo, en consultorios separados (en otra habitación, del otro lado del corredor, en el siguiente piso, en la calle del frente), en días/horas diferentes y por distinto personal[22]. De ninguna manera está todo esto fuera de la noción de un

abordaje integrado, pero requiere de un personal y de una programación que, explícitamente, tomen en cuenta los temas de género.

De manera similar, ha demostrado ser más efectivo para los hombres que para las mujeres el manejo del síndrome de las ETS, porque la mayoría de las mujeres son asintomáticas[6]. Por tanto, se necesita desarrollar diferentes protocolos de tratamiento de las ETS para hombres y para mujeres, basados en los datos de prevalencia en el área de influencia en cuestión[16]. La disponibilidad de medicinas e instalaciones de laboratorio también son cruciales, como lo son los otros pilares centrales de la entrega exitosa de servicios de ETS –notificación a la pareja y tratamiento y promoción del condón–[17,18].

Cuarto, aunque no todas las infecciones del tracto reproductivo en las mujeres son transmitidas sexualmente, con frecuencia, la necesidad de atención de las ITR que no son sexualmente transmitidas es dejada de lado. Sin embargo, ésta es una distinción crucial, ya que la población de mujeres que necesita tratamiento por ITRs endógenas e iatrogénicas puede ser diferente de (coincidir parcialmente con) la población que necesita tratamiento por ETS.[*]

Quinto, la necesidad de atención para el VIH/SIDA no debe apretarse dentro de o añadirse a la necesidad de atención de las ETS, ya que la epidemia del VIH/SIDA plantea necesidades sumamente específicas. No hay cura para la infección del VIH, pero sí existe tratamiento antrirretroviral como tratamiento para infecciones oportunistas. Se necesita servicios especializados para el VIH/SIDA, especialmente donde hay tratamientos antirretrovirales disponibles, y pocos cuestionarían su necesidad. De otro lado, el VIH es, por sobre todo, una enfermedad transmitida por la sangre y sexualmente; además existe una estrecha interconexión con otros aspectos de la salud sexual y reproductiva. Cualquier combinación de servicios de SMI, PF y ETS para mujeres en áreas de alta prevalencia del VIH ciertamente debería estar haciendo pruebas voluntarias de VIH y consejería rutinariamente, siempre que esté disponible[24] alguna forma de tratamiento antirretroviral. Sin embargo, se puede argumentar sólidamente que en la mayoría de países en desarrollo, de bajos ingresos, las clínicas prenatales y los servicios de SMI-PF de nivel primario no pueden asumir la responsabilidad por otros servicios relacionados al VIH, a menos que sean muy reforzados, empleando la derivación como la forma preferida de atención integrada. De hecho, un hospital distrital puede tener mayor capacidad para mantener servicios de tratamiento relacionados a las ETS y al VIH que una posta de salud rural o cualquier otro establecimiento del nivel primario[12].

Por último, el sector privado está sumamente involucrado en la provisión de tratamiento de ETS, en gran medida por la falta de servicios del sector público. Lamentablemente, también en el sector privado a menudo la calidad del despistaje y la opción de tratamiento suelen ser pobres. Por ejemplo, un estudio reciente de la atención de ETS en el sector privado, en un país del África subsahariana, encontró que era escaso el conocimiento de los avances recientes sobre el manejo del síndrome y la efectividad de los medicamentos; y que menos de la mitad de las prescripciones eran efectivas. Más aún, para la mayoría de los síndromes se ofrecía a los pacientes sin seguro regímenes antibióticos significativamente más baratos y menos convenientes, ya que los regímenes eficaces eran significativamente más caros que los ineficaces[25].

La falta de medios de diagnóstico de ETS y ETR baratos es una barrera central; quienes no tienen síntomas no acudirán, y aquéllos que no puedan acceder a medicamentos caros buscarán en cualquier otro lado medicinas más baratas y, a menudo, ineficaces.

Este es un buen momento para resaltar el uso de la automedicación, de los practicantes tradicionales, de los farmacéuticos y de una amplia gama de proveedores del sector salud, calificados y no calificados, para muchos problemas de salud sexual y reproductiva, desde ETS hasta el aborto inducido y las complicaciones obstétricas. Estos proveedores, así como los aspectos no formales del sistema

[*] Las ITR incluyen infecciones endógenas que resultan del crecimiento excesivo de organismos normalmente presentes en la vagina y de infecciones iatrogénicas resultantes de la entrada de microorganismos en el tracto reproductivo a través de procedimientos médicos u otros invasivos; por ejemplo, las infecciones por abortos inseguros o prácticas de parto, o por la retención de productos de la concepción o por toallas sanitarias usadas.

nacional de salud necesitan ser mejor identificados, incluyendo cualquier diferencia en cómo son usados por las mujeres y por los hombres.

La supervisión y regulación de los proveedores privados de servicios por los gobiernos debería ser parte de los planes más amplios sobre la forma en que debe integrarse la oferta de los sectores privado y público y asegurar que los servicios de salud pública no sigan siendo limitados y, en el peor de los casos, irrelevantes, excepto para los más pobres.

Logrando que los servicios integrados sean más comprensivos

La ampliación de la lista de servicios, métodos y procedimientos actualmente disponibles, significa que se podrá cubrir a más grupos de la población, así como sus necesidades, aunque ello también incrementará los costos. En este sentido, hay una diferencia entre servicios integrados y servicios comprensivos. Contar con mayores opciones no es sólo un tema de derechos o de mercado; contribuye a las metas de la salud pública. Sin embargo, se sigue excluyendo, de los programas integrados de SMI-PF, varios elementos del servicio. Algunos de estos incluyen:

- educación sobre fecundidad, especialmente para jóvenes;
- educación y apoyo a la lactancia materna, incluyendo la alimentación de reemplazo para las mujeres VIH positivas;
- servicios de planificación familiar para mujeres y hombres mayores solteros, viudos y divorciados/separados, trabajadores sexuales y sus clientes, y otros grupos marginados;
- servicios especialmente orientados a los jóvenes, incluyendo planificación familiar, educación y tratamiento de ETS, educación sexual, y habilidades para la vida, y ayuda para afrontar el estrés y la depresión;
- servicios de aborto seguro (incluyendo métodos médicos como quirúrgicos);
- atención del posparto y del posaborto, que incluya servicios anticonceptivos[26,27];
- esterilización femenina y vasectomía

Un aspecto también importante de la atención integrada es la forja de vínculos efectivos entre los servicios anticonceptivos (incluyendo la anticoncepción de emergencia), aborto y posaborto. La población de mujeres que requiere servicios de aborto es un subconjunto de aquéllas que necesitan de la anticoncepción. El aborto médico temprano, que es simple de administrar, no precisa de un ginecólogo, de cirugía, anestesia o de cama hospitalaria. Por tanto, el mejor lugar para ofrecerlo podrían ser los servicios de planificación familiar, en vez de los establecimientos para abortos quirúrgicos, a pesar de que, en muchos lugares, se erigirá una barrera ideológica para evitar su consideración.

Es de lamentar que, en nombre del consenso, se permitiera la introducción en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Planificación y Desarrollo en 1994 de la afirmación falaz y dañina de que «de ninguna manera se puede tratar el aborto como un método de planificación familiar». Aunque, por cierto, el aborto no es un método anticonceptivo, definitivamente sí es un método de planificación familiar que, así como en el caso de la SMI, hace mucho tiempo que se la viene concibiendo como un conjunto de prácticas interdependientes:

"La planificación familiar [es] el grupo de prácticas que ayudan a los individuos o a las parejas a alcanzar ciertos objetivos relacionados con la familia: evitar los nacimientos no deseados; provocar nacimientos deseados; regular el intervalo entre los embarazos; controlar el momento en el cual ocurren los nacimientos con relación a las edades de los padres; y determinar el número final de niños en la familia de modo planificado y voluntario" [28].

En los ejercicios de establecimiento de prioridades, en muchos países en desarrollo, también se ha pasado por alto varios otros servicios esenciales que atienden problemas de salud sexual y reproductiva esenciales, a pesar de la carga significativa de la morbilidad y mortalidad que ocasionan. Entre las más importantes de estas condiciones están la infertilidad; el cáncer de mama, cervical y otros cánceres del tracto reproductivo; los problemas de menstruación y menopausia; y las consecuencias en la salud sexual y reproductiva de la violencia relacionada al género, así como de la guerra. La

integración de cada una de estas también tendrá sus requerimientos particulares.

¿Ha habido progreso en la última década?

Un reciente estudio multi-país intentó determinar si es que los países que han tratado de integrar los servicios de salud reproductiva están teniendo éxito, al menos parcialmente, y si es que los indicadores han ido mejorando en el tiempo o no.

El estudio se llevó a cabo en 49 países en desarrollo. Se les planteó a unos 10-25 expertos por país, 81 preguntas sobre la capacidad de los centros de salud y hospitales distritales para proveer servicios, el acceso a los servicios en áreas urbanas y rurales y la atención recibida. Se usó un método no ortodoxo de evaluación: los servicios fueron calificados por los participantes en una escala de 0-100.

Los servicios, materia de la encuesta, incluyeron los de planificación familiar, de atención prenatal y de parto, atención de emergencia obstétrica, atención neonatal, inmunizaciones, control de ETS y prueba de y consejería en VIH. No se mostró los datos por país, sino sólo puntajes promedio de todos los países. Fueron sustantivas las variaciones entre los países.

En general, la probabilidad de que un servicio típico fuera adecuado, fue de 56%. A las áreas rurales les fue peor que a las urbanas en casi todas las preguntas, y las deficiencias en la implementación se reflejaron en los bajos puntajes relativos a recursos. Los puntajes nacionales iban en un rango de 70 a 89 para Jamaica, República Dominicana, Perú, Irán, China, Vietnam, la Franja Occidental y la Franja de Gaza, Egipto y Sudáfrica. Estos fueron sumamente bajos, en un rango de 10 a 29, para Yemen, Pakistán, Nepal y Etiopía. Los otros 36 países se ubicaron al medio.

Un hallazgo importante fue que había indicaciones de que los servicios habían mejorado cerca de 10 puntos por país en los tres años desde 1994 implicando que, en general, debía estarse dando algún progreso, pero no muy rápido.

La contribución de este número de la revista

Algunos de los artículos en este número abordan la oferta integrada de servicios de salud sexual y reproductiva desde el enfoque de los sistemas de salud. En ellos se mapea, al menos parcialmente, lo que está disponible, principalmente en el sector público, y hacen una apreciación del funcionamiento de los sistemas, programas y servicios integrados. Uno de los artículos muestra cuánto tiempo toma, paso a paso, construir un servicio integrado a nivel local, trabajando en una comunidad pobre. Algunos enfocan los efectos de la descentralización de los servicios. Otro muestra las trampas de imponer una estructura pesada, en el nivel superior, a ser implementada por los planificadores de programa y administradores. Otro delinea lo que debería contener un curriculum innovador para la educación médica en la atención de la salud sexual y reproductiva. Otro describe cómo las promotoras y defensoras de la equidad de género lograron influir en el desarrollo de las políticas del sector salud equitativas, pero no en su implementación. Muchos identifican una gama de barreras a la integración, algunas de las cuales podrían ser resueltas con una mejor comunicación, una mejor división de responsabilidades, mejoras en la programación, el desarrollo de habilidades administrativas y mejores flujos de mercancías y recursos. Otros discuten la integración de servicios específicos, tales como la atención del posaborto, la anticoncepción de emergencia y los condones femeninos, la integración de servicios anticonceptivos en clínicas de ETS para mujeres trabajadoras sexuales, y los elementos de un programa integrado para adolescentes. Otro artículo nos recuerda que la adhesión persistente a las creencias y prácticas tradicionales sigue contribuyendo a las muertes maternas, y que el obviar las perspectivas de las parturientas seguirá obstaculizando la búsqueda de atención que puede salvar sus vidas. Uno de los artículos evalúa uno de los programas de salud sexual y reproductiva con mejores recursos en todo el mundo. La mayoría ilustra el obstáculo casi insalvable que presenta la falta de recursos adecuados.

Perspectivas futuras

Las futuras evaluaciones necesitan cubrir todo el sistema de salud, tanto público como privado, y abordar el rol del gobierno en asegurar que los dos sectores trabajen juntos, presten atención de calidad

y accesible, al alcance de todos, y que rindan cuentas. Es urgentemente necesario costear los paquetes integrados de servicios de salud sexual y reproductiva, desde los básicos a los más completos, si el establecimiento de prioridades los va a incluir de manera realista. Se considera que los gobiernos tienen la responsabilidad final por la supervisión y financiamiento de los servicios, y por la educación, capacitación y condiciones laborales de los trabajadores de salud. Sin embargo, lo que también ha salido a la superficie en estos artículos, y que merece más atención, es el rol crucial y a veces contraproducente del financiamiento y el crédito externos, particularmente cuando los donantes y prestatarios no tienen la voluntad de trabajar juntos, o de asegurar que el financiamiento sea coordinado y esté en línea con las políticas y programas nacionales. Los recursos desaprovechados y las oportunidades perdidas caracterizarán los sistemas de salud y el manejo de programas en los países de bajos ingresos, y los gobiernos permanecerán desempoderados, hasta –y a menos– que estas agencias estén dispuestas a trabajar juntas y permitan a los gobiernos tomar el liderazgo.

Administrar un sistema de salud y hacerlo funcionar bien, especialmente con una base de recursos limitada y fragmentada, resulta una tarea complicada. Los artículos en este número de la revista, muestran que muchos países están trabajando arduamente para proveer servicios integrados de salud sexual y reproductiva y necesitan de más personas capacitadas, tiempo, dinero y autonomía para tener éxito. También invitan al reconocimiento del efecto desestabilizador y destructivo de los grandes giros y cambios de políticas, prioridades y financiamiento por parte de los grupos de interés internacionales y nacionales; éstos suelen ser orquestados sin la participación de quienes serán afectados, y suceden con una regularidad deprimente. Debemos estar vigilantes para evitar que esto ocurra con las pasadas tres décadas de arduo trabajo por la salud sexual y reproductiva.

GISELE WULFSOHN / PANOS PICTURES

Mujer con VIH a punto de dar a luz en el Hospital Baragwanath, Soweto, Sud Africa.

Reconocimientos

Un agradecimiento muy particular a Michael Reich, Director, Harvard Center for Population and Development Studies, por proporcionar el espacio intelectual y de oficina para la investigación de este tema, el cual también dará como resultado un documento más extenso. Gracias, también, a los participantes de la reunión del Centro del 26 de noviembre de 2002 por sus valiosos comentarios. TK Sundari Ravindran y Marianne Haslegrave ofrecieron interesantes comentarios a borradores previos; Lousiana Lush, Sharon Fonn y Jane Cottingham hicieron sugerencias muy útiles; Scott Gordon proporcionó varias referencias clave.

Referencias

1. Merriam Webster's Collegiate Dictionary, 10th edition.
2. Schierhout G, Fonn S. The integration of primary health care services: a systematic literature review. Durban: Health Systems Trust, May 1999. Accessed at: <www.hst.org.za> 24 October 2002.
3. Magnani RJ, Hotchkiss DR, Mroz TA, et al. Does utilization of MCH services influence subsequent contraceptive use? Evidence from Morocco. Paper presented at Annual Meeting, Population Association of America, San Francisco, April 4–6, 1995. (Unpublished)
4. Pinotti JA, Vieira Tojal ML, Nisida AC, et al. Comprehensive health care for women in a public hospital in São Paulo, Brazil. Reproductive Health Matters 2001;9(18):69–78.
5. Fleischman Foreit KG, Hardee K, Agarwal K. When does it make sense to consider integrating STI and HIV services with family planning services? International Family Planning Perspectives 2002;28(2):105–107.
6. Reichenbach LJ. The politics of priority setting for reproductive health: breast and cervical cancer in Ghana. Reproductive Health Matters 2002; 10(20):47–58.
7. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. The Strategic Approach to Improving Reproductive Health Policies and Programmes. Geneva: WHO, 2002.
8. Pachauri S. Defining a Reproductive Health Package for India: A Proposed Framework. Population Council Regional Working Paper No. 4. New Delhi: Population Council, 1995.
9. Nantulya VM, Semakafu AM, Muli-Musiime F, et al. Tanzania: Gaining insights into adolescent lives and livelihoods. In: Evans M, Whitehead M, et al, editors. Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 157–69.
10. World Health Organization Study Group on Integration of Health Care Delivery. Integration of Health Care Delivery. Report of a WHO Study Group. WHO Technical report Series. Geneva: WHO, 1996. Also summarised in Ref. 2.
11. Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality—a neglected tragedy. Where is the M in MCH? Lancet 1985; 2(8446):83–85.
12. Lush L. Service integration: an overview of policy developments. International Family Planning Perspectives 2002;28(2):71–76.
13. Baumslag N. Integration: a process, not a solution. Presented at World Federation of Public Health Associations IV International Congress, Tel Aviv, 19–24 February 1984. (Unpublished)
14. Mayhew S. Integrating MCH/FP and STD/HIV services: current debates and future directions. Health Policy and Planning 1996; 11(4):339–53.
15. O'Reilly K, Dehne K, Snow R. Should management of sexually transmitted infections be integrated into family planning services: evidence and challenges. Reproductive Health Matters 1999;7(14):49–59.
16. Askew I, Maggwa ND. Integration of STI prevention and management with family planning and antenatal care in sub-Saharan Africa—what more do we need to know? International Family Planning Perspectives 2002;28(2):77–86.
17. Adeokun L, Mantell JE, Weiss E, et al. Promoting dual protection in family planning clinics in Ibadan, Nigeria. International Family Planning Perspectives 2002;28(2):87–95.
18. Chikamata DM, Chinganya O, Jones H, et al. Dual needs: contraceptive and sexually transmitted infection protection in Lusaka, Zambia. International Family Planning Perspectives 2002;28(2):96–104.
19. Dehne KL, Snow R, 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 World Health Organization 2000; 78(5):628–39.
20. Myer L, Matthews C, Little F. Condom gap in Africa is wider than study suggests [letter]. BMJ 2001;323(7318):937a.
21. Berer M. Dual protection: making sex safer for women. In: Ravindran TKS, Berer M, Cottingham J, editors. Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception. London: Reproductive Health Matters for World Health Organization, 1997.
22. Rogow D. Man/Hombre/ Homme: Meeting Male Reproductive Health Care Needs in Latin America. Quality/ Qualité/Calidad No. 2. New York: Population Council, 1990.
23. Koenig M, Shepherd M. Alternative study designs for research on women's gynaecological morbidity in developing countries. Reproductive Health Matters 2001;9(18):165–75.
24. de Cock K, Mbori-Ngacha D, Marum E. Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. Lancet 2002;360 (6 July):67–72.
25. Chabikuli N, Schneider H, Blaauw D, et al. Quality and equity of private sector care for sexually transmitted diseases in South Africa. Health Policy and Planning 2002; 17 (Suppl 1): 40–46.
26. Neamatalla GS, Verme CS. Post-abortion women: factors influencing their family planning options. AVSC Working Paper No. 9. New York: AVSC International, 1995.
27. Senlet P, Cagatay L, Ergin J, et al. Bridging the gap: integrating family planning with abortion services in Turkey. International Family Planning Perspectives 2001;27(2):90–95.
28. Panitpan SR. Integrating family planning into human services. Paper presented at Social Work Education/Population Planning Workshop, University of Michigan, Ann Arbor, June 1975. (Unpublished)
29. Bulatao RA, Ross JA. Rating maternal and neonatal health services in developing countries. Bulletin of World Health Organization 2002;80(9): 721–27.

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*
TEMAS DE
SALUD
reproductiva

ARTÍCULOS

Incorporación de la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en el Currículo Médico en Países en Desarrollo

Marianne Haslegrave,[a] Olufemi Olatunbosun[b]

[a]Directora, Commonwealth Medical Association Trust, London, UK. Correo electrónico: marianne@commat.org
[b]Profesor y Jefe, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences, College of Medicine, University of Saskatchewan, Saskatoon, Canada

Resumen: *los educadores en medicina tienen la responsabilidad de capacitar a los médicos y otros profesionales de la salud para atender y mejorar la salud sexual y reproductiva de sus comunidades. Sin embargo, la atención en salud sexual y reproductiva está subrepresentada en los planes de estudio básicos de medicina y las otras profesiones de la salud, y en los programas de desarrollo profesional y de perfeccionamiento paramédicos y otros profesionales de la salud. The Commonwealth Medical Association Trust está elaborando un plan de estudios modelo de salud sexual y reproductiva que puede ser integrado en la educación médica de pregrado y adaptado para los programas de perfeccionamiento. Este artículo describe una metodología para elaborar un plan de estudios y tres estrategias para incorporar los componentes centrales de la salud sexual y reproductiva en dicho plan, al desarrollar temas que se pueden integrar en el plan de estudios general de manera multidisciplinaria, agregando módulos independientes como materia electiva, y delegando los temas transversales –tales como la perspectiva de género y la salud reproductiva adolescente– a cursos impartidos por otros departamentos. Aboga a favor del uso de metodologías de aprendizaje basadas en la resolución de problemas y el estudio de casos, además de exposiciones orales, como las mejores formas de enseñar a los profesionales de la salud cómo prestar servicios de información, consejería y apoyo, y cubrir además la gama de necesidades de prevención y tratamiento de las mujeres y hombres que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva.*

Palabras clave: educación médica, capacitación de proveedores de salud, currículo de salud sexual y reproductiva.

Los educadores médicos tienen la responsabilidad de capacitar a médicos y otros profesionales de la salud en las competencias esenciales para mejorar la salud sexual y reproductiva de sus comunidades. Una de las características distintivas de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo, en 1994[1], y su seguimiento quinquenal en una sesión especial de la Asamblea General de Naciones Unidas en 1999 (CIPD+5)[2] es que fue más allá de la retórica para definir la salud reproductiva, incluyendo la salud sexual, en el contexto de la atención primaria de salud y ofreció a los países fines, objetivos, y metas específicas para entregar información y servicios de calidad en el campo de la salud sexual y reproductiva. Éstos reflejan un consenso internacional sobre lo que debe lograrse, y que precisa de una combinación de iniciativas de programas, políticas de salud pública, legislación, construcción de capacidades educacionales y esfuerzos a nivel de la comunidad.

Hasta no hace mucho, era poco el interés que expresaban los educadores médicos por integrar la salud sexual y reproductiva en el currículo médico. Es sintomático que ningún grupo internacional representativo de los educadores médicos o de la profesión médica haya asistido ya sea a la CIPD en 1994 o a la Sesión Especial de la Asamblea General de las NN.UU. en 1999, con excepción de la Commonwealth Medical Association.

En los términos en que la definen la CIPD y la CIPD+5, la salud sexual y reproductiva está notablemente subrepresentada en los currículos educacionales básicos para los médicos y otros profesionales de la salud, y en los programas de educación médica continua para profesionales en ejercicio en muchos países en desarrollo. Para que se imparta la instrucción necesaria en salud sexual y reproductiva debe modificarse la mayoría de currículos para el pregrado, el posgrado y el desarrollo profesional continuo. Éste no es un objetivo sencillo, en tanto las propuestas para cambiar el currículo médico suelen tomar, para su implementación, tiempo y esfuerzos considerables, especialmente cuando hay tantas prioridades pugnando por ser incluídas. Además, puede esperarse que las actitudes de algunos educadores en asignaturas como obstetricia y ginecología sean conservadoras y resistentes al cambio.

Para apoyar el cambio, la Commonwealth Medical Association Trust (Commat, por sus siglas en inglés)[(*)] está desarrollando un currículo modelo en salud sexual y reproductiva que puede integrarse a la educación médica en el pregrado y usarse, con las enmiendas pertinentes, en la educación médica continua. Este artículo describe una metodología para el desarrollo curricular, así como estrategias para incorporar los componentes centrales de la salud sexual y reproductiva. Se pronuncia a favor del uso de las metodologías del aprendizaje basado en problemas y del estudio de casos, en complementariedad con las clases magistrales, como la mejor forma de enseñar a los profesionales de la salud, cómo ofrecer información, consejería y soporte para la salud sexual y reproductiva, así como para recorrer la gama de necesidades de prevención y tratamiento de las mujeres y hombres que acuden en busca de estos servicios.

Metodología para el desarrollo curricular

El desarrollo curricular puede dividirse en cuatro fases: apreciación de necesidades, diseño del currículo, prueba e implementación, y evaluación.

El Programa de Acción de la CIPD hace un llamado para que la información y servicios de salud sexual y reproductiva se entreguen como parte de la atención primaria de salud, manteniendo y garantizando al mismo tiempo –para los procedimientos y condiciones más complejos– el acceso a los especialistas que hubiere y al nivel terciario de servicios en los centros regionales. De allí se desprende que los cursos tradicionales de obstetricia y ginecología deben continuar como asignaturas clínicas de especialidad, en tanto que la atención de la salud sexual y reproductiva se incorpora plenamente en el currículo médico del pregrado. Al mismo tiempo, es apropiado incluir las problemáticas transversales como discriminación de género, derechos humanos, ética y salud adolescente de modo que atraviesen todas las disciplinas en el nivel de pregrado[4].

Es igualmente importante que las enfermeras, matronas, parteras y otras trabajadoras de nivel intermedio y de atención primaria de salud reciban la instrucción apropiada en la atención de la salud sexual y reproductiva, por cuanto lo más probable es que sean ellas, más que los médicos, las que atiendan a la mayoría de mujeres, adultas y adolescentes, en los países en desarrollo. Ciertamente, es improbable que las mujeres que viven en áreas rurales aisladas, con cocientes bajos de relación médico-paciente reciban el tratamiento directamente de un doctor. Sin embargo, usualmente se tiene la expectativa de que los médicos que trabajan en centros cercanos a áreas remotas estarán disponibles para ofrecer consejos especializados y ayuda a las enfermeras y a las matronas, y de que, por lo tanto, hayan recibido la capacitación adecuada en esta área.

En marzo de 2001, el Commat organizó una consulta en el Royal College of Obstetricians and

(*) Las actividades del Commat adoptan un enfoque ético y basado en los derechos frente a la promoción de la salud (en particular la salud sexual y reproductiva) y a la prevención de la enfermedad y la discapacidad en los países en desarrollo[3].

Gynaecologists en Londres, que convocó a 27 jefes de departamentos universitarios de obstetricia y ginecología, expertos en salud sexual y reproductiva, especialistas en planificación familiar y atención preventiva de la salud, organizaciones no gubernamentales clave y especialistas en áreas como género, VIH/SIDA, y salud adolescente de los países de la Commonwealth, incluyendo a Kenya, Uganda, Nigeria, Ghana, Tanzania, India, Singapur, RU y Canadá, y también de los EE.UU[5].

La consulta incluyó la revisión de los currículos médicos que abordan la salud sexual y reproductiva desarrollados en Nigeria, los EE.UU. y el RU,[6,7] e inició la preparación de un currículo interdisciplinario sobre salud reproductiva, así como los mecanismos para su incorporación en la formación médica del pregrado. También se desarrolló discusiones sobre los componentes clave para la instrucción, incluyendo las necesidades de los estudiantes, las modalidades de implementación del currículo y las restricciones potenciales, junto con una variedad de enfoques para promover el respaldo y la colaboración de los grupos y personas comprometidas con el tema[5]. En Kampala se llevó a cabo un taller de seguimiento en marzo de 2002, en el cual los consultores y representantes de las escuelas de medicina de Uganda, India y Papúa Nueva Guinea, seleccionados para guiar el currículo revisado, hicieron una mayor elaboración sobre las propuestas desarrolladas a través de la consulta. En este artículo se discute los resultados de ambas reuniones.

Estrategias para incorporar la salud sexual y reproductiva en el currículo

Casi todos los países desarrollados y un número creciente de países en desarrollo tienen cuerpos nacionales o provinciales para la acreditación, los que emiten orientaciones sobre el contenido del currículo que se les exige desarrollar a las escuelas de medicina. Estas orientaciones suelen ser bastante generales y, a menudo, se basan en las disciplinas clínicas involucradas, incluyéndose la medicina preventiva bajo el encabezamiento de salud pública. Es significativo que no se considere a la salud sexual y reproductiva como disciplina prioritaria de la salud preventiva, y que se la trate sólo indirectamente. De allí que uno de los primeros pasos necesarios, a nivel de país, sea revisar esta orientación y tratar de corregirla. Esta fue la estrategia adoptada por la Asociación de Profesores de Obstetricia y Ginecología en el año 2000 para promover la inclusión del conocimiento de la salud de la mujer en los currículos de las escuelas médicas en los EE.UU. y Canadá[4].

La consulta del Commat identificó tres enfoques para la introducción de la salud sexual y reproductiva en el currículo básico. Cada uno tiene sus ventajas y desventajas, pero se ha encontrado que los tres son efectivos en Canadá y en los EEUU. Estos enfoques incluyen:

- el desarrollo de temas de salud sexual y reproductiva que pueden integrarse en el currículo general de manera multidisciplinaria;
- la incorporación, como electivos, de módulos independientes al currículo existente; y
- la delegación de aspectos de la salud sexual y reproductiva, tales como las problemáticas de género y de salud reproductiva adolescente, a los cursos conducidos por otros departamentos, tales como aquéllos que desarrollan estudios de género y pediatría.

El modelo integrado

En la consulta el modelo integrado tuvo las preferencias por cuanto mantiene la continuidad en el planeamiento, la instrucción y la evaluación a través de la gama de programas de educación médica[6-8]. En este modelo los estudiantes empezarían a interactuar con pacientes desde el primer día en la escuela de medicina, desarrollando habilidades en la comunicación con los pacientes y sus familias, y en la elaboración de las historias clínicas. También participarían en los cursos sobre destrezas clínicas de modo de hacerse competentes en el examen físico de los pacientes, y de ser capaces de correlacionar sus hallazgos con lo que están aprendiendo en anatomía y fisiología. Inicialmente, el aprendizaje empezaría en los escenarios ambulatorios, p.ej., al manejar los casos que no son de emergencia, como la evaluación prenatal rutinaria, el examen de mamas y el despistaje de cáncer cervical, en las clínicas de consulta externa en la comunidad; a su debido tiempo su progreso les llevaría a tratar afecciones

que se presentan en la emergencia como el embarazo ectópico o el trabajo de parto obstruido en los hospitales.

Las ciencias básicas de salud reproductiva deben enseñarse, de principio a fin, paralelamente a las asignaturas clínicas. Por ejemplo, el módulo anticonceptivo implicaría a disciplinas tan diversas como farmacología, atención primaria y ginecología, y se serviría de educadores interdisciplinarios como los que enseñan las ciencias básicas, médicos, enfermeras en ejercicio, y consejeras de planificación familiar. Además, se enseñaría de manera concurrente aspectos relevantes de la anticoncepción, incluyendo a las disciplinas asociadas como salud comunitaria y epidemiología, así como problemáticas de género.

El modelo independiente

El Currículo Modelo de Salud Reproductiva diseñado por la American Medical Women's Association, ha despertado un interés considerable en el desarrollo de módulos independientes de salud reproductiva que los estudiantes avanzados pueden escoger como electivos, como parte de su formación clínica[7,8]. Los módulos electivos estarían limitados a los aspectos específicos de la salud sexual y reproductiva que han sido tratados brevemente en el currículo general, tales como el VIH/SIDA, el reconocimiento de casos de violencia doméstica y la prevención y tratamiento de cánceres reproductivos, y estarían adscritos a un período específico de capacitación, usualmente el último año de la educación de pregrado o de posgrado. Una ventaja de este modelo es que se expone a los estudiantes a problemáticas de fondo específicas antes de que empiecen la práctica clínica. En tanto que los módulos independientes son de fácil introducción empleando un formato electivo, vienen a ser más apropiados para, ya sea, estudiantes de medicina, o profesionales de la salud en ejercicio que están buscando una capacitación avanzada o una carrera en la atención de la salud sexual y reproductiva.

El modelo por delegación

La delegación de temas específicos en la salud sexual y reproductiva a departamentos individuales para que sean impartidos a través de las clases establecidas ha sido adoptada por una cantidad de escuelas de medicina; son también diversas las organizaciones profesionales que han promovido este modelo por su particular adecuación a la educación médica continua de los proveedores de atención de la salud en ejercicio. El modelo de la Universidad de Massachussets aplica dicho enfoque a la educación sobre violencia doméstica en el año dedicado a los registros clínicos, por ejemplo[9]. Durante dos sesiones, los médicos de familia, los pediatras, los ginecólogos, las enfermeras y las trabajadoras sociales presentan un enfoque comprehensivo de la violencia doméstica, abordando las conductas tanto de las víctimas y los perpetradores, como los temas de seguridad en el hogar. De manera similar, el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, por sus siglas en inglés) ha desarrollado un módulo sobre la mutilación genital femenina (FGM, por sus siglas en inglés) para la capacitación de practicantes y como componente de los programas de educación médica continua[10].

La delegación de aspectos de la salud sexual y reproductiva a los cursos vigentes tiene las ventajas de la simplicidad, la adopción rápida por los interesados y la facilidad de su implementación. No obstante Nelson, de la Universidad de Harvard, halló que la encargatura de los temas de salud de las mujeres a los currículos existentes desarrollados por los departamentos puede diluír la responsabilidad de la formación y la coordinación, llevando ya sea a la omisión de materiales importantes o a la repetición innecesaria, o a ambas[8].

La diferencia principal entre el modelo integrado y los otros dos modelos radica en la forma de integración de la salud sexual y reproductiva, ya sea a través de la experiencia educacional completa o sólo mediante partes de ella. El concepto de integración involucra la reestructuración de todo el currículo de modo de incluir la salud sexual y reproductiva desde el mismo principio, empezando a nivel de la ciencia básica. Por ejemplo, un curso sobre la anatomía de la pelvis femenina incluiría la demostración de cómo llevar a cabo un examen de pelvis, y le enseñaría a una mujer a usar el diafragma o el condón femenino.

El costo inicial de introducir el modelo integrado, incluyendo el tiempo de docentes y estudiantes, el apoyo, los recursos de infraestructura, puede ser más alto que con los otros modelos. El costo también estaría dictado por el método de enseñanza, p.ej., si se trata del aprendizaje basado en problemas, conferencias didácticas o una combinación. La consulta del Commat juzgó que el enfoque integrado puede ser más efectivo en el largo plazo, pues representa la introducción más profunda de los conceptos de la CIPD.

La MCP Hahnemann University en Filadelfia, EE.UU., fue pionera de un enfoque integrado, multidisciplinario, frente a la salud de las mujeres, centralmente coordinado a través del currículo,[11] y que es un ejemplo de cómo diferentes modelos pueden adecuarse a las necesidades de cada institución y de sus estudiantes. El programa es interdisciplinario en los primeros dos años de ciencias médicas básicas, y adopta en los años clínicos un modelo por delegación. Este último comprende a departamentos tales como salud comunitaria y epidemiología, medicina de la familia, pediatría, medicina interna y obstetricia y ginecología que participan, cada cual, en la enseñanza de áreas específicas de la salud reproductiva.

Cuando se coordina los esfuerzos centralmente a través de las estructuras académicas y administrativas de una institución educacional, es más probable que se comparta efectivamente los objetivos de aprendizaje, y que se desarrolle una evaluación que comprometa a los educadores de otros departamentos y agencias, garantizando así la implementación más efectiva del currículo. Esto exige la identificación clara de los coordinadores de curso de distintos departamentos responsables de varios aspectos del currículo. Los coordinadores de curso deben reunirse regulamente con el director general de educación de pregrado para discutir la evaluación de los alumnos y los objetivos del aprendizaje, para asegurar el logro de las competencias deseadas y que el currículo sea actualizado permanentemente.

Dos escuelas de la Nigerian Federal University Schools of Medicine están ya conduciendo un currículo de salud sexual y reproductiva dentro de sus cursos médicos de pregrado[12]. La Escuela de Medicina en Papúa Nueva Guinea está en una posición única para garantizar que la salud sexual y reproductiva se integre no sólo en el currículo médico del pregrado, sino también que la capacitación de las enfermeras y matronas, así como de todas las ciencias y disciplinas de la salud, sean convocadas conjuntamente para el logro de propósitos educacionales (Comunicación personal, enero 2003).

Temas en el currículo de salud sexual y reproductiva

En el diseño de los módulos curriculares debe tenerse en mente las necesidades respectivas de los estudiantes que aspiran ya sea a una práctica general o a una especializada. La consulta propuso como temas relevantes para la reducción de la carga de los problemas de la salud sexual y reproductiva en los países en desarrollo, la planificación familiar, la salud materna, las complicaciones del embarazo, la esterilidad, las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, el aborto, la sexualidad, la prevención de los cánceres del tracto reproductivo, así como los problemas que siguen a su tratamiento, la prevención de prácticas dañinas, habilidades en relación a la salud reproductiva adolescente y la comunicación.

Las habilidades en la consejería y la comunicación son temas cuya relevancia no siempre es reconocida, que deberían ser abordados y que a veces involucran develar asuntos íntimos personales; cuándo y cómo comprometer a las parejas y a los miembros de la familia de los pacientes, incluyendo la prueba de ETS/VIH y el rastreo de la pareja y la notificación; el impacto de la posición socioeconómica y la pobreza en el acceso a los servicios; las actitudes de los proveedores hacia diferentes tipos de pacientes (p.ej., analfabetos y sin educación formal); los efectos de los factores sociales y culturales en los comportamientos de búsqueda de atención de salud; las consecuencias sociales, emocionales y psicológicas de problemas tales como la esterilidad o los embarazos no deseados; el impacto de la violencia contra la mujer en la salud y la introducción del soporte y de la referencia; el papel de las drogas que producen dependencia, p.ej., en la transmisión de las ETS/VIH; la necesidad de

transversalizar la atención a las necesidades de salud de las(los) adolescentes; la importancia de un abordaje sensible frente a otro que critica y juzga a la paciente; y las diferencias en la presentación de ciertas afecciones en las mujeres y en los hombres. Finalmente, debe tratarse los aspectos de género de cada uno de estos temas. También es esencial que los estudiantes comprendan el enfoque ético y basado en los derechos para la entrega de información y de servicios.

También, deben incluirse la ética médica y las orientaciones sobre la objeción de conciencia. Particularmente importante en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva es la orientación ética en áreas tales como el respeto, el derecho a la información, la confidencialidad (incluyendo la relativa al informe de abortos clandestinos) y el consentimiento informado. También debe brindarse orientación en cuanto a la relación de los profesionales de la salud con los agentes de salud tradicionales, a quienes frecuentemente consultarán sus pacientes antes o incluso al mismo tiempo en que están bajo el cuidado clínico activo de un profesional de la salud.

Es importante que se brinde información exhaustiva a los médicos, enfermeras y parteras, como parte de sus responsabilidades profesionales, sobre la legislación y las políticas de su país y sobre los acuerdos e instrumentos internacionales que se refieren a la salud sexual y reproductiva. El ejemplo más obvio son las leyes sobre el aborto; pero igualmente importantes son la edad establecida para ofrecer a una persona joven información anticonceptiva y otros servicios, si la esterilización es legal, la exigencia de despistaje de las ETS/VIH en el caso de las trabajadoras sexuales, qué procedimientos les están permitidos a los proveedores de nivel intermedio, cuáles son las indicaciones aprobadas para ciertas drogas, y muchas otras.

Los cursos tradicionales en obstetricia y ginecología rara vez les dan a los estudiantes la educación adecuada sobre la sexualidad a través del ciclo vital. Debe haber un módulo sobre la sexualidad que desarrolle la conciencia de los estudiantes con respecto a su propia sexualidad, y el impacto en la atención de sus pacientes, y una comprensión de la fisiología de las respuestas sexuales masculina y femenina. Adicionalmente, deben ayudar a que los estudiantes comprendan las influencias sociales, fisiológicas y emocionales sobre la función y la disfunción sexual, las distintas modalidades de expresión sexual y las implicaciones de la imagen del cuerpo y la autoestima.

También se debería informar a los estudiantes sobre los límites que debe observarse en la conducta de los médicos, así como sobre otros temas relevantes que afectan la relación médico-paciente en la entrega de información y servicios de salud sexual y reproductiva. Es especialmente importante que desarrollen las habilidades apropiadas necesarias para comunicarse efectivamente con los pacientes en los asuntos sexuales.

Las estudiantes deben estar en condiciones de identificar y de hacer el seguimiento de prácticas dañinas contra las mujeres en sus comunidades, incluyendo la mutilación genital femenina, la violencia basada en el género y el abuso de los derechos sexuales y reproductivos, todos los cuales están firmemente vinculados a las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres. Los estudiantes deben estar completamente conscientes de los recursos disponibles para asistir a las víctimas o para ubicarlas.

Es insuficiente la atención prestada a la instrucción sobre salud adolescente en las escuelas de medicina, particularmente en los países en desarrollo, donde una alta proporción de la población es menor de 25 años. Debe enseñárseles a las estudiantes que los hombres y las mujeres jóvenes afrontan presiones sociales y económicas específicas que pueden tener efectos adversos sobre su capacidad para adoptar un abordaje responsable frente a asuntos sobre la sexualidad y la reproducción. Precisan adquirir actitudes y habilidades para alentar a los adolescentes a darles un mejor uso a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la comprensión de los cambios fisiológicos y emocionales asociados con la pubertad y la adolescencia. Los adolescentes necesitan ayuda para comprender la importancia de evitar el embarazo no deseado y el riesgo de contraer ETSs, en particular la infección por VIH, y los estudiantes deben desarrollar las destrezas apropiadas para aconsejar a los adolescentes dentro del contexto sociocultural de la comunidad en la que viven.

Los médicos en ejercicio están en una posición excepcionalmente sólida para influir en sus pacientes y en la comunidad en contra de comportamientos que pueden afectar de manera adversa su salud sexual y reproductiva, y para animarles a la adopción de pautas seguras de conducta sexual[13]. Por lo tanto, necesitan desarrollar la capacidad para reconocer la conducta potencialmente dañina así como los medios efectivos para influenciar tal comportamiento. Es éste el motivo por el cual los estudiantes deben entrar en contacto con sus pacientes desde el principio de sus estudios, principalmente bajo la orientación de maestros y clínicos experimentados, y no limitarse a las clases magistrales.

Por último, los estudiantes deben aprender a evitar el comportamiento verbal o no verbal rudo, arrogante o paternalista, y a suprimir los comentarios denigrantes o cualquier otra forma de humillar a los pacientes, que son materia de las quejas de las mujeres que recurren a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Mejores prácticas basadas en la evidencia

El actual abordaje de la educación médica pretende promover el empleo efectivo de la evidencia aportada por la investigación clínica y la tecnología de la información para mejorar la entrega de atención de salud sexual y reproductiva. Los(as) estudiantes y los profesionales de la salud en ejercicio deben demostrar la capacidad para localizar, analizar y emplear la información clínica y preventiva vigente, y para adquirir una visión global de los diferentes tipos de evidencia que son útiles para la administración de la salud y para la formulación de políticas.

Si bien muchas escuelas de medicina han reconocido la necesidad de la instrucción en medicina basada en la evidencia, sigue siendo incierta la mejor forma de enseñar estas habilidades a los estudiantes. Los departamentos de salud comunitaria, epidemiología y bioestadística, demografía, estudios de género y ciencias informáticas deben desempeñar un papel importante en la demostración de la forma en que pueden introducirse los principios de la medicina basada en evidencias en la enseñanza de los componentes de la salud sexual y reproductiva que colocan la atención en la biología reproductiva, y en las intervenciones médicas y quirúrgicas tanto desde la perspectiva terapéutica como desde la preventiva.

El aprendizaje basado en problemas y el estudio de casos para el desarrollo del currículo

Se considera que el exceso de carga informativa es la ruina del actual currículo médico del posgrado en la mayoría de países. Hay un viraje hacia la reducción del contenido del currículo eliminando lo esotérico, y poniendo la atención únicamente en aquellas afecciones que contribuyen a la carga de la enfermedad y al sufrimiento en la población. Esto puede lograrse reduciendo el número de horas de conferencias en el salón de clases a partir de la presentación de casos clínicos y de la solución de problemas, poniendo énfasis en los males comunes con los que estarán lidiando los estudiantes en sus carreras.

En el caso de la atención de salud sexual y reproductiva, muchas veces la(el) estudiante estará tratando no tanto con pacientes que están muy enfermos, como con personas que están buscando información o servicios que pueden proteger o mejorar su salud sexual y reproductiva y prevenir la ocurrencia de problemas, tales como los embarazos no deseados, las ETSs o la esterilidad. En otras oportunidades, sin embargo, se precisará de competencias diferentes; así, p.ej., en la gestión de emergencias obstétricas o de las complicaciones del aborto inseguro. En conjunto, todas ellas constituyen una forma distinta de interactuar con las pacientes. De allí que sea necesario apoyarse en las habilidades y experticia de una variedad de educadores de la atención de la salud, y de líderes administrativos compenetrados con la educación médica para promover y facilitar la introducción de nuevos conceptos en el currículo.

Complementariamente al formato de clases magistrales tradicional, debe promoverse el uso de métodos de solución de problemas, tales como el aprendizaje basado en casos, la enseñanza en grupos pequeños y el mapeo de conceptos[15]. El último destaca las relaciones entre conceptos y a través de las disciplinas, conectando las competencias para permitir el aprendizaje significativo en diversos momentos de la formación, de manera que los

educandos puedan adaptar su conocimiento a los múltiples escenarios. Estos enfoques son particularmente relevantes para la educación en la atención de salud reproductiva y para la educación en salud comunitaria. Lamentablemente, su empleo para estos propósitos mostró elevadas inconsistencias en los países representados en la consulta Commat, según se reportó.

El aprendizaje basado en problemas es una técnica educacional que permite que los estudiantes desarrollen destrezas para la solución de problemas y que adquieran conocimientos sobre las ciencias básicas y clínicas mediante el uso de problemas presentados por los pacientes. Es un currículo central en el nuevo sendero de la reforma educacional que muchas instituciones están adoptando, junto con las presentaciones basadas en casos, en sus cursos tradicionales preclínicos y clínicos. La evidencia disponible muestra que los graduados que fueron educados mediante el currículo del aprendizaje basado en problemas percibieron niveles superiores de satisfacción con su formación en el pregrado y con la adquisición de habilidades clínicas, diagnósticas y terapéuticas[16].

En el taller de Commat en Uganda, el Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Makerere describió las habilidades que podría necesitar un doctor que trabajara en un área remota para poder salvar la vida de una mujer en una emergencia obstétrica. No habría obstetra o ginecólogo disponible durante un tiempo de permanencia extenso, y la suerte tanto de la mujer como de la criatura dependería exclusivamente del doctor del centro de salud más cercano, quien tendría que estar en condiciones de afrontar una amplia gama de emergencias. Por lo tanto, el reto es cómo asegurar que las(os) estudiantes de medicina obtengan experiencia práctica de los problemas encontrados al brindar servicios en condiciones semejantes. Mientras que en la mayoría de países desarrollados la gran mayoría de partos se da en hospitales o en situaciones de fácil acceso a ellos, en la mayoría de los países en desarrollo la situación es la opuesta.

Por lo tanto, es necesario que las(os) estudiantes permanezcan adscritos a centros de salud en áreas remotas durante determinados períodos de tiempo para así obtener la capacitación y la experiencia adecuadas para manejar los problemas y emergencias del día a día en los casos en que, efectivamente, no haya acceso a un hospital debidamente equipado. Es difícil asignar tiempo suficiente a tales adscripciones en el marco del currículo básico de las escuelas de medicina en los países en desarrollo.

También puede ser necesario suplementar la formación de los estudiantes cuya intención sea trabajar en áreas remotas, dándoles capacitación vocacional avanzada adicional en grupos pequeños. El entrenamiento vocacional para la práctica general (es decir, la atención primaria de salud) se introdujo en el RU hace 30 años; el curso prescrito tiene una duración de tres años, incluyendo el año de vinculación al profesional general acreditado como capacitador[17]. La formación vocacional en la atención primaria de salud en los países en desarrollo (de la cual la salud sexual y reproductiva es uno de los componentes importantes) es un concepto relativamente nuevo.

El Decano de la Escuela de Medicina en Papúa Nueva Guinea considera que un doctor que va a un área rural remota debe ser capaz, mínimamente, de llevar a cabo una cesárea y una histerectomía y de administrar la anestesia necesaria (Comunicación personal, enero 2003). Una forma de lograr ello es permitir que los estudiantes de medicina del primer y segundo años actúen como asistentes en la realización de tales procedimientos quirúrgicos, mejorando así su conocimiento de la anatomía reproductiva y ayudándoles a sentirse más seguros al llevar a cabo esta cirugía. Estas destrezas quirúrgicas pueden refinarse más con la participación calificada en cirugía durante sus últimos años.

La obstetricia y la ginecología fueron pioneras en el uso de "pacientes estandarizados", que son individuos entrenados para actuar como pacientes en el marco de la enseñanza; simulan diversos cuadros clínicos y aceptan que se les examine físicamente, p.ej., mediante los exámenes de mama y pélvicos. Para desarrollar las competencias en la comunicación, puede dramatizarse distintas escenas clínicas, en las que los estudiantes actúan determinados roles; o bien, las estudiantes pueden conducir entrevistas empleando a un paciente estandarizado durante cinco o siete minutos,

seguidas de la retroalimentación de sus pares, de los pacientes estandarizados y de los facilitadores. Estas actividades brindan a los estudiantes la oportunidad de desarrollar habilidades antes de trabajar con pacientes reales[18].

La educación médica continua y el desarrollo profesional

Debe actualizarse regularmente, a través de la educación médica continua, tanto la base de conocimientos de los profesionales en ejercicio como la conciencia de lo que constituyen las mejores prácticas[19]. Contrariamente a la situación de los países desarrollados, el sector salud en muchos países en desarrollo está bloqueado por los programas de educación médica continua subdesarrollados, debido a la falta de recursos, la escasez de personal profesional, la falta de cobertura de reemplazos para los que se ausentan para asistir a los cursos de educación médica continua, y los problemas que se originan por las largas distancias implicadas en el transporte a las instituciones donde la capacitación puede ofrecerse efectivamente y donde puede llevarse a cabo el seguimiento.

Las asociaciones médicas nacionales, en particular, tienen un papel tradicional para mantener actualizados a sus miembros ofreciéndoles oportunidades para la educación médica continua. Algunas organizaciones profesionales, como la Confederación Internacional de Matronas y la Asociación Médica de Malasia, tienen programas excelentes para sus miembros, incluyendo la publicación de la información relevante en sus boletines. Otras, como la Asociación Médica de Jamaica, organizan para su membresía conferencias sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva, incluyendo salud adolescente.

Los profesionales en ejercicio también necesitan aprender nuevas destrezas con regularidad; por ejemplo, los aspectos técnicos de insertar nuevos dispositivos anticonceptivos o ejecutar vasectomías, nuevas técnicas para el despistaje del cáncer cervical, y el uso de nueva tecnología informativa. Las prácticas pasadas de moda como la episiotomía rutinaria y la dilatación y curetaje (D&C) para el aborto temprano también deben ser cuestionados y reemplazados por técnicas más seguras ya probadas.

La motivación de maestros y la promoción del cambio

Uno de los mayores desafíos para la introducción de los cambios curriculares necesarios para garantizar que las(los) estudiantes de medicina reciban la instrucción adecuada en salud sexual y reproductiva es cómo motivar a los maestros médicos para que acepten, promuevan y adopten los cambios involucrados. La salud sexual y reproductiva se adecua particularmente bien a los nuevos métodos de instrucción aquí descritos. Pero muchos de ellos jamás han tenido una capacitación formal para usarlos, y precisarán de ayuda para familiarizarse con ellos y adquirir la necesaria seguridad en su manejo; p.ej., mediante talleres de desarrollo del personal docente. Los maestros también tienen la percepción general de que sus competencias para la enseñanza son menos valoradas que su investigación y sus publicaciones. De allí que esté con frecuencia ausente la motivación para aprender nuevas habilidades y actualizar su conocimiento. No se puede insistir suficientemente en la necesidad de compensar a los buenos docentes clínicos mediante la promoción y la mejora de las condiciones de la cátedra.

La obstetricia y la ginecología son asignaturas de especialización y no son sinónimos de salud sexual y reproductiva. No obstante, los libros de texto tradicionales, incluso en las ediciones más recientes, dan poca, si alguna, atención al concepto de salud sexual y reproductiva de la CIPD como un componente de la atención primaria de salud. Los docentes médicos tendrán que adoptar, por lo tanto, un cambio de paradigma que tienda hacia un currículo interdisciplinario de salud sexual y reproductiva.

No es común encontrar la mención específica, si alguna, de estos temas en los requisitos curriculares de los cuerpos de acreditación (que las escuelas de medicina están obligadas a cumplir para que los grados y diplomas que confieren sean reconocidos con el propósito de obtener la licencia para ejercer la carrera). Consideraciones similares son válidas para la educación médica continua, que se está convirtiendo en un requisito importante para la renovación de la licencia para practicar la medicina en muchos países desarrollados.

Por lo tanto, el hacer los cambios necesarios al currículo médico requiere de la preparación y consulta con todos los actores que tienen intereses comprometidos en la educación para la atención en salud. Si bien se está otorgando cada vez mayor atención a la mejora del acceso a los servicios y a otras problemáticas de los sistemas de salud, a la integración de servicios y otras reformas del sector salud, y a la adopción de un enfoque basado en los derechos, el progreso ha sido menor en la mejora de la enseñanza de la atención de salud sexual y reproductiva en el currículo médico y en la educación médica continua. Es necesario realizar mayores esfuerzos para alcanzar las metas de salud sexual y reproductiva para el año 2015.

Reconocimientos

Las autoras reconocen, con gratitud, el apoyo del Dr. John Havard, Jefe del Commat, y de los participantes de la consulta de Londres, así como la ayuda del taller de Uganda.

Referencias

1. United Nations. Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994.
2. United Nations. Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development adopted at the twenty-first special session of the General Assembly, New York, 30 June–2 July 1999.
3. Commonwealth Medical Association Trust. At: <www.commat.org>.
4. Collins KS, Schoen C, Joseph S, et al. Health concerns across a woman's lifespan. Commonwealth Fund 1988 Survey of Women's Health. New York: Commonwealth Fund, 1999.
5. Commonwealth Medical Association Trust. Sexual and Reproductive Health in the Medical Curriculum: Report of an Expert Consultation, March 2001. London: Commat, 2002.
6. American Medical Women's Association. Fourth Year Elective Curriculum in Reproductive Health. Washington DC: AMWA, 1997.
7. Cain J, Donoghue GD, Magrane D, et al, editors. Women's Health Care Competencies for Medical Students. Crofton MD: Association of Professors in Obstetrics and Gynecology Women's Healthcare Education Office, 2000.
8. Nelson M, Nicolete J, Johnson K. Integration or evolution: women's health as a model for interdisciplinary change in medical education. Academic Medicine 1997;72:737–40.
9. Jonassen JA, Pugnaire MP, Mazor K, et al. The effect of a domestic violence interclerkship on the knowledge, attitudes, and skills of third-year medical students. Academic Medicine 1999;74(7):821–28.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Female Circumcision/Female Genital Mutilation. Clinical Management of Women.Washington DC: ACOG, 1999.
11. Association of Professors of Gynecology and Obstetrics Resource Network. Curriculum Model. MCP Hahnemann University Women's Health Education Program. Washington, DC. USA 2000. At: <www.apgo.org/resourcenetworld>.
12. Campaign Against Unwanted Pregnancy. Curriculum for Nigerian Medical Schools on Reproductive Health Care, 23 February 2001.
13. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence.JAMA 2002;287:226–35.
14. Gastel B, Rogars DE. Clinical Education and the Doctors of Tomorrow. New York: New York Academy of Medicine, 1989.
15. Weiss LB, Levison SP. Tools for integrating women's health into medical education: clinical cases and concept mapping. Academic Medicine 2000;75:1081–86.
16. Antepohl W, Domeij E, Forsberg P, et al. A follow-up of medical graduates of a problem-based learning curriculum. Medical Education 2003;37(2):155–62.
17. Lipman T. The future general practitioner: out of date and running out of time. British Journal of General Practice 2000; 50(458):743–46.
18. Wagner PJ, Lentz L, Heslop SD. Teaching communication skills: a skills-based approach. Academic Medicine 2002;77(11):1164.
19. Novack DH, Suchman AL, Clark W, et al. Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. JAMA 1997;278:5029.

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*
TEMAS DE
SALUD
reproductiva

La Cara Humana de la Descentralización e Integración de los Servicios de Salud: Experiencia de Sudáfrica

Di McIntyre[a], Barbara Klugman[b]

[a]Health Economics Unit, School of Public Health, Health Sciences Faculty, University of Cape Town, South Africa.
Correo electrónico: dimac@cormack.uct.ac.za
[b]Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa ´

Resumen: *este trabajo examina el proceso de elaborar políticas y presupuestos e implementar servicios en tres provincias de Sudáfrica. Se basa en entrevistas con administradores de la salud en los niveles más altos del gobierno y la capacidad de implementación a los niveles de prestación de servicios. Examina además la dinámica compleja entre los responsables de políticas específicas, como las políticas de salud reproductiva, y los responsables de administrar la provisión integral de todas las políticas. El ritmo de cambio en Sudáfrica requiere una capacidad enorme de manejo financiero tanto como capacidad técnica para implementar programas específicos, la cual ha creado una sensación de frustración y desmoralización. Se percibe la falta de recursos financieros como el limitante mayor, especialmente en lo que se refiere a la falta de personal capacitado. Sin embargo, la mayoría de los administradores identificaron otros problemas, sobre todo la bajo moral del personal, como obstáculos mayores a la provisión de servicios de salud de alta calidad. El artículo concluye afirmando que la complejidad de la experiencia y los sentimientos descritos por los administradores de la salud sea lo que quizás determine el alcance y la calidad de los servicios prestados. Por esta razón, se debe prestar más atención a las relaciones de poder y la experiencia personal del proceso de cambio, tanto en la investigación como en la práctica.*

Palabras clave: reformas del sector salud, descentralización de los servicios, integración de los servicios, actitudes del trabajador de salud, Sudáfrica.

Este artículo examina los procesos de elaboración de políticas, de presupuestos y la implementación de servicios en tres provincias de Sudáfrica. Se basa en entrevistas con administradores del sector público sanitario de diferentes niveles de gobierno, sobre su experiencia de cambios rápidos de política y de reestructuración del sector salud en Sudáfrica, desde 1994. El foco de atención está puesto en la descentralización, combinada con esfuerzos para promover la integración, como piedra angular de esta reestructuración del sector salud.

Desde 1994, la política de salud de Sudáfrica está basada en el enfoque de atención primaria de salud con un fuerte énfasis en la equidad y el compromiso con el acceso universal a servicios de atención primaria integrados y comprehensivos. Una meta clave de la política fue la reducción de las desigualdades y la expansión del acceso a servicios mejorados: "se debe poner el énfasis en llegar a los pobres, los insuficientemente atendidos, los ancianos, las mujeres y los niños, que están entre los más vulnerables"[1].

En línea con este compromiso, se ha dado alta prioridad a la salud materno-infantil y de las

mujeres (SMIM), a través de diversas políticas específicas sobre salud reproductiva, que incluyen:

- atención gratuita en todos los niveles del servicio de salud para mujeres embarazadas y niños menores de seis años de edad[2],
- atención gratuita de salud para todos los sudafricanos en el nivel primario de atención[3],
- aborto a solicitud en el primer trimestre de embarazo y, luego, por razones médicas y socioeconómicas[4],
- programa nacional de despistaje cervical[5],
- un sistema de investigación confidencial sobre muertes maternas[6], y
- un programa de alimentación en escuelas[7].

La política exige que estos servicios sean proporcionados de manera integrada: "Todos los establecimientos de salud, hasta donde sea posible, prestarán los servicios SMIM, en un mismo punto de entrega, a la manera de 'supermercado'"[1]. Sin embargo, esta política no ha sido completamente implementada y muchos establecimientos aún no proporcionan servicios integrados.

Descentralización y el sistema de salud

La descentralización, que es la transferencia de responsabilidades de planificación, administración y financiación desde el gobierno central a los niveles gubernamentales periféricos, ha sido una reforma del sector salud clave en un amplio espectro de países de bajos y medianos ingresos, en la última década o más[8-11]. La consideración de la experiencia sudafricana de descentralización, por lo tanto, puede proporcionar aportes valiosos para otros países que han pasado por el proceso de descentralización de los servicios de salud recientemente, o que están actualmente en él, particularmente si están afrontando, simultáneamente, desafíos relativos a la integración de programas de salud reproductiva y otros programas tradicionalmente verticales, en una entrega de servicios comprehensiva.

La descentralización puede tomar diferentes formas, que se distinguen en términos del alcance y la naturaleza de la facultad para la toma de decisiones que se otorga al nivel periférico. Las formas más frecuentes son: (i) devolución, que es la creación o fortalecimiento de niveles subnacionales de gobierno, tales como las autoridades de gobiernos provinciales y locales, para que tengan una facultad política y administrativa considerable para la toma de decisiones con respecto a una gama de funciones (por ejemplo, salud, bienestar social, educación);y, (ii) desconcentración, en la cual se da alguna facultad sobre decisiones administrativas (pero no autoridad política), a las oficinas locales de un departamento gubernamental específico, tal como la creación de oficinas distritales del departamento de salud[8].

En Sudáfrica impactaron dos procesos paralelos de descentralización[12]. En primer lugar, hubo un proceso de devolución de facultades considerables a los gobiernos provinciales y locales. Se introdujo una estructura cuasi-federal, con importante autonomía para los gobiernos provinciales poco tiempo después de las elecciones de 1994. La devolución total a los gobiernos locales se dio algo más tarde, porque el proceso de demarcación de las fronteras gubernamentales locales y la celebración de las elecciones locales, recién culminaron a fines de 2000. Sin embargo, la Constitución también previó para esta esfera de gobierno una considerable autonomía en la toma de decisiones.

En términos de la Constitución, las esferas de gobierno nacional, provincial y local, tienen poderes concurrentes para el sector salud. Así, se considera que todas las esferas tienen alguna responsabilidad sobre los servicios de salud, aunque en relación a diferentes aspectos. El gobierno nacional es el principal responsable del desarrollo de la política y de la coordinación general del sector salud. Las provincias tienen las mayores responsabilidades en la entrega de servicios, incluyendo todos los de hospitales y, algunos servicios, principalmente curativos, de atención primaria. Los gobiernos locales tradicionalmente han sido responsables de la provisión de servicios preventivos de atención primaria. Ahora hay esfuerzos para proporcionar servicios de salud completos e integrados en todas las instalaciones de atención primaria (por ejemplo, promoción de la salud más una gama completa de servicios preventivos y curativos), sean parte de

los departamentos de salud de los gobiernos provinciales o de los locales.

La segunda forma de descentralización en Sudáfrica fue la de desconcentración dentro de los departamentos de salud provinciales hacia los distritales y, en algunas provincias, a las regiones (que es un nivel entre el distrital y el provincial). La creación de los distritos de salud ocurrió en la mayoría de las provincias antes de que hubieran finalizado de establecerse los límites gubernamentales locales. Como producto de ello, los límites distritales de salud con frecuencia no coinciden con los límites gubernamentales locales[12].

La falta de claridad acerca de ciertas responsabilidades y canales de rendición de cuentas producida por estos procesos paralelos de devolución y desconcentración ha sido exacerbada por la permanencia de estructuras administrativas de diversos programas de salud que antes fueron verticales. En el pasado se organizó verticalmente programas tales como los de control de enfermedades transmisibles, nutrición, ETS/VIH/SIDA, y algunos servicios de salud materna, infantil y de mujeres (SMIM); la planificación y administración de cada programa ocurría independientemente de otros servicios desde el nivel central hasta el nivel de la entrega del servicio. Hoy estos servicios deben ser proporcionados de forma integrada, bajo la responsabilidad de los administradores distritales y de establecimientos, en relación a la planificación y administración de todos los servicios. A pesar de que la política va hacia la integración, aún existen administradores de programa "verticales" a nivel nacional y provincial. Por ejemplo, hay un director y un administrador de programa específicos para los servicios de SMIM (que en algunas zonas han tomado el nombre de salud sexual y reproductiva [SSR]) en el departamento nacional de salud y en cada departamento de salud provincial. Estos administradores tienen la responsabilidad de supervisar, a nivel de los establecimientos, la implementación de la política relativa a cualquier tema de SMIM/SSR (por ejemplo, atención del embarazo, despistaje del cáncer cervical, aborto). Los administradores de programas de SMIM/SSR a nivel nacional y provincial hacen esto relacionándose con los administradores a nivel distrital y de los establecimientos, quienes se ocupan principalmente de la entrega de servicios integrados, y persuadiéndolos de que implementen políticas de SMIM/SSR de manera apropiada. Sin embargo, ellos mismos tienen un poder muy limitado.

Temas de financiación de la atención a la salud

La devolución de la responsabilidad política y de buena parte de la de la entrega de servicios a los gobiernos provinciales y locales ha venido acompañada por la descentralización fiscal; otorgándoles, por ejemplo, una autonomía significativa en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos entre y dentro de los sectores. El financiamiento a los gobiernos provinciales y locales se da a través de la combinación de ingresos propios –es decir, generados por los mismos establecimientos– y de transferencias en bloque desde el nivel nacional[13]. Las decisiones sobre la distribución de estos recursos entre los actores son tomadas por las oficinas de presupuesto y por los cuerpos legislativos provinciales y, de manera similar, por las entidades presupuestales y los consejos gubernamentales de nivel local. La asignación de presupuesto a los departamentos de salud gubernamentales locales son complementados por subsidios de los departamentos provinciales de salud.

El financiamiento principal de los servicios de SMIM/SSR proviene de la asignación de presupuesto para la provisión de servicios integrados a los establecimientos individuales. Los administradores nacionales y provinciales de SMIM/SSR tienen presupuestos muy pequeños, que son usados para financiar sus funciones de supervisión y para apoyar la implementación de las políticas de SMIM/SSR (por ejemplo, para capacitar a personal para la entrega de servicios particulares). A veces, se otorga asignaciones especiales a estos administradores, para que inicien un nuevo servicio (por ejemplo, terminación del embarazo).

Metodología

Este artículo se sustenta en gran medida en la investigación que se llevó a cabo a fines de 1999 y comienzos de 2000[14]. Está basado en las entrevistas

a un administrador de salud de nivel nacional, nueve de nivel provincial y siete del gobierno local, así como a tres administradores de establecimientos y cinco administradores regionales o distritales. Se realizó las entrevistas con los nueve administradores provinciales hechas en tres provincias, incluyéndose en la selección a administradores responsables de todos los servicios a nivel distrital o de atención primaria, a los responsables de los programas de salud reproductiva o materna e infantil, y a los administradores financieros. Las entrevistas, conducidas telefónicamente por un único entrevistador, utilizaron un cuestionario estructurado y abierto. Los objetivos del cuestionario (y de la investigación) fueron el obtener aportes sobre:

- la relación entre las tres esferas del gobierno, y entre los niveles provinciales, regionales y distritales, en el desarrollo de políticas y en la implementación de las mismas;
- el proceso de formación del presupuesto, la participación de varios grupos de interés en la toma de decisiones sobre el presupuesto y los mecanismos para tomar en cuenta los cambios de políticas en la elaboración del presupuesto;
- el involucramiento personal del entrevistado en los procesos de elaboración de políticas y presupuestos, y si ello cumplió con sus expectativas;
- la interacción entre administradores de programas 'verticales' y administradores de provisión de servicios integrados (a niveles provinciales, regionales, distritales y de los establecimientos, así como dentro de los departamentos de salud de los gobiernos locales); y,
- la calidad de atención proporcionada y factores que influyen en la calidad del servicio.

El análisis de la información de la entrevista se guió por el enfoque de Walt y Gilson al análisis de políticas[15]. Dicho enfoque resalta que no sólo es importante centrarse en el contenido de las políticas o en los temas de diseño. Es de igual importancia considerar el contexto en el cual se desarrolla e implementa la política, los valores y roles de los diferentes actores en el desarrollo e implementación de políticas, y el proceso de identificación, formulación e implementación de políticas.

Dada la naturaleza cualitativa de los datos, se pidió a varios informantes clave (investigadores del sistema de salud y administradores principales) revisar el borrador de los hallazgos para asegurar que las conclusiones derivadas de los mismos fueran las apropiadas. Adicionalmente, se hace referencia a la evidencia de otras investigaciones de reciente publicación que apoyan a la presente.

Formulando políticas

Constitucionalmente, la principal responsabilidad de la toma de decisiones del sector salud reside en el Departamento de Salud Nacional. Sin embargo, los departamentos de salud del gobierno provincial y local esperan aportar a este proceso de manera amplia. Ello fue expresado sistemáticamente por los entrevistados.

"Ciertamente, no se aceptará decisión alguna que no haya tenido aportes de SALGA [Asociación Sudafricana de Gobierno Local]. Lo nacional se ha dado cuenta de que tiene que contar con el aporte del gobierno local". (Administrador de gobierno local)

Esta expectativa está directamente relacionada con el contexto político prevaleciente en Sudáfrica. El proceso de transformación política y de concreción de las primeras elecciones democráticas del país crearon expectativas considerables de una mayor participación en la toma de decisiones dentro de la sociedad sudafricana. Cuando a esto se le añade la autonomía sustancial otorgada a través del proceso de devolución, se produce un fuerte sentimiento de que la toma de decisiones debe ser democrática y transparente y debe, con certeza, involucrar a las tres esferas de gobierno.

También hay razones pragmáticas para esperar dicha participación. Dado que la implementación de las políticas de salud es principalmente responsabilidad de los departamentos de salud de los gobiernos provinciales y locales, estas esferas de gobierno tienen un legítimo interés en asegurar que las políticas sean realistas y factibles.

Dentro de este contexto, resultan críticos el proceso de desarrollo de políticas, particularmente el grado en que se consulta a los actores clave, y el proceso de implementación de políticas, especialmente si es que los objetivos de las políticas están comunicados adecuadamente y los responsables de su implementación están involucrados en la planificación de este proceso. Existen diversas estructuras establecidas para asegurar que los administradores de salud gubernamental provincial y local de mayor nivel sean involucrados en la determinación de nuevas direcciones de política. Por ejemplo, un Comité de Reestructuración de Salud Provincial (PHRC, por sus siglas en inglés), constituido por el jefe del departamento de salud nacional y de los nueve departamentos provinciales, así como los representantes de SALGA, se reúne mensualmente para discutir temas de políticas e implementación.

A pesar de que se han hecho esfuerzos para asegurar que los más altos representantes de los gobiernos provinciales y locales se involucren en procesos clave de toma de decisiones de política, la participación de otros administradores de salud no ocurre de manera significativa. Los administradores de los niveles regional, distrital y de establecimientos se sienten excluidos de los procesos de toma de decisiones, y, por lo tanto, se sienten devaluados y desempoderados, y les resiente que sólo se espere de ellos la implementación de las decisiones hechas por sus superiores. Con frecuencia se refieren de la manera que sigue a los procesos de elaboración de políticas: "Es totalmente de arriba a abajo", y "Ellos sólo nos dicen, 'Esta es la política desde lo nacional y usted la tiene que implementar'". Así como los funcionarios principales de los gobiernos provinciales y locales esperan ser consultados por el Departamento de Salud nacional, los administradores a sus órdenes también tienen la expectativa de ser consultados.

Así no sea factible satisfacer estas expectativas, es muy preocupante que sean escasos los esfuerzos, incluso para comunicar adecuadamente las decisiones sobre las políticas a los administradores de niveles inferiores y a los trabajadores que están en la primera línea de contacto con la población usuaria del sistema salud. Frecuentemente se les notifica con poca anticipación a aquéllos que se espera que implementen las decisiones de política, por lo que tienen poco tiempo para planificar. Un administrador regional comentó, con relación a la nueva política para incluir Hib (*Haemophilus influenzae* Tipo B) entre los estándares de vacunas infantiles:

"Cuando oímos acerca de esto, era junio, y tenía que ser implementado en julio, así que casi no tuvimos tiempo para discutir sobre todo el asunto".

La falta de consulta en el desarrollo de nuevas políticas y la falta de comunicación acerca de los cambios de política pueden tener efectos adversos significativos en la moral del personal. Esto ha sido demostrado con relación a diversas políticas nuevas. Por ejemplo, había mucho resentimiento entre los trabajadores de salud sobre el proceso de introducción de la atención de salud gratuita para mujeres embarazadas y para niños menores de seis años[16]. Todos los trabajadores y administradores de salud, con la excepción de unos pocos de los funcionarios de más alto nivel del departamento nacional de salud, escucharon acerca de la política por primera vez cuando el Presidente lo anunció en un discurso público, a pocas semanas de ser introducida. La falta de comunicación, particularmente sobre las razones que la fundamentan, ha resultado en que los trabajadores de salud y los administradores de niveles inferiores se formen sus propias opiniones, frecuentemente negativas, acerca del valor de esta política. Una investigación previa, conducida un año después de que la política fuera presentada, indicaba que los trabajadores de salud creían que la política exacerbaba la pobreza de las condiciones de trabajo, particularmente, el congestionamiento y la escasez de personal en los establecimientos de salud. En particular, los trabajadores de salud que están en la primera línea de contacto con las usuarias temían que las pacientes abusaran de esta política, y algunos argüían que esto "alentaría a las mujeres a salir embarazadas", a pesar de que no existe evidencia empírica de que esto haya ocurrido[2,17].

Han surgido preocupaciones similares con relación a la implementación de una nueva política

dirigida a incrementar el acceso a abortos legales y seguros. Los administradores de servicio han expresado su preocupación por el hecho de que los administradores de programa no les hayan consultado con respecto a dónde, cuándo y cómo implementar los servicios de aborto[18]. En una provincia, los proveedores de servicios de aborto ubicaron como el obstáculo más grande para la implementación de esta política al problema de la resistencia de la administración para hacer que los servicios de aborto sean accesibles en sus establecimientos[19]. La exclusión de los administradores del Grupo Consultor Nacional de Terminación del Embarazo, podría dar cuenta de ello[18]. Más aún, no se tomó medidas durante el proceso de desarrollo de la política para consultar con los trabajadores de salud o para abordar proactivamente los sentimientos negativos de muchos de los proveedores de salud con relación al aborto, a pesar de que ONGs de salud sexual y reproductiva, facilitaron talleres de esclarecimiento de valores, luego de que la legislación hubo sido promulgada y de que la implementación estaba en marcha[20]. Posiblemente sea de mayor preocupación la falta de apoyo del proceso de implementación de la política, en la mayoría de las provincias, a las enfermeras que trabajan en los servicios de aborto, las que han venido experimentando considerable estrés. Existe una escasez de proveedores que estén dispuestos a practicar abortos, y las enfermeras están llevando una pesada cuota emocional debido a su apoyo a la demanda de mujeres que necesitan abortos, por un lado, y por ser usadas como chivos expiatorios por sus colegas y miembros de la comunidad, por el otro[21].

Preocupa mucho que buena parte de las políticas que merecen actitudes negativas de los trabajadores de salud, debido a los procesos inadecuados de consulta y de comunicación de políticas, estén relacionadas a servicios de salud reproductiva, embarazos y servicios de salud no reproductiva proporcionados a mujeres. Esto se debe, parcialmente, a la falta de coherencia en las interacciones entre los administradores del programa SMIM/SSR a nivel provincial, los administradores distritales y de los establecimientos, y los proveedores directos de los servicios. Al mismo tiempo, sin embargo, las políticas que pueden despertar preocupaciones personales entre los proveedores de salud, tales como el aborto, deberían ser introducidas con un cuidadoso proceso de construcción de comprensión de las motivaciones que están detrás de las nuevas políticas, y promoviendo, en los proveedores de salud, la voluntad para participar en la provisión del servicio por razones de salud y de derechos[20]. Los administradores regional y distritales, en particular, deberían ser involucrados en estos ejercicios de comunicación y de esclarecimiento de valores, con apoyo de los niveles nacionals y provincial y de ONGs relevantes (en la forma de materiales y experticia en la conducción).

La mejora en la comunicación sobre los cambios en la política de salud es crítica para motivar a los administradores de menor nivel y a los trabajadores que están en contacto directo con las usuarias hacia la implementación de nuevas políticas. Como fue resaltado por otro proyecto de investigación basado en entrevistas con administradores de los establecimientos:

"Si usted explica la política antes de su implementación, hay una mayor probabilidad de lograr su cooperación... en vez de circulares que vienen de la provincia" [22].

Una investigación operativa conducida en tres provincias, creó mecanismos para la consulta general con proveedores de salud, acerca de los problemas del servicio de salud y de las posibles soluciones, a la vez que los involucraba en la autoreflexión acerca de sus roles y comportamientos. Esto ayudó a establecer un ambiente propicio para la introducción de políticas de salud reproductiva. En los casos en que los proveedores de salud no pasaron por dicho proceso, fueron menos receptivos tanto a los servicios de aborto como al despistaje cervical[23].

Formación del presupuesto y recursos financieros

La introducción de la descentralización fiscal ha resultado una gran autonomía en las esferas de los gobiernos provinciales y locales, para decidir sobre la asignación de los recursos entre el sector salud y los otros. Las oficinas de presupuesto de los gobiernos

provinciales y locales tienen considerable poder para determinar estas asignaciones intersectoriales[24,25]. A pesar de que cada departamento sectorial a sus respectivas oficinas presupuestales, a menudo éstas no establecen una conexión explícita o directa entre las asignaciones presupuestales y los cambios en las políticas sectoriales. Un aspecto clave del diseño de políticas y de un proceso de implementación apropiado consiste en garantizar que existan recursos adecuados para facilitar la implementación de nuevas políticas.

Esta falta de consideración de los recursos requeridos para los cambios de políticas impacta negativamente sobre la implementación de estas políticas. Los administradores entrevistados se refirieron repetidamente a la frustración al intentar implementar nuevas políticas que requieren servicios adicionales (por ejemplo, la provisión de abortos solicitados), pero que no son apoyados por cambios presupuestales. Cuando se introduce las políticas a mediados del año fiscal, a veces el gobierno nacional o provincial proporciona materiales adicionales para el resto de ese año, pero espera que el nivel de implementación cubra los costos con su presupuesto normal de allí en adelante. Por ejemplo, la funcionaria de un programa provincial describe cómo ella proporcionó equipo y guantes largos para todas las regiones donde era introducido el servicio de aborto a solicitud, y espéculo vaginal y esterilizadores para la nueva política de despistaje cervical, pero que eso era: "...para comenzar; de allí en adelante deben cubrirlo con sus propios presupuestos".

Las investigaciones recientes han resaltado el hecho de que ha habido muy poco crecimiento real en los presupuestos del sector salud, en la mayoría de las provincias, a lo largo de los últimos años[26]. De hecho, existe poca evidencia de que estén adecuadamente consideradas los requerimientos crecientes de recursos para las nuevas políticas.

"No creo que desde el lado nacional o provincial sean conscientes de lo que está pasando a nivel de las bases. Ellos están conformes con todos estos convenios, acuerdos y políticas que nosotros tratamos de implementar. Sin embargo, a veces no podemos hacerlo. No tenemos ni los recursos humanos ni los financieros". (Administrador de nivel inferior)

"Nuestras políticas son buenos deseos, más que reales... Empezamos diciendo que las cosas serían entregadas, porque eran las cosas apropiadas y la gente tenía derecho. Pero el derecho sin recursos no te lleva a ninguna parte". (Administrador provincial)

"Preguntamos, ¿de dónde viene el dinero para el AZT?' [refiriéndose a una directiva de política de que las sobrevivientes de violación deberían recibir AZT] Nosotros tenemos que proporcionarlo sólo, porque alguien ha aprobado la política... No tuvimos ninguna oportunidad de dar nuestro punto de vista sobre estos temas". (Administrador regional)

Aunque el departamento de salud provincial tiene poco poder para influir en la asignación de su presupuesto, su autonomía es grande para determinar la distribución de estos recursos a distritos, establecimientos y programas 'verticales' individuales. Sin embargo, sigue siendo muy centralizado este proceso presupuestal y, a veces, ni siquiera se proporciona retroalimentación sobre las asignaciones finales a los administradores de los niveles inferiores.

"Nosotros planificamos y se lo entregamos a [administradores provinciales] y regresa siendo una cosa totalmente diferente... Se nos pide que presupuestemos y enviemos cifras, y luego se le recorta". (Administrador distrital)

"Cada año nos sentamos, planificamos y hacemos un presupuesto. Luego, lo presentamos. Luego, ellos te dicen que éste será discutido por la administración principal, pero nunca te dicen, 'Sí, puedes gastar un monto X de dinero o más". (Administrador de programa)

Dado el grado de descentralización que ha ocurrido dentro del sector salud, los administradores de nivel inferior tienen una expectativa justificable de que ellos tendrían la responsabilidad para desarrollar sus propios planes y presupuestos, y que se debería

dar a éstos debida consideración. Es sumamente desmoralizador para los administradores de menor nivel, el preparar planes y presupuestos que, en efecto, van a ser ignorados. Otro proyecto de investigación encontró que los administradores provinciales se quejaron de que los presupuestos desarrollados por las unidades descentralizadas eran "completamente irreales", porque no merecían ser tomados en cuenta al determinar la distribución del presupuesto[13].

Sin embargo, parte del problema es que los administradores de nivel inferior no están plenamente informados de las restricciones generales del presupuesto y, este problema podría ser fácilmente abordado proporcionando pautas de asignación en el marco de las cuales deberían presupuestarse los programas "verticales", los establecimientos y los distritos. Las prácticas inadecuadas de elaboración de presupuesto también son exacerbadas por la falta de capacidad administrativa financiera en los niveles descentralizados[13]. Aunque existen iniciativas para desarrollar dicha capacidad, aún están ausentes en muchas provincias otras intervenciones simples, tales como la provisión de pautas para las asignaciones presupuestales. Al seguir permitiendo la elaboración de presupuestos irreales en los niveles inferiores, los administradores provinciales no hacen sino contribuir al desempoderamiento y desmoralización de los administradores de nivel inferior.

A pesar de que es evidente que existe una mayor capacidad de administración financiera en muchos departamentos de salud de los gobiernos locales, que en los niveles inferiores de los departamentos provinciales[14], existen preocupaciones similares acerca de que los múltiples requerimientos de la nueva política no están siendo acompañados por una mejora de recursos. Los departamentos de salud de los gobiernos locales están en una posición particularmente difícil, por cuanto dependen, hasta cierto punto, de las asignaciones de subsidios de los departamentos de salud provinciales. La investigación reciente sobre la financiación de la atención de salud en el gobierno local ha indicado que muchos gobiernos locales se quejan de las demoras en la recepción de subsidios, mientras que algunos han informado que los subsidios son, a veces, arbitrariamente cortados por el departamento de salud provincial a mediados de un año fiscal[25].

El resentimiento de los administradores de nivel inferior y de los trabajadores, por su exclusión del proceso de toma de decisiones, es agravado por la falta de recursos financieros para implementar adecuadamente las numerosas directivas de política.

Implementación y oferta de servicios

Varios factores han contribuido a dificultar la implementación de la política y han impactado negativamente sobre la calidad de los servicios ofrecidos. El ritmo del cambio ha sido rápido y el alcance de la reestructuración sustancial. Ha sido una enorme empresa el proceso de reestructuración de los servicios de salud de la anterior administración, que estaban fragmentados por líneas divisorias raciales, a un sistema de salud unificado aunque descentralizado. Muchos sintieron que el centro de la reestructuración, durante las fases iniciales, se alejaba de una mejora en los servicios ofrecidos. Cuando se combinó esta reestructuración con la introducción de una gama de nuevas políticas sobre una base estable, muchos administradores se quejaron de que se estuviera esperando cambios masivos, mientras que "a menudo ni siquiera estamos haciendo bien las cosas básicas".

"Estamos avanzando demasiado lentamente para las expectativas y demasiado rápido para la capacidad del sistema de sostener los cambios... Nuestro personal está aturdido... Nos concentramos demasiado en la reestructuración y la transición y no lo suficiente en el servicio". (Administrador provincial)

Más aún, a pesar de la política oficial de integrar los servicios de atención primaria de salud, la práctica histórica de cierto personal que proporciona un solo servicio (por ejemplo, planificación familiar) y de atender algunos servicios sólo ciertos días de la semana (por ejemplo, la clínica de salud infantil los lunes en la mañana), continúa en muchos establecimientos. Los usuarios de los servicios, por otro lado, los prefieren integrados.

"Los usuarios se quejaban de que las clínicas ofrecían diferentes servicios en diferentes días y reclamaban una gama de servicios ofrecidos en un solo punto de entrega de servicios (llamado el 'enfoque del supermercado' en Sudáfrica). El personal de alto nivel también favorecía el enfoque de supermercado; sin embargo, muchos proveedores, aunque no cuestionaban el valor de la oferta de servicios múltiples en una visita, sostenían que esto incrementaría bastante su carga de trabajo"[23].

Otra investigación reciente ha encontrado que "los administradores distritales enfatizaban el impacto negativo de los programas provinciales verticales en la planificación integrada a nivel distrital"[27]. Esto se ha exacerbado por la desconcentración hacia las regiones y distritos de salud, dado que sólo hay administradores de programa a nivel nacional y provincial, y no hay administradores asignados al programa en los equipos de administración de salud regionales y distritales. En lugar de ello, se espera que los administradores regionales, distritales y de los establecimientos asuman alguna responsabilidad por todos estos programas. Como señaló un administrador distrital entrevistado en otro estudio:

"... en la oficina provincial hay tantas personas conduciendo los programas, cada uno conduce un programa; cuando se va al nivel distrital, todo recae sobre una sola cabeza, lo que lo hace muy difícil" [27].

Uno de los problemas clave se relaciona a las líneas conflictivas de la rendición de cuentas. Por ejemplo, el personal del establecimiento involucrado en la provisión de los servicios dentro de un programa "vertical", debería rendir cuentas a su administrador del establecimiento, en línea con el proceso de descentralización; sin embargo, los administradores de programa provinciales también tratan de exigirles cuentas. Muchos administradores de nivel inferior y trabajadores de salud perciben aún más problemáticas las demandas que los diferentes administradores de programa les plantean. Esto es particularmente evidente con relación a la capacitación, donde los administradores de programa frecuentemente esperan que los proveedores de servicios estén disponibles para la capacitación relacionada a su programa particular[22]. Un administrador regional indicó que su personal invertía el 40% de su tiempo en cursos de capacitación:

"Estamos, cada vez más, comenzando a decidir [sobre capacitación] a nivel regional, pero la realidad de lo que pasa es que la oficina provincial te envía un facsímil diciendo que la próxima semana hay una capacitación sobre quemaduras, que, por favor, envíe a alguien. Luego, que hay una cumbre sobre VIH y el ministro quiere que alguien asista... Todo el mundo está capacitado hasta el cuello".

Los propios administradores de programa enfrentan una gran frustración dado que su rol es el de proporcionar programáticamente apoyo técnico vertical a los distritos, y ayudarles en el monitoreo de la implementación del programa[28]. Si bien son responsables de los programas, para implementarlos tienen que depender de otros, sobre los que no tienen autoridad. Un administrador de programa expresó este desafío de esta manera: "Uno tiene que lograr cosas a través de otros; uno facilita, pero no tiene el poder para decir 'Esto debería suceder en este día'» (refiriéndose a la práctica persistente de ofrecer sólo ciertos servicios en determinados días de la semana). Otra administradora de programa se sintió desempoderada por su falta de influencia sobre la implementación del proceso:

"Tengo que decir 'Por favor, por favor haga esto o lo otro'... Pero luego las regiones plantearán sus propias restricciones y lo harán a su propio ritmo".

La discusión anterior resalta la importancia de una consideración cuidadosa de cómo los administradores de programas "verticales" deberían interactuar con los administradores y trabajadores de salud en establecimientos de servicios integrados. Son críticas la demarcación clara de los roles y responsabilidades, el otorgamiento de facultades de acuerdo a la responsabilidad, y las pautas claras para la rendición de cuentas. Esto es especialmente importante en un sistema descentralizado. Si la administración de servicios aún estuviera concentrada en el nivel provincial, los administradores de

establecimientos y los trabajadores de salud estarían más dispuestos a responder a las directivas provinciales, ya sea de un administrador de programa general o "vertical". Sin embargo, donde la administración de servicios se ha desconcentrado hacia el nivel distrital, los administradores distritales y de establecimientos y los trabajadores que tienen el primer contacto con las usuarias difícilmente aceptarán amablemente las intervenciones de los administradores de programa provinciales. Como lo expresó un administrador regional:

"Los administradores de programa tienden a interferir con los asuntos operativos, lo que nos pone frenéticos".

Como ha sido resaltado en la literatura sobre la descentralización, es tan importante reestructurar el centro en esta instancia para reestructurar la administración de programas "verticales" dentro de los departamentos de salud nacional y provinciales, como desarrollar la capacidad administrativa en los niveles inferiores al descentralizar los servicios de salud[29].

Moral del personal y condiciones laborales

El factor final que impacta significativamente sobre la implementación de la política y la calidad general de la oferta del servicio de salud, es el de la moral y las actitudes del personal. Muchos estudios recientes de los servicios de salud en Sudáfrica han resaltado problemas importantes a este respecto. Por ejemplo, un artículo reciente indicaba que los factores que contribuyen a las debilidades de la calidad de los servicios de salud "incluyen problemas infraestructurales, brechas en la disponibilidad de medicinas y, tal vez el más pernicioso, la descortesía e incluso abuso del personal hacia los pacientes"[30]. Esto también ha sido anotado, más específicamente, con relación a los servicios de salud reproductiva:

"La queja principal de las mujeres sobre los servicios de salud reproductiva, ya sea de planificación familiar o servicios maternos, fue la actitud hostil de los trabajadores de salud"[31].

En el presente estudio, cuando se les preguntó a los administradores si la falta de recursos financieros y otros era el impedimento mayor para proporcionar servicios de alta calidad, la gran mayoría de ellos indicó que las actitudes y la moral del personal eran más importantes a este respecto. Un entrevistado citó el siguiente ejemplo para apoyar su afirmación:

"Había una clínica que siempre estaba llena y otra, tal vez a siete kilómetros de distancia, que no tenía movimiento. Pero los pacientes venían de ésta hacia la llena. Tomamos a una enfermera de la clínica llena y la pusimos en la de poco movimiento y, al poco tiempo, esta clínica estaba llena. Entonces pudimos ver que se trataba de un asunto de actitudes". (Administrador provincial)

Muchos factores influyen en la moral y las actitudes del personal, incluyendo el descontento con los salarios y otras condiciones laborales. Un funcionario provincial anotó:

"Existe escasez de enfermeras capacitadas... Salen del país a Arabia Saudita, a Inglaterra... Las personas esforzadas no están recibiendo ningún incentivo y una persona dirá 'He trabajado por 20 años y no hay promoción, no hay dinero extra, ninguna asignación por trabajo nocturno".

Otros entrevistados no simpatizaron tanto con este argumento e hicieron declaraciones como la siguiente:

"Existe una apatía moral en el país, en este momento. Un sentido de derecho adquirido, ¿por qué debo trabajar por lo que gano?".

Se requiere mayor investigación para evaluar la medida en que estos puntos de vista divergentes prevalecen y reflejan la realidad en el terreno.

Otro factor que contribuye es la incertidumbre creada por la reestructuración en marcha del sector salud. El administrador de una clínica observó que "la gente no está muy contenta con cambiar todo el tiempo, la gente le teme al cambio". El proceso de reestructuración en Sudáfrica ha involucrado el recorte de puestos de trabajo, lo que crea una gran

inseguridad en el trabajo. Esto es exacerbado por la falta de transparencia en este proceso de transformación:

"Tú recibes un chisme de pasillo de que este o aquel director se va a ir. Si tan sólo alguien viniera a decirle a la gente que no hay una agenda escondida y, de frente, les contara lo que ocurre, detalladamente". (Administrador de programa provincial)

Algunos entrevistados identificaron otro factor contribuyente, y es que el personal siente que es poco valorado o apreciado por sus superiores o por el público.

"El público es exigente. Ellos no regresan y dicen 'Gracias por el servicio'. El cuerpo de enfermeras también tiene derechos humanos. El público espera demasiado". (Administrador regional)

Conclusiones y recomendaciones

Este artículo pretende contribuir a la comprensión de las dimensiones personales del cambio de políticas. Destaca el hecho de que las instituciones están hechas de personas en relaciones de poder. Indica, de manera particular, que los administradores de nivel inferior y los trabajadores que están en la primera línea de atención son actores importantes en el proceso de implementación de las políticas. La forma en que los actores clave experimenten el proceso de cambio influirá en la manera en que se diseñe las políticas, y en si éstas serán implementadas o dejadas de lado. Estos procesos tienen que tomar en cuenta el contexto prevaleciente que, en el caso de Sudáfrica, ha incluido el aumento de la expectativa de procesos transparentes y consultivos, desde las elecciones de 1994, y las implicancias de la introducción de un sistema con un alto nivel de transferencias políticas y administrativas. En el contexto sudafricano, también ha sido importante la falta de consideración de cómo los administradores de programa "verticales", incluyendo a aquéllos de los programas de salud sexual y reproductiva, se vinculan con la oferta de servicios integrados descentralizados, lo que puede exacerbar la confusión de roles y responsabilidades, y las líneas

ABBAS / MAGNUM PHOTOS

Ciudad del Cabo, Sud Africa 1999.

de rendición de cuentas, que frecuentemente acompañan a la introducción de la descentralización.

Es importante tener en claro cuáles son las expectativas de los administradores de salud y de los trabajadores de la primera línea de contacto con los usuarios cuando se estructura los servicios de salud de forma descentralizada; particularmente, cuando se hace conjuntamente con un proceso de democratización política. Allí donde la elaboración de políticas a nivel nacional era totalmente centralizada, y se espera que la descentralización resulte en una mayor participación, únicamente de los administradores de mayor jerarquía en los niveles descentralizados, es necesario que ésto se haga explícito para los administradores de nivel inferior y los trabajadores de salud, para evitar expectativas irreales.

Mínimamente, es esencial mejorar la comunicación con estos grupos una vez que se ha tomado las decisiones de política, para promover la aceptación e implementación exitosa de las políticas. Los administradores distritales y de establecimientos deben ser empoderados mediante comunicaciones oportunas desde el nivel provincial en cuanto a nuevas políticas; de esta forma pueden, a su vez, comunicarse adecuadamente con su personal, y motivarlo. Estos procesos de comunicación deben incluir discusiones para el esclarecimiento de valores, y permitir la participación del equipo en el planeamiento y en la implementación de las políticas.

Es igualmente importante asegurar que se dé a las unidades descentralizadas la autoridad y la capacidad para preparar sus propios presupuestos y sustentar la implementación de las políticas con evaluaciones realistas de las implicancias de sus recursos.

El valor, para los SMIM/SSR, de la administración separada de programas de nivel nacional y provincial requiere de una cuidadosa evaluación. Indudablemente, existe algún valor en tener un administrador a nivel provincial que sistemáticamente refuerce la importancia de estos servicios ante los administradores de nivel inferior y los trabajadores de salud, que pueda apoyar la implementación de nuevas políticas de salud sexual y reproductiva, y que monitoree la entrega de servicios. Si permanece esta estructura programática, la planificación del programa debe darse con la activa participación de los administradores distritales para mejorar la percepción de estos servicios programáticos como una parte integral de los servicios distritales. Sin embargo, puede ser más apropiado dar a los administradores distritales y de los establecimientos, la responsabilidad completa por los servicios integrados dentro del contexto de prioridades de política claramente especificadas, junto con el desarrollo de habilidades para mejorar su comprensión de los aspectos clave de los programas "verticales" vigentes. Se requiere mayor consulta sobre estos enfoques alternativos.

Se requiere, con carácter de urgencia, de mayor investigación sobre la magnitud y las causas de la baja moral del personal, para que se puedan tomar las medidas apropiadas para abordar este crítico problema.

Mucho de la literatura sobre la descentralización se centra en asuntos estructurales y técnicos, con poca consideración por lo que se percibe como temas "más suaves", tales como el comprometer al administrador y al trabajador de salud en la reestructuración y los cambios de política, y el reconocimiento y atención de los temas sobre la moral del trabajador de salud. Si se pasa por alto el lado humano de la descentralización, no serán implementadas satisfactoriamente las políticas clave de salud, tales como aquéllas para la salud sexual y reproductiva.

Reconocimientos

El documento principal en el cual se basa este artículo fue comisionado por Women's Budget Initiative, que comprende el Parliamentary Committee on the Status of Women, the Community Agency for Social Enquiry (CASE) y el Institute for Democracy in South Africa (IDASA). Fue publicado como: Klugman B, McIntyre D. From policy, through budgets, to implementation: delivering quality health care services. En: Budlender D. editora. The Fifth Women's Budget. Ciudad del Cabo: IDASA, 2000. Quisiéramos agradecer a Debbie Budlender de Initiative, por sus aportes y apoyo editorial, a quienes participaron en la conceptualización inicial y a quienes aceptaron ser entrevistados.

Referencias

1. Department of Health. White Paper for the Transformation of the Health System in South Africa. Pretoria: Government Printer, 1997.
2. Schneider H, Gilson L. The impact of free maternal health care in South Africa. In: Berer M, Ravindran TKS, editors. Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues. London: Reproductive Health Matters, 2000.
3. Gilson L, Doherty J, McIntyre D, et al. The Dynamics of Policy Change: Health Care Financing in South Africa 1994–99. Monograph No. 66. Johannesburg: Centre for Health Policy and Health Economics Unit, 1999.
4. South Africa (Republic). Choice of Termination of Pregnancy Act. 1996.
5. Fonn S, Klugman B, Dehaeck K. Towards a national screening policy for cancer of the cerviz in South Africa. Johannesburg: Women's Health Project, Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand, 1993.
6. Department of Health. <www.doh.gov.za/docs/reports/mothers/aimsenquiry.html>. Accessed 23 January 2003.
7. Child Health Unit. The national evaluation of the primary school nutrition programme. Durban: Health Systems Trust, 1997.
8. Mills A,Vaughan J, Smith D, et al. Health System Decentralisation: Concepts, Issues and Country Experiences. Geneva: World Health Organization, 1990.
9. Kohlemainen-Aitken R, Newbrander W. Lesson from FPMD: Decentralizing the Management of Health and Family Programmes. Boston: Management Sciences for Health, 1997.
10. Collins C. Decentralisation. In: Janovsky K, editor. Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research. Geneva: World Health Organization, 1996.
11. Bossert T. Decentralisation. In: Janovsky K, editor. Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research. Geneva: World Health Organization, 1996.
12. Gilson L, Morar R, Pillay Y, et al. Decentralisation and health system change in South Africa. Johannesburg: Health Policy Co-ordinating Unit, 1996.
13. McIntyre D, Thomas S, Mbatsha S, et al. Equity in public sector health care financing and expenditure in South Africa. Durban: Health Systems Trust, 1999.
14. Klugman B, McIntyre D. From policy, through budgets, to implementation: delivering quality health care services. In: Budlender D, editor. The Fifth Women's Budget. Cape Town: IDASA, 2000.
15. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy and Planning 1994;9(4):353–70.
16. McCoy D. Free health care for pregnant women and children under six in South Africa: an impact assessment. Durban: Health Systems Trust, 1996.
17. McCoy D, Khosa S. ''Free health care'' policies. In: Health Systems Trust, editor. South African Health Review, 1996. Durban: Health Systems Trust and Henry J Kaiser Family Foundation, 1996.
18. Klugman B, Varkey S. From policy development to policy implementation: the South African Choice on Termination of Pregnancy Act. In: Klugman B, Budlender D, editors. Advocating For Abortion Access: Eleven Country Studies. Johannesburg: Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand, 2001.
19. Varkey S, Robertson E. Report on the Health Workers for Change—working to improve quality of abortion services workshop, to the MCWH directorate in the North West Province. Johannesburg: Women's Health Project, Department of Community Health, University of the Witwatersrand, 2000.
20. Dickson-Tetteh K, Rees H. Efforts to reduce abortion related mortality in South Africa. In: Berer M, Ravindran TKS, editors. Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues. London: Reproductive Health Matters, 2000.
21. Gmeiner A, Wyk SV, Poggenpoel M. Support for nurses directly involved with women who chose to terminate a pregnancy. Hunter Valley Midwives Association Journal 1999;7(5):30–35.
22. Leon N, Bhunu F, Kenyon C. Voices of facility managers. In: Health Systems Trust, editor. South African Health Review, 2001. Durban: Health Systems Trust and Henry J Kaiser Family Foundation, 2001.
23. Fonn S, Tint KS. Transforming reproductive health services in South Africa: women's health advocates and government in partnership. In: Haberland N,

Measham D, editors. Responding to Cairo—Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning. New York: Population Council, 2002.
24. McIntyre D, Thomas S, Mbatsha S, et al. Public sector health care financing and expenditure. In: Health Systems Trust, editor. South African Health Review, 1999. Durban: Health Systems Trust and Henry J Kaiser Family Foundation, 1991.
25. Mbatsha S, McIntyre D. Financing local government health services. In: Health Systems Trust, editor. South African Health Review, 2001. Durban: Health Systems Trust and Henry J Kaiser Family Foundation, 2001.
26. Thomas S, Muirhead D. National Health Accounts: The Public Sector Report. Pretoria: Department of Health, 2000.
27. Masilela T, Molefakgotla P, Visser R. Voices of district managers. In: Health Systems Trust, editor. South African Health Review, 2001. Durban: Health Systems Trust and Henry J Kaiser Family Foundation, 2001.
28. Harrison-Migochi K. Priority programme implementation. In: Health Systems Trust, editor. South African Health Review, 1998. Durban: Health Systems Trust and Henry J Kaiser Family Foundation, 1998.
29. Brijlal V, Gilson L, Mahon J, et al. Key issues in decentralisation. Washington DC: World Bank Institute, 1998.
30. McIntyre D, Gilson L. Putting equity in health back onto the social policy agenda: experience from South Africa. Social Science and Medicine 2002;54:1637–56.
31. Klugman B, Stevens M, van den Heever A, et al. From Words to Action: Sexual and Reproductive Rights. Health Policies and Programming in South Africa, 1994–1998. Johannesburg: Women's Health Project, Department of Community Health, University of the Witwatersrand, 1998.

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*
TEMAS DE
SALUD
reproductiva

Ampliando el Acceso a Anticonceptivos de Emergencia El Caso de Brasil y Colombia

Angela Heimburger[a], Claudia Gras[b], Alessandra Guedes[c]

[a]Asesora de Programa, Integrated Programs Unit, International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region (IPPF/WHR), New York NY, USA. Correo electrónico: aheimburger@ippfwhr.org
[b]Investigadora/Consultora Independiente, antes Evaluation Manager, IPPF/WHR
[c]Asesora de Programa Principal, Integrated Programs Unit, IPPF/WHR

Resumen: *en América Latina y el Caribe, la anticoncepción de emergencia (AE) cumple con los objetivos de reducir el embarazo no deseado, el aborto inseguro y la morbilidad asociada. La Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, ha creado un modelo para la integración de la anticoncepción de emergencia en los servicios de planificación familiar, atención posaborto, y prevención de las ETS/VIH, y en programas dirigidos a jóvenes y programas contra la violencia de género. Las asociaciones miembro en Brasil, Chile, Colombia, Venezuela y República Dominicana están probando el modelo en un proyecto de dos años. Se presentan estudios de caso de Brasil y Colombia que describen cómo las reformas del sector salud, tales como la descentralización y la competencia regulada entre las aseguradoras de salud y los prestadores de servicios, han incidido en las estrategias de promoción de AE desarrolladas por las asociaciones miembro de la IPPF. Se describe la experiencia de Profamilia Colombia con el registro de un producto dedicado y la provisión de AE en su red de clínicas, con un enfoque en la capacitación de proveedores y el trabajo con jóvenes. Se resalta también el estudio de BEMFAM sobre las distintas modalidades de ofrecer la AE en Brasil, por ejemplo, a todas las personas que optan por usar condones y otros métodos de barrera, y mediante acuerdos contractuales con las municipalidades.*

Palabras clave: anticoncepción de emergencia, introducción estratégica, servicios de salud sexual y reproductiva, reformas del sector salud, Brasil, Colombia

La anticoncepción de emergencia (AE) ha sido descrita como el "secreto mejor guardado de la planificación familiar"[1] desde que su efectividad fuera comprobada hace casi 30 años. Aunque la anticoncepción de emergencia ha llegado a los anaqueles de las farmacias y a las clínicas en muchos países, continúa siendo subutilizada en gran parte del mundo[2]. La anticoncepción de emergencia se refiere a varios tipos de métodos poscoito que evitan el embarazo no deseado. Todos ellos requieren de acción inmediata: la mujer debe iniciar el uso de pastillas anticonceptivas de emergencia dentro de las 72 horas luego del sexo sin protección, o debe hacer que se le coloque un dispositivo intrauterino (DIU) hasta cinco días después del coito. Si es usado correctamente, la efectividad del método de Yuzpe de pastillas combinadas de estrógeno y progestágeno es del 75%, la de las pastillas sólo de progestágeno, del 85% y la inserción de un DIU, del 99%. Estudios recientes sugieren que las pastillas AE son más efectivas cuanto más pronto se usen.[3-7].

La anticoncepción de emergencia cumple un papel singular en la combinación de métodos anticonceptivos en la región latinoamericana, contribuyendo a la meta más amplia de reducir los embarazos no deseados y, por lo tanto, los abortos inseguros y la mortalidad relacionada al aborto. La AE es crítica para mujeres que han experimentado violencia sexual, en tanto puede prevenir el embarazo producto de la violación, y es una de las razones para desarrollar vínculos entre los servicios legales y de consejería para mujeres que han experimentado violencia sexual, y el sector de salud. La AE también puede servir de puente hacia métodos anticonceptivos de largo plazo, o como un respaldo de primer nivel para métodos de barrera, como en el caso de uso inconsistente o incorrecto de condones, especialmente para adolescentes o usuarios de métodos por primera vez, o en el caso del no uso de anticonceptivo alguno. Dado su gran potencial para disminuir la incidencia de embarazos no deseados, la anticoncepción de emergencia debería ser puesta a disposición de todas las mujeres que pudieran requerirla. Los anticonceptivos orales apropiados para el método Yuzpe ya están fácilmente disponibles sin receta médica en la mayor parte de América Latina[8-10]; sólo en teoría se requiere de una receta médica.

A pesar de su papel singular, existe controversia y confusión en torno al uso de la AE. Los grupos antiopción sostienen (errónea o deliberadamente) que las pastillas AE son abortivas, y buscan equipararla al aborto médico temprano como argumento para condenarla[11]. Por lo tanto, se requiere de un abordaje basado en los derechos para defender a la AE de aquellos que restringirían el acceso de las mujeres a ella sobre bases legislativas y normativas mal informadas. Sin embargo, los estudios en diferentes países han demostrado que el mayor obstáculo a una difusión y uso más amplio de la anticoncepción de emergencia es la falta de información correcta y oportuna. Los proveedores de atención de salud no están conscientes o están mal informados sobre la AE y no la recetan, y las mujeres ignoran, tambien, su existencia y no la solicitan a los proveedores[12,13].

Un modelo estratégico para introducir la anticoncepción de emergencia en América Latina

La Federación Internacional de Paternidad Responsable, Región Hemisferio Occidental (IPPF/WHR) ha desarrollado un modelo estratégico para orientar la introducción de la anticoncepción de emergencia en programas de salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe. Este modelo identifica intervenciones para llegar a proveedores y usuarias potenciales, a través de los medios masivos y otros canales de comunicación, para fomentar actitudes favorables hacia la anticoncepción de emergencia, para mejorar el contexto legal y político, y para aumentar su disponibilidad y visibilidad. Propone que se integre la AE no sólo a los servicios de planificación familiar, servicios de consejería para mujeres que han experimentado violencia sexual, servicios orientados a jóvenes y a la atención posaborto, sino también a otros programas y sectores, incluyendo los servicios legales y de aplicación de la ley, escuelas y programas de jóvenes y comunitarios.

La introducción de la AE también debe tomar en cuenta las reformas del sector salud que están recorriendo la región latinoamericana, el clima sociopolítico, la estructura de los servicios de salud pública y el papel de los afiliados a IPPF y a otras ONG y servicios privados de salud. En algunos países, quienes promueven la AE pueden optar por trabajar intensamente con los diseñadores de políticas y los laboratorios / distribuidoras farmacéuticas; otros lo harán con proveedores potenciales y mujeres de la comunidad.

En julio de 2002, IPPF/WHR se embarcó en un proyecto de dos años para probar su modelo junto con afiliados de IPPF y otras organizaciones del sector público y privado en cinco países de América Latina y el Caribe –Brasil, Chile, Colombia, República Dominicana y Venezuela–. Los objetivos comunes de este estudio en los cinco países son:

- fortalecer la capacidad institucional para integrar la provisión de anticonceptivos de emergencia a los servicios de salud sexual y reproductiva;

- incrementar la conciencia sobre la anticoncepción de emergencia y el acceso a la misma; y
- aumentar el conocimiento sobre estrategias efectivas para promover la anticoncepción de emergencia.

El presente artículo resalta los contextos programáticos y políticos particulares para la introducción de anticonceptivos de emergencia en dos de los cinco países del estudio, Brasil y Colombia. En cada caso, exploramos el papel de la reforma del sector salud y las estrategias adoptadas en estos dos países para ampliar el uso de la AE.

Integración de servicios y la reforma del sector salud

La integración de los servicios de salud sexual y reproductiva surgió como parte del cambio de los programas tradicionales de planificación familiar hacia una constelación de servicios más amplia. Se ha identificado tres factores principales para facilitar el cambio con el fin de reestructurar y renovar la entrega de servicios más tradicional: (i) factores externos (como el grado de demanda y de apoyo de los donantes), (ii) acciones catalizadoras (como la construcción de consenso y la oferta de nuevas estructuras y servicios) y (iii) cambios operativos planificados (como las asociaciones extensivas al sector público o privado)[14,15]. Estos aspectos necesitan converger en lugar de competir unos con otros en el contexto más amplio de la reforma del sector salud para que un conjunto de servicios particular se integre exitosamente.

Es deber de las organizaciones de investigación, de entrega de servicios y de defensa y promoción, asegurar que el paquete de salud sexual y reproductiva no sea excluido durante las reformas, ni que se retroceda a los programas de planificación familiar demográficamente orientados del pasado. La reforma del sector salud puede tener un impacto positivo en los afiliados a IPPF y otros proveedores de servicios privados y de ONGs, en tanto los gobiernos están siendo alentados a contratar proveedores privados para llenar los vacíos en los servicios públicos. De otro lado, el impacto de las reformas puede ser negativo debido a la competencia resultante entre proveedores privados, o por no aprovechar las oportunidades en el momento adecuado[16]. Una de las principales fortalezas de IPPF como federación de afiliados voluntarios y autónomos que realizan trabajos de educación y defensa y promoción, y proveen servicios, es su capacidad para emprender proyectos multinacionales tales como la introducción de anticonceptivos de emergencia[17].

La promoción de la anticoncepción de emergencia en la región

Éste es un momento oportuno para aprovechar el ímpetu construido por el apoyo regional e internacional a la anticoncepción de emergencia a través del Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia y el Consorcio Latinoamericano sobre Anticoncepción de Emergencia (CLAE, por sus siglas en español). Este último, lanzado en el 2001, es una red de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG) que trabajan en salud, educación y derechos sexuales y reproductivos en la región del Hemisferio Occidental. Las metas del Consorcio Latinoamericano son:

- estandarizar el uso de la AE e incluirla en las normas relevantes de los ministerios de salud;
- difundir información y aumentar el acceso a la AE en sus diversas presentaciones para todos los niveles socioeconómicos con una perspectiva de género; y
- ampliar las iniciativas de mercadeo social para la comercialización y distribución de un producto dedicado a la AE, donde sea factible.

Las principales actividades de CLAE son fomentar la colaboración, liderar las estrategias y campañas de promoción y defensa, y crear un banco de artículos y materiales sobre la anticoncepción de emergencia. Los recortes en la atención a la salud reproductiva sólo se pueden detener con este tipo de participación consensuada de todos los niveles del gobierno y las ONG. IPPF/WHR es un miembro fundador de CLAE y es parte de su comité directivo; la coordinadora del Consorcio participó en la planificación de nuestra iniciativa multinacional, y tres de los cinco afiliados de IPPF son miembros de CLAE.

La primera conferencia anual de CLAE se llevó a cabo en Quito, Ecuador, en colaboración con el Consorcio Ecuatoriano para la Anticoncepción de Emergencia, en octubre de 2002. Se contó con la asistencia de 235 participantes de 20 países de la región, incluyendo legisladores, funcionarios del Ministerio de Salud, representantes de ONGs, investigadores, administradores de clínicas, activistas y los medios de comunicación, así como los coordinadores del proyecto multinacional de IPPF. Los objetivos de la conferencia fueron dar visibilidad a la AE y motivar a las autoridades de salud y a los legisladores para que incorporen la AE en las normas de programas de planificación familiar, salud reproductiva y violencia sexual de los ministerios de salud de la región y fomentar su abastecimiento a través de los servicios de salud pública[18].

Este esfuerzo colectivo es crítico para enfrentar los desafíos legales y políticos planteados en los últimos dos años a nivel nacional en varios países en perjuicio de la AE, por ejemplo en Chile y Argentina. En agosto de 2001, la Corte Suprema de Chile prohibió el uso de un producto dedicado a la AE, Postinal, denunciando que su acción abortiva era ilegal bajo la prohibición total al aborto en Chile. Yendo en contra de la sabiduría médica, los argumentos religiosos conservadores persuadieron a la Corte chilena de que el embarazo empieza con la fecundación, y que cualquier mecanismo que actúe luego de la fecundación produce un aborto. Irónicamente, cuatro meses después el Ministerio de Salud de Chile pudo registrar otro producto dedicado a la AE con ingredientes idénticos; éste, sin embargo, no es accesible para muchas mujeres chilenas en la actualidad. La decisión legal fue producto de la disputa entre el Instituto de Salud Pública gubernamental y grupos de mujeres, de un lado, y obispos católicos chilenos y la derecha conservadora, del otro. Aunque las mujeres han ganado esta batalla al asegurar el derecho a la AE en casos de violación, sexo sin protección o fallas en métodos anticonceptivos, la AE aún no está incluida en las normas ministeriales; tampoco existe la garantía de que otros productos dedicados a la AE no sean sometidos a revisiones similares. Un Consorcio Chileno sobre Anticoncepción de Emergencia, de reciente formación, concentrará sus esfuerzos en la defensa y promoción de la AE[19,20].

En Argentina, en 1998, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) aprobó el uso de Inmediat, un producto combinado dedicado a la AE, producido localmente por Laboratorios Gador. Sin embargo, a fines de 2001, en las provincias de Mendoza y Rosario, fueron presentadas denuncias contra las pastillas AE y su distribución. En marzo de 2002, la Corte Suprema de Argentina prohibió la venta y uso de Inmediat, haciendo así una concesión a los sectores políticos más conservadores y a la Iglesia Católica. Sin embargo, debido a que la Corte Suprema había declarado la ilegalidad de la marca, pero no la composición química, permanecieron en el mercado otras dos marcas (Inmediat N y Norgestrel Plus). Aunque la AE no se encuentra ampliamente disponible en la Argentina, estos sucesos adversos han publicitado el método como nunca antes y han difundido su información entre un público más amplio[20].

Brasil

Brasil atravesó por una reforma del sector salud hace 15 años. La Constitución Federal del Brasil de 1988 legisló la descentralización de los servicios de salud hacia las municipalidades, creó una división más marcada entre el financiamiento y la provisión de servicios de salud, y autorizó el establecimiento del Sistema Único de Salud (SUS). Aunque las reformas han creado un ambiente positivo para la experimentación y la innovación, también han expuesto las debilidades inherentes al sistema, y han introducido la confusión de roles y responsabilidades. Todos los niveles del gobierno continúan involucrados en el financiamiento y la atención aunque, en teoría, las municipalidades tienen ahora más control, autoridad y autonomía. Las municipalidades más grandes (más de un millón de habitantes) se han beneficiado en gran medida debido a economías de escala y una administración más fuerte, más responsable. Las municipalidades más pequeñas (5,000 a 30,000 habitantes) no tienen ni la experticia administrativa ni los recursos para gestionar y entregar servicios de manera eficiente y efectiva[21]. A pesar de que los estados individuales

tienen el potencial para ser los actores más importantes del sistema de salud, el SUS ha debilitado, en realidad, el control estatal al hacer que las municipalidades dependan de fondos federales en vez de estatales.

La anticoncepción de emergencia fue incluida en las normas del Ministerio de Salud en 1997 con poca resistencia. Actualmente están registrados en el Brasil cuatro productos dedicados a la AE: Postinor-2, Norlevo, Pilem y Pozato. En el sistema de salud brasileño, la garantía del acceso a la anticoncepción de emergencia depende de su introducción exitosa tanto en los servicios públicos gubernamentales más débiles, como en el sector privado más amplio, navegando a través de la cobertura de múltiples niveles y llegando a la gran población históricamente excluida de la cobertura de los seguros de salud. Las reformas sanitarias en Brasil han trasladado el financiamiento de los servicios de salud de una casi total dependencia en las rentas del seguro social, a los fondos generales de los presupuestos federales, estatales y municipales[22]. Por lo tanto, la decisión de incluir o ampliar el abastecimiento de la anticoncepción de emergencia depende de una tasa favorable costo-beneficio a nivel municipal.

BEMFAM (Sociedad Civil Bienestar Familiar en Brasil), la organización brasileña afiliada a IPPF, se ha capitalizado con la descentralización del sistema de salud en el Brasil, firmando contratos directos con municipalidades para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, principalmente en las áreas de capacitación, monitoreo y evaluación, materiales educativos y de comunicación, y sistemas de información. BEMFAM ha estado activa en el área de salud sexual y reproductiva durante los últimos 35 años. BEMFAM es una organización de nivel nacional que actúa en 14 de los 27 estados brasileños y el Distrito Federal. Su fortaleza radica en su larga trayectoria en la provisión de servicios que complementan los del sector público. Opera seis clínicas y cuatro laboratorios propios ubicados principalmente en el Nordeste, la región más pobre del Brasil. Además, BEMFAM cuenta con más de 1,100 convenios con más de 950 municipalidades. A través de estos acuerdos, BEMFAM brinda tanto anticonceptivos como asistencia técnica al sector de salud pública[23].

Sólo cerca del 5% de los contratos de BEMFAM se refieren a la provisión directa de servicios[16]. Sin embargo, este porcentaje podría aumentar si BEMFAM pudiera negociar precios razonables para un producto dedicado a la AE y comercializar y distribuir el paquete completo de AE, de tal forma que promueva la integración y el ahorro en los costos. Como parte del proyecto multinacional de dos años en AE, BEMFAM probará tres estrategias diferentes de distribución de la AE en sus seis clínicas:

- abastecimiento de AE sólo a pedido;
- abastecimiento de AE y a todos los usuarios/usuarias de condones, espermicidas y otros métodos de barrera; y
- abastecimiento de AE a pedido, conjuntamente con una campaña de IEC/promoción y defensa.

Al final de los dos años se realizará un análisis de costo-efectividad, acceso y éxito o fracaso de estas estrategias.

La anticoncepción de emergencia ya ha estado disponible en el Brasil durante varios años, pero es necesario que sea aún más accesible para jóvenes y adolescentes, aunque continúa el debate sobre el consentimiento de los padres. En una línea telefónica de emergencia para adolescentes de la Secretaría de Salud del Estado de Sao Paulo, el 15% de todas las llamadas (o unas 30 llamadas diarias) es sobre la anticoncepción de emergencia.[24] En un estudio en el que se informó a los adolescentes de la eficacia y el mecanismo de acción de las pastillas AE, el 82% afirmó que debería estar disponible para todas las mujeres, y más del 80% dijo que usarían la anticoncepción de emergencia si un condón se rompiera[25].

Albertina Takeuti, coordinadora del Programa de Mujeres y Jóvenes, Secretaría de Salud del Estado de Sao Paulo, ha estimado que el 5% de todos los adolescentes del Estado usará anualmente anticonceptivos de emergencia, aunque, muchas más podrían necesitar el método; pero no hay cifras reales disponibles sobre el uso actual. Según el Director de Servicios para Adolescentes en el Hospital Clínico en Sao Paulo, no es raro que algunas mujeres jóvenes hayan usado anticonceptivos de

emergencia en dos oportunidades, aunque es raro que lo hayan hecho más de dos veces. Luego de un aborto, las parejas de las mujeres a menudo desaparecen, pero con la anticoncepción de emergencia, las parejas participan efectivamente comprando las pastillas[26]. De otro lado, el tema de la participación masculina en la entrega de AE se complica debido a las preocupaciones de que las parejas varones ejerzan presión sobre las mujeres para que usen la AE en lugar de condones. Por lo tanto, parte del desafío de la provisión de AE es la necesidad de enfatizarles, tanto a las mujeres como a sus parejas, que a diferencia de los condones, la AE no protege contra las enfermedades de transmisión sexual.

Tradicionalmente, la promoción de anticonceptivos ha estado dirigida a las mujeres y la prevención de ETS a los hombres[27], reflejando los estereotipos de género. La promoción del uso de condones con la anticoncepción de emergencia como un método de respaldo, como una forma de doble protección, es una estrategia usada por IPPF/WHR y otros para integrar estas dos áreas de preocupación, y para dotar a las mujeres de mayor control tanto sobre la anticoncepción como sobre la prevención de ETS. BEMFAM está integrando la provisión del servicio de AE en sus servicios de despistaje, prevención y tratamiento de ETS/VIH y está asegurando que se incorpore siempre un mensaje de prevención de ETS/VIH en la promoción de AE. El protocolo para la entrega de servicios en ambos casos debe incluir la provisión del método de AE y la profilaxis posexposición contra el VIH, de ser indicado, despistaje de ETS, consejería inicial sobre VIH y visitas de seguimiento programadas. IPPF/WHR ha desarrollado varias herramientas, incluyendo un continuo de sensibilidad de género y una lista de verificación de servicios para la integración de ETS/VIH, que pueden ser adaptados y empleados para la entrega de servicios de AE en expansión y para la calidad de la atención[28-30].

Un estudio realizado en 1997 basado en una muestra aleatoria de 579 obstetras –ginecólogos(as) brasileños indicó que casi todos los encuestados habían oído sobre la AE, pero muchos carecían de conocimientos más específicos sobre el método, y casi un tercio creía que la AE era abortiva. El estudio concluyó que los esfuerzos educativos concertados y la distribución de un producto dedicado a la AE mejorarían el acceso de las mujeres a la AE en el Brasil[12]. Un estudio más pequeño entre 120 mujeres de una *favela* de Sao Paulo mostró que la mitad de las mujeres pensaba que una mayor información motivaría el uso, y al menos el 80% declaró que usaría la AE en caso de fallas del condón o sexo sin protección[31]. Entre 2000 y 2002, se ha capacitado a cientos de profesionales (proveedores de atención a la salud, grupos de mujeres, activistas del SIDA y de la violencia basada en el género, académicos y otros) en por lo menos 16 estados brasileños por diversas organizaciones como BEMFAM, NEPAIDS (Núcleo de Estudios para la Prevención del SIDA) de la Universidad de Sao Paulo, y el Instituto del Pacífico para la Salud de las Mujeres. El personal de BEMFAM ha participado en una campaña más amplia de defensa y promoción de IEC impulsada por NEPAIDS y el Instituto del Pacífico para la Salud de las Mujeres, llegando a alcanzar a casi 300 organizaciones relevantes interesadas en la provisión de AE y en la difusión de información[32,33]. Ahora el Ministerio de Salud, en asociación con los estados y municipalidades, ofrece la anticoncepción de emergencia. Por ejemplo, el gobierno ha capacitado a 800 profesionales en zonas urbanas mayores en 18 puntos de entrega de servicios en Sao Paulo, y está entrenando personal en otras 12 localidades en el interior del Estado[32].

BEMFAM también ha intentado abordar algunas de las concepciones erróneas y vacíos de conocimiento identificados en estudios, informando a los proveedores en sus propias clínicas, a cientos de proveedores en el sector público y a otros grupos relevantes de la sociedad civil en 14 estados. BEMFAM cuenta con servicios para la violencia basada en el género, y su programa, *Atitude*, incorpora la AE como una medida rutinaria y un derecho de todas las mujeres que asisten. Al incorporar sus actividades de anticoncepción de emergencia dentro de un marco de calidad de atención y de derechos reproductivos, BEMFAM está fortaleciendo los vínculos existentes con otras organizaciones no gubernamentales, grupos feministas, activistas de los derechos y el sector

universitario, lo cual favorece el acceso ampliado a la AE. BEMFAM se propone desempeñar un papel central en la ampliación del acceso a la AE a lo largo de Brasil, construyendo una red de referencia local con organizaciones aliadas, coordinando los esfuerzos nacionales de defensa, promoción y educación, y a través de asociaciones público-privadas. En una etapa posterior, BEMFAM diseñará y ejecutará estrategias de mercadeo social y acceso para difundir la AE en el sector público y hacia una audiencia nacional más amplia, y para integrar la provisión de AE en otras áreas programáticas.

Colombia

Colombia inició una reforma del sector salud en 1993 con su Ley 100, que provee cobertura universal de la atención de salud y la competencia autorizada administrada entre aseguradoras de salud y proveedores de servicios de salud públicos y privados. El Ministerio de Salud colombiano entendió esto como un medio costo-efectivo de potenciar la cobertura y la calidad de los servicios. Casi todos los servicios de salud sexual y reproductiva están ahora cubiertos bajo el plan básico de salud y su suplemento, incluyendo anticonceptivos, consejería, consultas clínicas y tratamiento. Con la reforma del sistema de seguridad social bajo la Ley 100 se estableció la competencia para la provisión de servicios entre diversas organizaciones de salud: las EPS (Entidades Promotoras de Salud, empresas que pueden brindar servicios directamente o contratando a otras), las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud, proveedoras de servicios de salud, como Profamilia, la organización afiliada a IPPF/WHR en Colombia) y otras entidades subsidiadas[23].

Debido a los recortes en las donaciones internacionales a Profamilia y otras ONG que entregan servicios de salud, el único medio de sobrevivencia fue la competencia con todos los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva por contratos con planes de salud privada y pública. Desde 1995, Profamilia (Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana) ha firmado contratos con numerosas agencias de salud públicas y privadas para ampliar su base de rentas y mejorar la diversidad y calidad de sus servicios. Han tenido que aprender sobre los "mercados" de servicios de salud locales, llevar a cabo investigaciones sobre las necesidades de los usuarios de servicios y trabajar para adquirir presencia y visibilidad en el "mercado"[34,35]. Actualmente, Profamilia provee 50% de los servicios de planificación familiar en Colombia en 35 clínicas, todas las cuales cuentan con programas para jóvenes, y seis de las cuales también ofrecen servicios legales en derecho familiar y derechos sexuales y reproductivos. Profamilia también brinda servicios a la población de desplazados internos en el país y sus comunidades receptoras en 23 departamentos, en un contexto de agudización de conflicto civil y de reducción de fondos para subsidiar estos servicios[36].

Luego de la participación de la delegación colombiana en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, en 1994, se introdujo un abordaje basado en los derechos, y el Ministerio de Salud adoptó una política de salud reproductiva ampliada que incluyó la salud sexual. En febrero de 2000 se estableció normas oficiales para fijar estándares de entrega de servicios, esclarecer las responsabilidades de los proveedores para los servicios de salud sexual y reproductiva en todos los niveles e identificar los derechos de los pacientes. Las redes nacionales de grupos activos de mujeres y organizaciones de defensa y promoción refuerzan el compromiso de sostener estos derechos y denunciar las violaciones e inconsistencias[37].

Sin embargo, la experiencia de Profamilia sobre el proceso de reforma ha sido mixta. Los beneficios incluyen una ampliación de su base de rentas y mejoras en la calidad de la atención. El mayor inconveniente es que los contratos con las agencias públicas exponen a Profamilia y a otras ONG a riesgos financieros siempre presentes. El reembolso por los servicios depende en gran medida de la capacidad administrativa de Profamilia para facturar correctamente bajo una amplia gama de planes de cobertura de salud, de los niveles correspondientes de subsidios y de la viabilidad general y/o calidad de las aseguradoras de los pacientes. Las rentas de Profamilia también dependen de que las agencias gubernamentales paguen sus cuentas oportunamente y según las facturas. A diferencia de la mayoría de ONGs, Profamilia ha sido capaz de acomodar los

constantes retrasos gracias a su tamaño, la base financiera diversificada y la asignación cuidadosa de recursos[16]. Probablemente esto sería casi imposible de manejar para ONGs más pequeñas y financieramente menos diversificadas.

En Colombia, los productos dedicados a la AE están ampliamente disponibles en los sectores público y privado. IPPF/WHR seleccionó a Colombia para servir como modelo para la introducción de la AE en Latinoamérica, debido al amplio trabajo que Profamilia ha llevado a cabo en esta área[38]. En 1995 se capacitó en el método de Yuzpe de AE al personal de Profamilia de una clínica en Bogotá, y se produjo volantes informativos. Dos años después, Profamilia amplió la capacitación y los servicios a sus otros centros en el país, invirtiendo una cantidad significativa de tiempo y energía en la información y educación internas para abordar los prejuicios y concepciones erróneas de los proveedores sobre la AE antes de hacerla disponible en las clínicas. También se estimuló la cobertura correcta a través de los medios y se llevó a cabo el mercadeo social.

En 1998, Profamilia inició negociaciones con Gedeon Richter, fabricante de Postinor-2, un producto dedicado a la AE que contiene sólo levonorgestrel: un año después se le otorgó a Profamilia los derechos de distribución exclusiva en Colombia. Luego de cierto debate, las autoridades nacionales de salud pertinentes incluyeron la AE en las normas técnicas para la planificación familiar en febrero de 2000. En abril de 2000, Gedeon Richter solicitó a INVIMA, el organismo colombiano regulador de drogas, la aprobación y el registro del producto, y Profamilia empezó una campaña de publicidad para informar a las potenciales usuarias sobre el método. Ello incluyó la difusión de evidencia científica sobre su modo de uso y mecanismo de acción, y el diseño cuidadoso de mensajes educativos que enfatizaban los derechos sexuales y reproductivos y la alta tasa de embarazos no deseados en el país.

Profamilia, generalmente, no se involucra directamente con organizaciones antiopción o con la Iglesia Católica en los medios; más bien, cuando se le invita a hablar sobre estos temas responde a los ataques presentando evidencia médica sólida y argumentos basados en los derechos reproductivos. Otros grupos feministas suelen asumir el desafío de refutar directamente los ataques conservadores a los derechos sexuales y reproductivos; juntos forman una amplia coalición de grupos afines de la sociedad civil.

En setiembre de 2000, INVIMA registró el Postinor-2, para el cual Profamilia tenía los derechos de distribución. Profamilia celebró la decisión como un logro para los derechos de las mujeres. Dos semanas después, la Dirección de Alimentos y Drogas de los EE.UU. aprobó el mifepristone para abortos médicos tempranos en los Estados Unidos, y los medios pidieron a Profamilia comentar sobre ello. El director ejecutivo de Profamilia declaró que la decisión era una victoria para los derechos reproductivos de las mujeres en los EE.UU. y aprovechó la oportunidad para anunciar que Postinor-2 acababa de ser aprobado en Colombia, poniendo mucho cuidado en hacer la distinción entre la anticoncepción de emergencia y el aborto temprano. La prensa se interesó mucho en esta noticia y fue seguida por una lluvia de artículos. El Ministerio de Salud reiteró que este nuevo producto AE no podía inducir un aborto. Aun así, tal vez fue desafortunada la yuxtaposición de la "pastilla francesa del aborto" y la "pastilla AE". La Iglesia Católica se ha opuesto sistemáticamente a los anticonceptivos modernos, y los poderes regionales y locales de la Iglesia, así como la política del Vaticano ejercieron presión. La Iglesia Católica en Colombia denunció que la AE era abortiva, contradiciendo la evidencia médica, y ejerció presión sobre INVIMA para que revise su aprobación del nuevo método.

En enero de 2001, Profamilia empezó a distribuir Postinor-2, dando lugar a más de 30 informes en los medios. Debido a la gran demanda, seis semanas después, los almacenes habían agotado sus provisiones. Sin embargo, la constante presión de la Iglesia Católica obligó a INVIMA a revisar nuevamente todo el proceso de registro. Durante nueve meses, Profamilia actuó bajo la amenaza de revocatoria de su licencia de distribución para Postinor-2, y de que tuvieran que regresar al método Yuzpe. Finalmente, en noviembre de 2001, al cabo de 18 meses de la aprobación inicial, INVIMA emitió un pronunciamiento declarando que la AE

era una alternativa anticonceptiva apropiada, y reafirmó el registro de Postinor-2. Desde entonces, las ventas de Postinor-2 han estado aumentando constantemente, principalmente en las farmacias y en las clínicas de Profamilia.

Las acciones emprendidas en la defensa de Postinor-2 contra un requerimiento judicial regulatorio fueron determinadas a través de un proceso participativo que involucró a todo el personal y a todas las clínicas de Profamilia. Profamilia defendió la anticoncepción de emergencia como un derecho reproductivo, lo que le ayudó a que se desestimara acusaciones sobre intereses comerciales, asumiendo así el liderazgo para movilizar a la opinión pública a favor de la AE[38].

El siguiente desafío para Profamilia es pasar la voz a quienes más necesitan de la anticoncepción de emergencia, es decir las jóvenes, especialmente en las zonas más rurales más carenciadas del país. Las jóvenes son un grupo objetivo insuficientemente atendido pero prioritario para la información y uso de la AE; y los programas orientados a jóvenes y de educación entre pares son un modo ideal de difundir información sobre la AE. Durante el proyecto de dos años de IPPF/WHR, Profamilia Colombia está enfocando su atención en la capacitación del personal en sus centros juveniles independientes y en el aumento del acceso a la AE entre sus clientes más jóvenes en los otros 32 centros a lo largo del país. Se está sensibilizando al personal de Profamilia y a los promotores adolescentes frente a los desafíos de brindar la AE a jóvenes, a la vez que se les entrena para incorporar la información y la provisión de la AE en sus programas y servicios de extensión.

Por último, Profamilia llevará a cabo una campaña externa de defensa, promoción e información, incluyendo planes para distribuir folletos sobre la AE y usar miniprogramas y cortinas radiales para publicitar una línea telefónica de emergencia gratuita que brinde información confidencial a quienes llamen desde cualquier lugar del país (aunque las actividades pueden variar). Además, Profamilia desarrollará capacitación en defensa, promoción y entrega de servicios de AE en Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

Discusión

Casi todos cometen errores con los anticonceptivos, pero los y las jóvenes se encuentran entre los más necesitados de anticonceptivos de emergencia debido a que cuentan con menor experiencia en el uso de anticonceptivos y condones. Aun así, el trabajo con jóvenes a menudo plantea preocupaciones especiales entre los planificadores de programas y proveedores de servicios, quienes tienen expresiones como “la AE es demasiado fácil”, “promoverá comportamientos promiscuos, irresponsables” entre los adolescentes y será usada una y otra vez[39]. Tales comentarios llevan a preguntarse si el uso repetido de la anticoncepción de emergencia no es “algo bueno” y debería ser desalentado, o si la AE debería, en efecto, ser alentada como una forma legítima de uso responsable y apropiado de la anticoncepción. Creemos que el segundo es el caso.

En algunos países de América Latina, como Brasil, Colombia, México y Venezuela, donde existen líneas telefónicas de emergencia y otros servicios en la AE para jóvenes, éstos han indagado sobre los riesgos a la salud, sobre los efectos del uso de la AE sobre la fecundidad, el sangrado por penetración y la menstruación, así como sobre la frecuencia con que se puede usar la AE. Con respecto al cambio de conducta a partir del uso de la AE, un estudio reciente en Inglaterra halló que la comprensión sobre el uso de la AE así como sobre los intervalos de tiempo apropiados para su uso, entre los estudiantes, mejoró de manera significativa, incluso con una única lección sobre la anticoncepción de emergencia a cargo de maestros de escuelas secundarias, pero no influyó en la actividad sexual[40].

Las tasas altas y crecientes de embarazos no deseados y de infecciones ETS/VIH entre adolescentes en países de América Latina y el Caribe, así como la considerable morbilidad y mortalidad debido a abortos inseguros exigen estrategias de prevención más efectivas. Las mujeres que han sido violadas, presionadas u obligadas a tener relaciones sexuales se benefician enormemente de un método que evita un embarazo sobre cuya ocurrencia no habrán tenido opción y decisión algunas. La anticoncepción de emergencia ofrece eso, precisamente. Más aún,

la anticoncepción de emergencia tiene el potencial de evitar costos más elevados asociados al embarazo no deseado, el aborto inducido y el tratamiento de complicaciones por abortos inseguros; y cuando es usada como respaldo para el uso sistemático y correcto del condón, para reducir y prevenir las tasas de infecciones ETS/VIH y los costos relacionados.

Dadas las reformas sanitarias en curso en la región, el énfasis creciente en la integración y en las tasas de costo-beneficio, y el discurso ahora mundialmente aceptado sobre el derecho de las parejas a determinar el número y el espaciamiento entre sus hijos, parecería ser no sólo éticamente justificable, sino económica y socialmente responsable apoyar la integración de la anticoncepción de emergencia en los programas de salud sexual y reproductiva y otros relevantes.

Reconocimientos

Las autoras desean agradecer a la Erik y Edith Bergstrom Foundation, a la Summit Foundation, al Open Society Institute, al Wolford Fund y a la West Wind Foundation por su apoyo financiero para este proyecto en curso. Estamos agradecidas a las colegas actuales y anteriores de IPPF por sus comentarios y contribuciones a borradores previos: Eva Bazant, Judith Helzner, Alejandra Meglioli y Lara Tabac. Hacemos llegar una nota especial de aprecio a Angeles Cabria, la coordinadora del Consorcio Latinoamericano sobre Anticoncepción de Emergen.cia, por su apoyo e información profesionales. Agradecemos también a los directores ejecutivos y coordinadores de proyectos de las organizaciones afiliadas de IPPF/WHR en este proyecto de cinco países, especialmente a BEMFAM y Profamilia Colombia, por emprender y supervisar esta iniciativa en AE.

JENNY MATHEWS / CASA DE PASAGEM, RECIFE, BRASIL

Se requieren estrategias de prevención más efectivas para niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe

Referencias

1. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al. Emergency Contraception: The Nation's Best-Kept Secret. Decatur GA: Bridging the Gap Communications, 1995.
2. Pillsbury B, Coeytaux F, Johnston A. From Secret to Shelf: How Collaboration is Bringing Emergency Contraception to Women. Los Angeles, California: Pacific Institute for Women's Health with the David and Lucile Packard Foundation, 1999.
3. Rodrigues I, Grou R, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2001;184(4): 531–37.
4. Trussell J, Ellertson C. Efficacy of emergency contraception. Fertility Control Reviews 1995;4(8):8–11.
5. Trussell J, Rodrigues G, Ellertson uh C. Updated estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. Contraception 1999;59:146–51.
6. Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, et al. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Lancet 1999;353:721.
7. Grimes DA, Raymond EG. Emergency contraception. Annals of Internal Medicine 2002;137:180–89.
8. Consortium for Emergency Contraception. Expanding Global Access to Emergency Contraception: A Collaborative Approach to Meeting Women's Needs. Seattle: Program for Appropriate Technology in Health (PATH), October 2000.
9. Diaz-Olavarrieta C, Norris-Turner A, Ellertson C, et al. Policy climate, scholarship, and provision of emergency contraception at affiliates of the International Planned Parenthood Federation in Latin America and the Caribbean. Contraception 2002;65:143–49.
10. <http://ec.princeton.edu/worldwide/default.asp>. Accessed 10 March 2003.
11. Guedes A, Bott S, Guezmes A, et al. Gender-based violence, human rights and the health sector: lessons from Latin America. Health and Human Rights 2002;6(1):177–93.
12. Galvão L, Díaz J, Díaz M, et al. Emergency contraception: knowledge, attitudes and practices among Brazilian obstetrician-gynaecologists. International Family Planning Perspectives 1999;25(4): 168–71/180.
13. Heimburger A, Acevedo-Garcia D, Schiavon R, et al. Emergency contraception in Mexico City: knowledge, attitudes and practices among providers and potential clients following a three-year introduction effort. Contraception 2002;66(5):321–29.
14. Helzner J. Transforming family planning services in the Latin American and Caribbean region. Studies in Family Planning 2002;33(1):49–60.
15. Management Sciences for Health, Electronic Resource Center. Managing integrated services. The Manager 1994;3(3). At: <http://erc.msh.org/staticpages_printerfriendly/2.2.5_health_English_.htm>. Accessed 10 March 2003.
16. Montgomery RB. A Review of Health Sector Reform Issues in Latin America and the Caribbean for Providers of Sexual and Reproductive Health Services. New York: IPPF/WHR, 2000.
17. International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. Annual Report 2001. At: <www.ippfwhr.org>.
18. Cabria A. Informe de la Primera Conferencia del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE), Derecho a la Anticoncepción de Emergencia en América Latina y el Caribe, Quito, Ecuador, 16–18 October 2002. Los Angeles: Pacific Institute for Women's Health, 2002.
19. <www.panos.org.uk/news/April2002/chileans_to_bishops.htm>.
20. Latin American Consortium for Emergency Contraception Newsletter. 2002:1(1).
21. Fowler C, Veney JE, Bender D. Report on Brazil: The Country and Health Care System. Chapel Hill NC: Department of Health Policy and Administration, University of North Carolina, School of Public Health for Humana Inc, July 1998.
22. Elias PE, Cohn A. Health reform in Brazil: lessons to consider. American Journal of Public Health 2003;93(1):44–47.
23. International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. The State of the Association Update: Sociedad Civil Bem-estar Familiar no Brasil, 2002. IPPF/WHR, 2002.
24. Leite F. Services alert youth to side effects. Folha de São Paulo. 4 November 2001.
25. Leite F. Studies show that women approve of method. Folha de São Paulo. 4 November 2001.
26. Biancarelli A. Access to "morning-after pill" is facilitated. Folha de São Paulo. 4 November 2001.
27. Berer M. Dual protection: making sex safer for women. In: Ravindran TKS, Berer M, Cottingham J, editors. Beyond

Acceptability: Users' Perspectives on Contraception. London: Reproductive Health Matters for WHO, 1997.
28. International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. How Gender Sensitive Are Your HIV and Family Planning Services? New York: IPPF/WHR, 2002.
29. International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. Have You Integrated STI/HIV Prevention Into Your Sexual and Reproductive Health Services? IPPF/WHR, 2002.
30. International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. Spotlight on HIV/STI: Integration of HIV/ STI Prevention into SRH Services, IPPF/ WHR, 2002.
31. Figueiredo R, Peña M. Contracepçao de emergencia: Opção contraceptiva em tempos de DST e AIDS? 2000. (Unpublished)
32. Statistics underestimate number of sex crimes. Folha de São Paulo. 4 November 2001.
33. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. Fichas de casos de estudio: Brasil 2003. (In preparation)
34. Toro R, Arcila LM, Gomez F. Profamilia ante la Ley 100 de 1993: Es Posible Sustituir Subsidios por Contratos? Bogotá, Colombia: Oficina de Planeación, Profamilia, 1997.
35. Abramson WB. Partnerships Between the Public Sector and Non–Governmental Organizations: Contracting for Primary Health Care Services. Bethesda MD: Abt Associates, 1999.
36. International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region. The State of the Association Update: Asociación Pro–Bienestar de la Familia Colombiana (Profamilia). New York: IPPF/ WHR, 2002.
37. Antarsh L, Castaño F, Eschen A, et al. Meeting the challenge in Colombia. In: Health Sector Reform and Reproductive Health in Transition: Meeting the Challenge in Tanzania, Bangladesh, and Colombia. New York: AVSC International, 2000. pp. 25–33.
38. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia). Anticoncepción de Emergencia: Un Derecho de la Mujer: La Experiencia de Colombia. Bogotá: Profamilia, 2002.
39. Shelton J. Repeat emergency contraception: facing our fears. Contraception 2002;66:15–17.
40. Graham A, Moore L, Sharp D, et al. Improving teenagers' knowledge of emergency contraception: cluster randomised controlled trial of a teacher led intervention. BMJ 2002;324:1179–85.

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*
TEMAS DE
SALUD
reproductiva

TEMAS CENTRALES

La Contribución de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva a la Lucha contra el VIH/SIDA: Una Revisión

Ian Askew,[a] Marge Berer[b]

[a]Asociado Principal, Population Council, Nairobi, Kenya. Correo electrónico: iaskew@pcnairobi.org
[b]Editora, Reproductive Health Matters, Londres, RU

Resumen: *un 80% de los casos de VIH son transmitidos sexualmente, y un 10% más por la vía perinatal o la lactancia. Por lo tanto, el sector de salud ha esperado de los programas de salud sexual y reproductiva liderazgo y orientación en la provisión de información y consejería para la prevención de estas formas de transmisión, y más recientemente para la provisión de algunos aspectos de tratamiento. Este artículo examina y evalúa los aportes de los servicios sexuales y reproductivos –principalmente los servicios de planificación familiar, las ETS y atención antenatal y de parto– a la prevención y tratamiento de VIH/SIDA. Describe otros problemas de salud sexual y reproductiva experimentados por mujeres viviendo con VIH, tales como la necesidad de servicios de aborto, de tratamiento de la infecundidad, y de prevención y tratamiento de cáncer cérvico-uterino. Muestra que los programas de salud sexual y reproductiva pueden hacer un aporte importante a la prevención de VIH y a ciertos aspectos de tratamiento, y que el control de ETS es importante tanto para la salud sexual y reproductiva como para el control de VIH. Concluye que se debería crear un programa más integrado de atención en salud sexual y reproductiva y control de ETS/VIH/SIDA que incorpora ciertos servicios a la vez que extienda el alcance a nuevos grupos poblacionales y crea cadenas de referencia que optimizan el alcance y el impacto de lo que hasta ahora son esencialmente dos programas verticales.*

Palabras clave: VIH/SIDA, servicios de salud sexual y reproductiva, enfermedades de trasmisión sexual, políticas y programas de salud, integración de servicios.

La pandemia del VIH/SIDA ha tenido efectos profundos en las sociedades, en los individuos y en las familias, tanto como en los programas de salud. Como lo indica de Zoysa[1]:

"A nivel societal, el SIDA está cambiando las perspectivas sobre la sexualidad, la conducta sexual y la procreación, y haciendo más intensas las preocupaciones con respecto a los derechos humanos. A nivel del individuo y de la familia, el SIDA está haciendo complejas las relaciones sexuales, al tiempo que amenaza la capacidad para concebir y alumbrar niños con seguridad. Para quienes están comprometidos con la entrega de servicios, el SIDA está transformando las prioridades, aumentando la necesidad de abordar otras infecciones sexualmente transmitidas, influyendo en las recomendaciones sobre los anticonceptivos, y frustrando las capacidades para aconsejar a los clientes que buscan consejo en temas tan diversos como la alimentación infantil y las relaciones de pareja".

Ante el panorama actual, en el que la pandemia del VIH/SIDA da pocas señales de ser dominada en el futuro inmediato, especialmente en los países en desarrollo, los gobiernos y las organizaciones internacionales han venido planificando abordajes multisectoriales para la prevención de la transmisión

del VIH, y para el tratamiento y cuidado de quienes viven con el VIH y con el SIDA. Lo usual ha sido que el sector salud asuma el liderazgo en estos esfuerzos, en los que se incluye la búsqueda de formas para que la terapia antirretroviral sea accesible. En muchos países, y dentro de la mayoría de organizaciones internacionales de cooperación financiera y de asistencia técnica, se han creado organismos que focalizan su atención explícitamente en la coordinación de actividades de VIH/SIDA.

Dado que aproximadamente el 80% de los casos a nivel global son transmitidos sexualmente, y que un 10% adquiere la infección por la vía perinatal o durante la lactancia, el sector salud ha tornado su atención a los programas de salud sexual y reproductiva en busca de liderazgo y orientación en la prevención de la transmisión y, desde hace poco, de tratamiento y cuidado.

Este artículo hace una revisión de las contribuciones de programas vigentes de salud sexual y reproductiva (SSR) –qué esfuerzos se ha hecho, y cuán factibles, aceptables y efectivos han sido–. No se pretende que sea una revisión exhaustiva, sino la necesaria para ilustrar los principales tipos de contribuciones hechas, principalmente desde los servicios de salud materna e infantil (MI), planificación familiar (PF) y de enfermedades de transmisión sexual (ETS), y las implicaciones positivas, en relación con las políticas y programas de SSR, de incluir la atención del VIH/SIDA en sus operaciones.

Antecedentes

En 1994, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) adoptó un plan de acción para alcanzar la salud sexual y reproductiva. Las estrategias para el logro de este objetivo para el año 2015 están orientadas por la siguiente lista de metas e indicadores, alcanzados por consenso en la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS, por sus siglas en inglés) en relación con CIPD+5, en 1999[2]:

- todos los establecimientos de atención primaria de salud y de planificación familiar deben ofrecer la gama más amplia de métodos de planificación familiar seguros y efectivos, atención obstétrica esencial, prevención y manejo de infecciones del tracto reproductivo, incluyendo enfermedades de transmisión sexual y métodos de barrera para prevenir la infección;
- allí donde la tasa de mortalidad materna sea muy alta, por lo menos el 40% de todos los alumbramientos deben ser atendidos por personal calificado; para el año 2010 esta cifra debería ser de por lo menos 50% y para 2015, por lo menos 60%. Todos los países deben persistir en sus esfuerzos para que, globalmente, en 2005, el 80% de los nacimientos sean atendidos por personal calificado, en 2010 el 85% y en 2015 el 90%;
- donde haya una brecha entre el uso de anticonceptivos y la proporción de individuos que desean espaciar o limitar el número de sus familias, los países deben intentar reducir dicha brecha en, por lo menos, el 50% para 2005;
- para 2010, por lo menos el 95% de jóvenes varones y mujeres entre los 15 y los 24 años deberían tener acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para desarrollar las destrezas vitales para reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH. Los servicios deben incluir el acceso a los métodos preventivos tales como los condones femenino y masculino, el despistaje voluntario, la consejería y el seguimiento. Los gobiernos deben usar como principal indicador de referencia las tasas de infección por VIH en personas entre 15 y 24 años, teniendo como meta asegurar que para 2010 la prevalencia entre este grupo etáreo se haya reducido globalmente en 25%.

Un logro importante de la CIPD fue alcanzar el consenso en relación al concepto de salud sexual y reproductiva; desde entonces el reto mayor ha sido poner en práctica este concepto. Éste es relativamente directo para definir los diversos servicios de atención de salud, incluyendo la comunicación de información, que pueden mejorar las condiciones de salud comprendidas dentro del concepto de salud sexual y reproductiva. Ha demostrado ser más difícil, sin embargo, desarrollar

estrategias factibles, aceptables, efectivas y costo-efectivas para la entrega de estos servicios, particularmente considerando los programas de atención primaria de salud en marcha desde 1994. Más aún, a pesar de los valientes esfuerzos en este sentido, son muchos los obstáculos creados a través de la década transcurrida desde la CIPD, relacionados con el escenario de las reformas del sector salud, los fondos decrecientes de fuentes tanto nacionales como internacionales para la atención de salud (incluyendo aquéllas para servicios de salud sexual y reproductiva), y la urgencia de responder al SIDA, la tuberculosis y la malaria.

Visión histórica de la organización de los servicios de salud sexual y reproductiva

¿Cómo se han organizado históricamente los servicios de SSR y qué cambios han ocurrido desde la CIPD? ¿Qué servicios están o deberían estar incluidos en cualquier definición de servicios de SSR? Un reciente documento estratégico no publicado del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) enumera cinco elementos esenciales para abordar la salud sexual y reproductiva: garantizar la elección anticonceptiva y la seguridad, mejorar la salud materna y del recién nacido, reducir las infecciones sexualmente transmitidas así como otras infecciones del tracto reproductivo (ETSs/ITRs) y el VIH/SIDA, eliminar el aborto inseguro, y promover la sexualidad saludable. Otras prioridades incluyen la prevención y el tratamiento de la esterilidad, el despistaje y el tratamiento de cánceres del tracto reproductivo y el tratamiento de los desórdenes menstruales.

En el sector público se ha ofrecido los servicios de planificación familiar tanto a través de programas autónomos como de programas MI/PF que incluyen atención prenatal y parto, salud del niño y servicios de planificación familiar. Desde la CIPD, la mayoría de estos programas se han puesto nuevos nombres como "Salud Reproductiva (y del Niño)", con distintas configuraciones en cada país. Sin embargo, para aquéllos en el África subsahariana que han tenido servicios MI/PF desde los setenta y ochenta, fuera de los esfuerzos por mejorar el acceso a y la calidad de los servicios, es poco el cambio organizacional efectuado o el cambio en la gama de servicios ofrecidos desde la CIPD. No obstante, a lo largo de la presente década, el sector privado de salud, tanto no lucrativo como el comercial, ha desempeñado un papel cada vez más importante en la provisión de planificación familiar, atención prenatal y del parto. Por cierto, sería justo afirmar que en algunos países es aquí donde se ha dado la mayor parte del crecimiento en estos servicios.

Una historia muy distinta es la de la entrega de servicios de diagnóstico y tratamiento de las ETS. Hasta los años ochenta, las ETS estaban consideradas como afecciones de hombres, más que de mujeres, que precisaban de tratamiento más que de prevención, y que tenían escasa importancia para la salud pública. Como resultado de ello, y dado el estigma asociado a las ETS, los servicios pertinentes recibían poca atención y escasos recursos en el sector público, y la mayoría de los servicios eran entregados a través de un número reducido de clínicas especializadas en hospitales grandes, con frecuencia asociadas a servicios dermatológicos. De allí que mucha gente se autodiagnostique y automedique; de lejos, la mayor parte del tratamiento de las ETS, en gran medida no efectivo, sigue estando disponible a través de farmacéuticos, vendedores de medicamentos y operadores tradicionales, así como de proveedores privados del sector formal, quienes tienen un papel importante.

Esta situación empezó a cambiar en los años ochenta, cuando se documentó la prevalencia elevada de ETS, tanto en mujeres como en hombres, en el África subsahariana[3]. Durante los noventa se desarrolló el enfoque de administración por síndrome, debido a la falta de recursos para hacer diagnósiticos etiológicos, en respuesta al gran número de mujeres que, en las clínicas del primer nivel de atención de salud, presentaban síntomas con características de ETS. En un esfuerzo deliberado por maximizar el acceso femenino a estos servicios, la administración por síndrome de ETS se "integró" a los servicios existentes de MI/PF, en vez de crearla como programa vertical. Si bien la administración por síndrome también es aplicable a los hombres, esta figura ha tendido a adoptarse sólo en las clínicas terciarizadas de ETS existentes, y no como servicios para hombres en el marco de clínicas del primer

nivel de atención de salud. La OMS y otras organizaciones han desarrollado algoritmos y materiales de capacitación que fueron usados para facilitar la adaptación rápida de este "nuevo" servicio, especialmente en países donde las ETS tenían alta prevalencia, o se pensaba que éste era el caso.

Al mismo tiempo surgía la evidencia de que la presencia de ITR/ETS aumenta el riesgo de transmisión del VIH,[4,5] y la investigación operativa en Mwanza[6] demostraba que un programa de ETS comprehensivo y basado en la comunidad podía reducir drásticamente las tasas de transmisión del VIH, acortando, probablemente, la duración de la infección por ETS.[(*)] En consecuencia, se dirigió mucha de la atención a la búsqueda de formas prácticas de integrar estos servicios. Un reciente estudio en los EE.UU. ha dado respaldo adicional al tratamiento de ETS; en él se estima que puede obtenerse una reducción del 27% en la transmisión del VIH de una persona infectada con una ETS y con VIH en ausencia de cualquier otra intervención conductual[7].

Expansión limitada de los servicios de prevención y tratamiento de ETS desde 1990

Han aparecido dos problemas, desde la euforia de principios de los noventa, que han comprometido la expansión anticipada de la administración de las ETS como línea principal de servicios de salud sexual. Primero, se encontró que la validez de la administración por síndrome del síntoma de mayor prevalencia para las mujeres, la secreción vaginal, era más pobre de lo que se había esperado entre las mujeres que recurren a los servicios MI/PF[8-12]. La evidencia acumulada desde entonces ha llevado a recomendar que la administración de la secreción vaginal se base en el supuesto de que la infección es una infección vaginal no transmitida sexualmente[13]. En segundo lugar, a diferencia de la integración de servicios de PF en los programas de MI, la introducción de los servicios de ETS en los programas de MI/PF no ha contado con los recursos necesarios, y no ha habido, virtualmente, esfuerzos sistemáticos o estratégicos de los ministerios de salud para garantizar que los servicios de ETS, cualquiera que sea su configuración, se inserten como línea importante en los programas de MI/PF[3].

Las razones de esto son muchas. En ese momento, la administración por síndrome aún se estaba desarrollando y no contaba con amplia aceptación. Quienes trabajaban en los programas MI/PF no estaban familiarizados con las ETS o con la forma de desarrollar tales servicios. El nuevo financiamiento de los donantes para ETS consistía, en gran medida, en apoyo para proyectos específicos de capacitación y medicamentos, más que para el desarrollo programático amplio. Más aún, no estaba claro dónde ubicar los servicios de ETS y a quién ofrecerlos. Finalmente, la administración de ETS estaba valorada prncipalmente como medio para reducir la transmisión del VIH. Durante este período, escasamente se tomó en cuenta el hecho de que las ETS son un subgrupo de ITR, junto con infecciones endógenas y iatrogénicas, y que ciertas ETS causan enfermedades pélvicas inflamatorias e infertilidad en las mujeres, de no ser tratadas, así como morbilidad infantil.

Se rechazó las propuestas para incluir la administración de ETS dentro de los servicios de salud reproductiva. Se percibía que los servicios de ETS, como mecanismo de prevención del VIH, se ubicaban con mayor propiedad en los programas nacionales emergentes de VIH/SIDA que, a la sazón, tenían más vuelo que en la actualidad[14-15]. Sin embargo, tanto las ITR endógenas como las iatrogénicas, pueden estar asociadas con un riesgo creciente de transmisión del VIH. Anteriormente se planteó una asociación con la tricomoniasis,[16] y también se ha demostrado una asociación entre la vaginosis bacteriana y el riesgo de transmisión del VIH,[17] lo que sugiere la necesidad de observar con mayor atención una gama mayor de ITR en relación con la transmisión del VIH.

Otro problema en la mayoría de escenarios de países en desarrollo es que los programas que aún son esencialmente de MI/PF siguen estando orientados a mujeres casadas, quienes son,

(*) El programa Mwanza fue excepcional y ejemplar, por cuanto incluía un componente intensivo de elevación de la conciencia de la comunidad, procedimientos sólidos de notificación a la pareja, supervisión y administración logística reforzados, y administración por síndrome de ETS para mujeres y hombres.

mayormente, las usuarias. Por lo tanto, la entrega de servicios de ETS en el marco de la atención MI/PF hace poco para mejorar el acceso a los servicios de ETS para quienes pueden estar en riesgo mayor de VIH que las mujeres casadas, especialmente en contextos en los que la prevalencia del VIH no es alta (aún).

Se han hecho intentos, y se les sigue haciendo, para que los programas MI/PF pongan en relieve la detección temprana de ETSs capacitando a algunos proveedores de atención primaria de salud en la educación de sus pacientes sobre síntomas y tratamiento. También se está enfatizando la prevención de ETS (y VIH) mediante el concepto de "doble protección" frente al embarazo y la infección durante las sesiones de consejería de PF. Sin embargo, la evidencia hasta el momento es que tanto la prevención como la administración de las ETS no han sido introducidas con efectividad más allá de unos cuantos casos limitados.

En consecuencia, aunque los servicios de ETS tienen ahora un perfil mucho más alto que antes, y que son abrazados sistemáticamente como servicio clave dentro del *concepto* de salud sexual y reproductiva, la entrega de servicios a nivel de país sigue estando programáticamente desarticulada y desorganizada. Los servicios de ETS no están siendo ampliamente abastecidos ni a través de programas autónomos del sector público ni integrados en programas MI/PF o VIH/SIDA, y no están alcanzando, en general, a los que más los necesitan.

Contribución de los servicios de SSR a la prevención del VIH/SIDA: fortalezas y debilidades

Los obstáculos a la integración de servicios de ETS en los programas nacionales de salud sexual y reproductiva no minimizan la relevancia que dichos servicios tienen en la contribución a la lucha contra el VIH/SIDA. Las mujeres y los hombres seguirán padeciendo de ETS y de ITR, y llegarán a las clínicas con estos problemas. Se puede sostener que a los trabajadores de salud les desmoraliza más no poder dar atención que aplicar un simple protocolo y tratamiento. Los servicios de SSR tienen el potencial de contribuir a la lucha contra el VIH/SIDA por las siguientes razones[18-24]:

- las mujeres y los hombres que buscan otros servicios de salud sexual y reproductiva pueden tener mayor receptividad a la información y a los servicios relativos al VIH una vez que comprenden la importancia de prevenir y administrar la infección del VIH a través del uso de la planificación familiar y de la doble protección, de la atención segura prenatal y del parto, y de la prevención y tratamiento de las ETS;
- la atención prenatal, el cuidado de la salud del niño y la planificación familiar son actualmente relativamente accesibles para la mayor parte de la población mundial a través de programas clínicos, periféricos y basados en la comunidad, y están siendo utilizados por una proporción cada vez mayor de mujeres en edad reproductiva. Estas mujeres pueden no ser alcanzadas fácilmente mediante las estrategias de prevención del VIH, dirigidas a otros públicos específicos, especialmente grupos transmisores centrales;[(*)]
- si bien se suele caracterizar a las mujeres casadas como grupo de "bajo riesgo" en términos de la transmisión sexual del VIH, en escenarios de alta prevalencia del VIH ellas bien pueden haberse infectado antes del matrimonio y pueden estar en riesgo de adquirir el VIH si sus parejas estables tienen otras parejas. Este riesgo aumenta a medida que la epidemia del VIH se generaliza dentro de un país, y es un asunto importante en África oriental y del sur, lo que indica la creciente importancia del papel de los servicios de SSR. Los servicios prenatales, del parto y posparto ofrecen la oportunidad de prevenir la transmisión del VIH por la vía perinatal y de la lactancia; por cierto, no es sino a través de estos servicios que puede ofrecerse estas intervenciones. Adicionalmente, los servicios de atención del aborto inducido y de posaborto, de tratamiento autónomo de ETS, y los programas específicos para adolescentes proveen la oportunidad de llegar a grupos a los que pueden no estar llegando otras estrategias de VIH;

[(*)] Éstos son subgrupos de la población cuyas prácticas de alto riesgo permiten la canalización del VIH de un grupo central a otro, o la entrada a la población general, a través de grupos que hacen de "puente".

- en teoría, por lo menos, el personal responsable de entregar los servicios de salud reproductiva ya cuenta con varias de las habilidades técnicas y de servicios necesarios para ofrecer información y servicios relativos a la prevención del VIH (por ejemplo, familiaridad con asuntos ginecológicos y obstétricos, educación sobre la sexualidad que enseña destrezas de negociación sexual y promueve sexo seguro y otras conductas preventivas, discusión de comportamientos y relaciones íntimas, y abastecimiento de anticoncepción y condones);
- se prevé que la integración de servicios del VIH a programas que ofrecen otros servicios de salud sexual y reproductiva permitirá el ahorro de costos al compartir personal, locales y costos de equipamiento, así como de costos administrativos diversos. También se considera que la combinación de estos servicios probablemente reducirá el costo del acceso individual a estos servicios, aunque esto aún no ha sido demostrado suficientemente en la práctica.

Para que los servicios de SSR hagan una contribución significativa debe considerarse algunas limitaciones críticas. La mayoría de los donantes prefiere financiar programas específicos, con frecuencia verticales (por ejemplo, planificación familiar, atención prenatal, tratamiento de ETS) en vez de servicios más extensos, a fin de permitir la rendición de cuentas, y debido a que todavía están desarrollándose las nuevas estructuras programáticas para implementar servicios de SSR. También prefieren separar los programas y el apoyo para los servicios de VIH/SIDA de aquéllos para servicios de SSR, aún estando en vigencia mecanismos tales como el de los enfoques sectoriales (SWAps, por sus siglas en inglés).[23] Los ministerios de gobierno pueden, también, estar promoviendo esta tendencia; muchas reformas sanitarias han separado entre sí los programas de educación en sexualidad, de SSR y de ETS/VIH/SIDA, responsabilizando por ellos a distintos ministerios o segmentos de los ministerios de salud, lo que también crea una rivalidad potencial por el control y el financiamiento presupuestal[15].

También se ha expresado preocupación[3,25-29] en el sentido de que muchos programas de SSR ya están funcionando deficientemente debido al personal no capacitado adecuadamente y muy poco motivado, equipamiento insuficiente y frecuente desabastecimiento de insumos críticos, sistemas no apropiados de supervisión y monitoreo. Al esperar que el personal asuma actividades adicionales para afrontar el VIH/SIDA se le puede estar cargando en exceso y la propuesta puede ser poco factible. Si bien podría abordarse muchas de estas debilidades incrementando el financiamiento y con una mejor capacitación y asistencia técnica del personal, muchas de ellas están tan arraigadas que hacen necesarios cambios radicales. Adicionalmente, la SSR no aparece aún como asunto prioritario de salud en todos los países y para todos los sectores internacionales interesados.

De otro lado, a medida que los programas de SSR se comprometen más en la lucha contra el VIH/SIDA, bien pueden recibir mayor reconocimiento político, junto con el compromiso de recursos financieros y técnicos para fortalecer los mismos servicios de SSR. Por cierto, el involucramiento de los programas de SSR en la misma lucha contra el VIH/SIDA "ha llamado la atención a asuntos desatendidos en la salud pública, tales como el problema de otras ITRs/ETSs, y ha dado ímpetu a los esfuerzos para crear un ambiente apropiado para intervenciones de salud pública orientadas a los desequilibrios de género y a la protección de los derechos humanos"[1].

La mayor cercanía de relación entre los programas de SSR y los servicios relacionados al VIH/SIDA como, por ejemplo, los vínculos de referencia en dos sentidos, en lugar de esfuerzos paralelos, también representan una valiosa oportunidad, no siendo la menor la captación de públicos de mayor alcance con programas configurados de manera más apropiada. Por ejemplo, el despistaje y consejería y los servicios de ETS para trabajadoras sexuales podría referir a las mujeres a los servicios de planificación y aborto seguro donde la ley lo permite,[30] y las clínicas prenatales podrían referir a las mujeres embarazadas al tratamiento y cuidado del SIDA.

A la fecha, se ha considerado la ventaja comparativa de los servicios de SSR principalmente

en términos de su contribución a la prevención de la transmisión sexual y perinatal del VIH, siendo claros los roles de los servicios de planificación familiar, aborto, prenatal y parto, y de ETS. Adicionalmente, hay por lo menos otras cinco áreas en las que los servicios de SSR tienen mucho para ofrecer, especialmente en el cuidado y la ayuda de quienes ya están infectados; y, en la medida que evolucionan y se expanden los programas de SSR, pueden estar en condiciones de abordar más de estos asuntos. El primero es la consejería y apoyo entre pares. Por ejemplo, en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, se inició un programa "Madres a futuras madres" en una clínica prenatal con sede en un hospital, en conjunción con un servicio de prevención de transmisión perinatal del VIH. Las madres mentoras, entrenadas como consejeras de pares, comprometen a las mujeres seropositivas a que asistan para la atención prenatal y a que compartan sus experiencias personales, animándolas a que se adhieran al tratamiento, y las asisten en la negociación con el hospital[31].

En segundo lugar, los responsables de la administración de los servicios de SSR tienen un papel que cumplir garantizando que no se transmita el VIH a través de las transfusiones de sangre a mujeres o a infantes durante las emergencias obstétricas y perinatales, ya sea a través de los insumos hospitalarios o de otra sangre donada[32].

Tercero, en relación con las mujeres de la población general, las mujeres seropositivas tienen un riesgo mayor de tener células anormales en el cuello uterino, en la vagina, en el área anal y genital, así como una incidencia más alta de neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) y de enfermedad cervical avanzada, y a edades menores; este riesgo aumenta con el diagnóstico de SIDA y un conteo bajo de células CD4[33-36]. En 1993, los Centros de Control de Enfermedades de los EE.UU. establecieron que el carcinoma cervical invasivo es una condición definitoria del SIDA[37]. El cáncer cervical es una causa mayor de muertes femeninas en países subdesarrollados, y los servicios de despistaje y tratamiento son muy escasos. Una vez más, la entrega de servicios de SSR se beneficiaría si la necesidad de prevenir estos cánceres en mujeres (y hombres) seropositivas motivaran el establecimiento de más servicios clínicos de despistaje y tratamiento para cánceres del tracto reproductivo.

En cuarto lugar, las poblaciones marginadas tales como trabajadoras sexuales[30] y usuarios de drogas inyectables, que pueden adquirir la infección del VIH compartiendo agujas no limpias con una persona infectada, se beneficiarían de los servicios de SSR; por ejemplo, el uso del condón para proteger a sus parejas sexuales,[38] la atención de la planificación familiar y de las ETS, siendo baja su tendencia a la utilización de estos servicios.

Quinto, los programas de SSR deben abordar las necesidades de salud sexual de los hombres y asumir un rol en la reducción de la transmisión sexual del VIH y de las ETS entre hombres. Los hombres *gay* y otros homosexualmente activos han experimentado niveles altos de infección por VIH y SIDA, y muchos están casados y tienen relaciones sexuales tanto con mujeres como con hombres. Una encuesta de 469 hombres activos homosexualmente en espacios de comunidades *gay* en Budapest, Hungría, halló que la mitad de los hombres había sostenido recientemente coito anal sin protección con otro hombre y había tenido sexo sin protección la mitad del tiempo. El 26% también había tenido parejas mujeres en el año anterior, y se usó condones tan sólo en el 23% de las ocasiones de coito vaginal[39].

A medida que crece la escala de la pandemia y las respuestas a ésta se multiplican y diversifican, son más las opciones disponibles para los diseñadores de políticas, para los donantes y para quienes trabajan en programas. Aunque siempre puede argüirse que la pandemia del VIH/SIDA es tan grande que se debe estimular cualquier respuesta que contribuya a su reducción, esto puede conducir al uso no efectivo de recursos y sistemas que están mejor diseñados para afrontar otras necesidades. Junto con las opciones en aumento se presenta la necesidad de hacer elecciones informadas, de modo que no sólo se escoja las estrategias efectivas, sino que se use eficientemente los recursos limitados.

Contribución de los servicios de planificación familiar

La introducción de los servicios de planificación familiar en los sistemas nacionales de atención de

salud en las últimas tres décadas (y más en algunos países asiáticos) ha estado relativamente bien financiada y apoyada por niveles altos de experticia técnica. Se ha atribuido en gran medida el descenso constante de los niveles de fecundidad y de embarazos no deseados a nivel mundial a estos servicios, que están funcionando relativamente bien, y que han logrado importantes grados de éxito. Además, en tanto estos servicios están relacionados directamente con los resultados de las relaciones sexuales, es lógico esperar que estén en la primera línea de los esfuerzos para prevenir la transmisión sexual del VIH. Las contribuciones de los servicios de planificación familiar a la prevención de la transmisión del VIH pueden clasificarse en cuatro categorías generales:

- influencia sobre la conducta sexual a través de la educación, en las estrategias de reducción del riesgo, como parte de la consejería en planificación familiar;
- educación de los usuarios del servicio acerca de las ETS, de sus síntomas y trasmisión, y de la conducta apropiada en la búsqueda de atención de salud y con respecto a la detección y manejo de las ETS;
- estímulo al uso del condón con o sin otros métodos anticonceptivos para la protección frente al embarazo no deseado, frente a las ETS/VIH y la esterilidad, incluyéndose la discusión de la falta de efectividad de los anticonceptivos que no son de barrera contra la transmisión de las ETS/VIH;
- prevención de la transmisión madre-niño del VIH, asegurando que las mujeres y los hombres seropositivos tengan acceso a la anticoncepción y a los servicios de esterilización.

Educación sobre sexo no seguro

Por razones diversas no ha sido fácil implementar la educación a usuarios de la planificación familiar sobre los riesgos de tener parejas múltiples y sexo no seguro, o de tener parejas que tienen conductas riesgosas. Las enfermeras son el tipo principal de proveedor de planificación familiar a nivel mundial, y la mayoría no está capacitada para la consejería en sexualidad. Más aún, en los programas basados en la comunidad, el proveedor puede ser un voluntario con entrenamiento mínimo, o puede estar emparentado o conocer de cerca a la mujer inhibiendo, así, las discusiones de naturaleza tan personal como ésta.

Se necesita que los proveedores tengan habilidades para hablar sobre la conducta sexual, en general, en el contexto de la consulta de planificación familiar y, mucho más, para referirse a las relaciones sexuales de la mujer individual y su(s) pareja(s). Sin embargo, es fundamental discutir el comportamiento sexual actual y anterior de la mujer. Si bien la evidencia reciente de Uganda demuestra que los hombres casados tienen el doble de probabilidades que la mujer de traer al matrimonio la infección por VIH,[40] esto no niega que una proporción significativa de la transmisión sexual del VIH en el matrimonio viene de la mujer en ese país. Pisan[24] arguye, en base a los datos epidemioló-gicos de mayores tasas de infección por VIH en mujeres más jóvenes, que "uno de los mayores factores de riesgo para que los hombres adquieran la infección por VIH en áreas de alta prevalencia es casarse con una mujer que fue infectada durante el sexo premarital". En estudios recientes ha aparecido la magnitud del sexo premarital no protegido entre adolescentes, el que a menudo se da con más de una pareja,[41-42] aunque la proporción varía de un país al otro.

La revisión sistemática de la literatura[21,43] revela sólo unos pocos ejemplos documentados de proveedores de planificación familiar capacitados para incluir temas de la sexualidad en la consejería[44-45]. Sin embargo, estos estudios hallaron que no era difícil facilitar las discusiones en torno a la sexualidad si los proveedores estaban adecuadamente entrenados. No obstante, también encontraron que los proveedores necesitaban una capacitación intensiva tanto en destrezas técnicas como en habilidades para la comunicación, con un seguimiento sostenido para que sean capaces de cambiar sus interacciones didácticas tradicionales por el diálogo sobre la sexualidad en el que el proveedor y el usuario del servicio se sientan cómodos. Ha quedado demostrado que el despistaje y la consejería de parejas son efectivos en servicios independientes de consejeria y despistaje de VIH;[46,47]

es menos lo documentado sobre la factibilidad de la consejería de pareja y la consejería grupal en el contexto de servicios de planificación familiar.

Promoción de la doble protección

El uso del condón durante el sexo de penetración es una estrategia de prevención de las ETS/VIH muy efectiva, y la promoción del uso del condón es una de las contribuciones más contundentes que los servicios de planificación pueden hacer[48]. Irónicamente, está demostrando ser también una de las más difíciles, no en menor medida por el énfasis impresionante que los servicios de planificación familiar colocaron, históricamente, en la eficacia para la prevención del embarazo de los métodos que no son de barrera. En consecuencia, el condón no ha sido bien promocionado como método de prevención del embarazo por varias décadas y ha ganado, más bien, la reputación (y el estigma asociado) de ser un método de prevención de la infección. Ahora, los servicios de planificación familiar están tratando, con apremio, de encontrar maneras de cambiar la percepción de los condones de modo que se les perciba como métodos para la "doble protección".[*]

Si bien ha habido un movimiento agitado en la actividad de promover la doble protección en los pasados cinco años,[49-51] junto con diversas formas de sexo más seguro (por ejemplo, abstinencia, sexo sin penetración, relaciones de fidelidad en parejas VIH negativas y uso negociado de condones con parejas fuera de la relación principal), es escasa la experiencia práctica documentada o evaluada para demostrar cómo puede dicha consejería ser factible y efectivamente implementada. El uso de condones más otro método anticonceptivo, de barrera o no de barrera, es una estrategia que presenta diversos problemas y sobre cuyo éxito como estrategia de doble protección poco se sabe; ello a pesar de que hay estudios de Sudáfrica[52] y Kenya[53] que muestran que entre el 13% y el 16% de usuarios del condón también usan otro método. El estudio sudafricano concluyó que "el uso del método doble más que ser una elección consensuada generalmente ocurre sólo cuando el objetivo de un hombre de protegerse a sí mismo de una ETS coincide con la meta de su pareja femenina de evitar un embarazo no deseado"[52].

Puede tener más éxito la promoción del condón cuando la preocupación central es la prevención del embarazo más que (o además de) la de las ETS[51]. Está hipótesis tiene el respaldo de un estudio entre trabajadoras sexuales en Dais Ababa, Etiopía,[54] que halló que quienes usaban condones principalmente con propósitos anticonceptivos tenían probabilidades estadísticamente mayores de usarlos sistemáticamente y menos probabilidades de ser seropositivos que otros.

Aún está por probarse sistemáticamente el uso de los condones con la anticoncepción de emergencia como refuerzo en situaciones de sospecha de falla del condón, aunque el enfoque ha sido conducido experimentalmente en varios lugares. Incluso antes de que se desarrollara la anticoncepción de emergencia, sin embargo, Christopher Tietze había demostrado que el uso de condones con el aborto temprano seguro como refuerzo era una forma de protección efectiva y segura contra el embarazo para las mujeres;[55] esto vale también para el punto de vista de la doble protección.

Un aspecto igualmente importante para asegurar la doble protección en situaciones de alta prevalencia de ETS/VIH es la forma en que se les dice a las mujeres que escogen anticonceptivos no de barrera que éstos no protegen contra posibles infecciones, y que el DIU está contraindicado si hay riesgo de ETSs; ello no está bien investigado. En un estudio recientemente terminado en Zambia[56] se halló que al 48% de las mujeres que usan la píldora o inyectables se les dijo que su método no protege contra las ETS. El darles esta información aumentó tres veces la probabilidad de que la mujer conociera este dato en la entrevista de salida; las mujeres con mayor nivel educativo tuvieron más probabilidades de comprender el mensaje. Un estudio en Tanzania encontró que a las clientas de planificación familiar se les daba, típicamente, una charla, en pequeños

(*) Doble protección quiere decir uso de condones solamente, de condones más otro anticonceptivo, o condones más anticoncepción de emergencia y/o aborto como refuerzo frente a un embarazo no intencionado. Si el condón falla en la prevención de la ETS, las infecciones bacterianas pueden tratarse pero no hay un "refuerzo" para las ETS virales tales como el herpes y el papilomavirus humano, o para el VIH.

grupos, sobre educación sanitaria y consejería para las decisiones informadas; se incluía el mensaje de que los condones son el único anticonceptivo que protege frente a las infecciones sexualmente transmitidas tales como el VIH, pero nada más. Se observó que un proveedor de servicios de Tanzanía dijo únicamente, "Usted debería usar uno si está preocupado por ese tipo de cosas"[57]. Sin duda, esta información es de escaso valor para quienes no saben que están en riesgo de contraer VIH/ETSs o para quienes niegan estar en riesgo. Una sugerencia relacionada a lo anterior, aunque aún no puesta a prueba, para reforzar los mensajes de promoción del condón, es concentrar la atención en el alto valor asignado a la prevención de la infertilidad en mujeres, como parte de los mensajes que indican que los condones previenen las ETS[58]. Hay una buena razón adicional para promover los condones con este argumento, dado que la infección por VIH reduce ella misma la fertilidad a medida que progresa la enfermedad[59].

Educación sobre ETSs

Se espera que la educación y consejería a las usuarias y usuarios de la planificación familiar contribuya a conductas de búsqueda de atención más tempranas entre mujeres que sospechan tener una infección. Sin embargo, lo que muestra la evidencia de diversos países y escenarios africanos es que dicha consejería "integrada" no sólo es relativamente rara, sino de calidad extremadamente variable[20,25,26,56]. Los esfuerzos por introducir esa consejería convencionalmente han empleado las estrategias de capacitación empleadas en el servicio para refrescar los conocimientos entre el personal de atención primaria, así como la revisión y la diseminación de los protocolos y guías del servicio. La evaluación de dichos esfuerzos muestra que están teniendo éxito en la producción de cambios anticipados en la práctica de los proveedores sólo cuando se hace esfuerzos concertados para vincular la capacitación con la diseminación de las guías revisadas[60]. El siguiente paso lógico a tomar parecería ser la adopción de enfoques más sistemáticos, tales como la integración de la educación relativa a las ETS en la formación anterior al servicio.

Se ha observado, no obstante, algunos éxitos en la educación sobre ETSs de usuarios de planificación familiar. Un proyecto en México informó a las usuarias de planificación familiar sobre los métodos anticonceptivos y les animó a estudiar sus factores de riesgo de ETS personales[61]. Fue más probable que las mujeres que habían elegido por sí solas un método anticonceptivo escogieran los condones, que aquéllas cuya selección de método se basó en el juicio del médico. Esta diferencia fue más pronunciada aún en el caso de las mujeres a las que se les encontró una infección cervical. Así, puede ser por lo menos igualmente efectivo darles a las mujeres suficiente información para evaluar su propio riesgo de ETS antes de elegir un método anticonceptivo, que entregar protocolos de evaluación de riesgos para el uso de los proveedores.

Una investigación operativa en Nigeria, en la que los aspectos centrales de la consulta sobre planificación familiar fueron la educación del paciente sobre ETSs y la evaluación personal de riesgos, también halló resultados preliminares prometedores, según los cuales la proporción de visitas que terminó en aceptación de los condones (mayormente el condón femenino) aumentó del 2% al 9%[62]. Las investigaciones operativas llevadas a cabo en Zimbabwe[10] y Kenya[11] también intentaron reorientar sistemáticamente los servicios de planificación familiar y atención prenatal de modo de incluir en ellos la educación y el despistaje de ETS. Esto lo hicieron mediante la capacitación de personal, la garantía de la provisión de medicamentos y elaborando una lista estandarizada de control para orientar al personal en el recorrido de todos los componentes de la consulta (incluyendo la historia completa, el examen clínico y pélvico, la evaluación de riesgo de 23 preguntas, y la educación acerca de las ETS y el VIH/SIDA). El análisis de las listas respondidas por los proveedores sugiere que la lista mejoró notablemente la consejería de los usuarios del servicio, quienes no sólo recibieron mejor información sobre planificación familiar, sino que resultaron con una buena educación en torno a una gama de asuntos relacionados con las ETS.

Una serie de investigaciones operativas experimentales llevadas a cabo en diversos países

de América Latina también han demostrado que un protocolo que permite que el proveedor detecte una gama de necesidades de salud reproductiva, además de aquella por la cual llegó la persona, puede incrementar significativamente la proporción de usuarios de la clínica a los que se les informa sobre, o se les ofrece servicios adicionales[63]. Por ejemplo, una clínica ginecológica ubicada en un hospital en el Brasil estableció, sobre la base de datos epidemiológicos para determinar qué condiciones controlar, un programa integrado de SSR que incluía el despistaje y tratamiento de cánceres ginecológicos y otros, ETS/HIV/SIDA y enfermedad inflamatoria pélvica, planificación familiar, desórdenes menstruales para mujeres menores de 45, y un programa modificado para mujeres mayores de 45[64].

Por lo tanto, la integración de la promoción del condón y las actividades de educación sexual a los servicios de planificación familiar es factible y efectiva para la entrega de información. Una revisión exhaustiva de la literatura halló mejoras en el conocimiento de ETSs y de métodos de prevención entre las usuarias del servicio, junto con algunos cambios en la aceptación del condón (aunque el impacto en el uso del condón fue más dudoso). No se puede confirmar, sin embargo, el "impacto" en el uso del condón o que haya evidencias de la reducción inmediata del riesgo[65].

El tener un impacto en la epidemia del VIH y de las ETS también depende de los cambios en los contextos vinculados a las políticas, así como de los contextos socioeconómicos y culturales que hacen vulnerables a las personas y las ponen en riesgo.

Detección y administración de las ETS

Dado que los servicios autónomos de ETS no son comunes, la capacitación de enfermeras del nivel de atención primaria de salud en la administración por síndrome de las ETS en los servicios de MI/PF fue la prioridad de gran parte del trabajo inicial en el control de la interfase entre los programas MI/PF y VIH/SIDA. Aparte de las costosas pruebas de laboratorio, los métodos existentes, incluyendo la administración por síndrome, no logran identificar y administrar apropiadamente una proporción sustancial de mujeres con infecciones tales como gonorrea y clamidia (es decir, tienen baja sensibilidad), e identifican como infectadas a muchas mujeres que no lo están (es decir, tienen un bajo valor predictivo positivo). Esta última dificultad es de particular preocupación por cuanto el tratar a una mujer que tiene descenso vaginal (el síntoma más común) como si tuviera una ETS genera gastos innecesarios y una mayor resistencia potencial a los medicamentos.

Entre los esfuerzos para mejorar el desempeño de la administración por síndrome está el uso de protocolos que toman en cuenta los datos epidemiológicos y el uso de instrumentos de evaluación de riesgos, incluyendo el examen físico y vaginal. Sin embargo, la mayoría de los países en desarrollo no cuentan con datos epidemiológicos locales confiables de la población, y el uso de los instrumentos de evaluación de riesgos no ha devenido en la mejora sustancial del desempeño[8-11]. Los exámenes vaginales (incluyendo los exámenes con el espéculo) de mujeres que reportan, espontáneamente, síntomas de ETS durante las consultas de planificación familiar mejoran el desempeño del enfoque sindrómico, pero sólo ligeramente[10]. La administración sindrómica de las úlceras genitales o del dolor del vientre bajo reportado en las consultas de planificación familiar sigue siendo el enfoque recomendado en escenarios de recursos escasos. Los protocolos para el descenso vaginal que reducen el tratamiento a las infecciones vaginales son mucho más sensibles y específicos y se les recomienda para poblaciones en las que la prevalencia de ETS es baja. Se necesita otras estrategias de despistaje para identificar a mujeres (con o sin descenso vaginal) que tienen infecciones cervicales asintomáticas.

La detección y administración de las ETS basadas en síntomas y signos tienen sus restricciones debido a que las ETS suelen ser mayoritariamente asintomáticas en las mujeres. En teoría, podría evitarse este problema aplicando pruebas de despistaje en el laboratorio a todas las usuarias de los servicios de planificación familiar y tratando a las que den positivo, o dándoles tratamiento presuntivo a todas, como parte integral del servicio. La primera estrategia sería imposible logísticamente, sin embargo, y el costo astronómico. Por ejemplo, en Zimbabwe, el costo adicional estimado

del despistaje de laboratorio sería US$25.77, y el del tratamiento presuntivo US$13.50 adicionales por consulta de usuaria de planificación familiar[10]. Con la última, sin embargo, habría un desperdicio de medicamentos por el tratamiento de mujeres no infectadas, así como el riesgo de resistencia a los mismos. También se está desarrollando pruebas de ETS de bajo costo con prescindencia de instalaciones de laboratorio, las que pueden resultar costo-efectivas en áreas con prevalencia elevada de ETS. El tratamiento presuntivo de ETSs en la población general y en subgrupos específicos se está poniendo a prueba actualmente en África a partir de la elaboración de modelos teóricos,[66] ensayos en las comunidades tales como el de Rakai, Uganda,[67] e investigación operativa[68] en comunidades mineras en tres países del sur de África. Esta estrategia puede, incluso, ser valiosa en situaciones donde la prevalencia del VIH y de otras ETS es alta, y donde es posible el tratamiento masivo, incluyendo a las mujeres que recurren a los servicios de planificación familiar en algunas áreas de África, y debería tomarse en cuenta para la orientación programática futura[69].

Una estrategia "híbrida" sería despistar, por síndrome, a todas las asistentes a la clínica de planificación familiar, con o sin la evaluación de riesgo, y usar entonces las pruebas de laboratorio para aquéllas sospechosas de tener una ITR, según el modelo del estudio de Zimbabwe[10]. Si bien esta estrategia no dio como resultado la identificación correcta y el tratamiento de una mayor proporción de mujeres con ETS (más de un tercio no fue identificada), su mérito estuvo en que consiguió eliminar el tratamiento innecesario de mujeres no infectadas. Esta estrategia duplicaría el costo adicional por usuaria de planificación familiar (de US$5.30 a US$10.30), pero tiene las ventajas de eliminar los tratamientos innecesarios, evitar el desperdicio de medicamentos valiosos y reducir la probabilidad de la resistencia a los medicamentos. Entre las mujeres a las que se encontró, definitivamente, que tenían una ETS, la notifica-ción a la pareja se hace más factible. Con sólo la administración sindrómica, la notificación es más difícil de implementar, debido a la falta de certeza de la infección, lo que resulta en que las mujeres que efectivamente tenían una ETS antes del tratamiento están en riesgo de reinfectarse y permanecen con un riesgo elevado del VIH. Sin embargo, se puede producir una perspectiva muy diferente con respecto al análisis de costos si se toma en cuenta los costos de administrar tanto una ETS sostenida como una infección potencial por VIH.

Aseguramiento del acceso a la anticoncepción y la esterilización para prevenir el embarazo en personas infectada con el VIH

Es reducida la experiencia documentada sobre el uso, por mujeres seropositivas, de la anticoncepción, a excepción de los condones. En Tailandia, la esterilización ha sido, históricamente, parte importante del programa de planificación familiar, y también se ha ofrecido la esterilización a las mujeres embarazadas halladas seropositivas. Para las mujeres tailandesas seropositivas asintomáticas que deseen una anticoncepción reversible, también se ha hallado que los implantes de Norplant son seguros, eficaces y bien tolerados en el período del posparto inmediato[70]. Un estudio realizado en dos ciudades del Brasil mostró que 57 de 60 mujeres positivas, la mayoría de las cuales tenía dos o más hijos, no deseaban tener más embarazos, y 43 de las 57 expresaron un gran deseo de ser esterilizadas en el parto o en el posparto[71].

La integración de los servicios de ETS a los servicios de MI/PF refuerza a ambos

Una revisión comprensiva encargada por la OMS halló que los esfuerzos por integrar las actividades de prevención de las ETS con los servicios de MI/PF han mejorado las actitudes de los proveedores, las habilidades de consejería y el desempeño de los servicios de planificación familiar, a despecho de las preocupaciones originales en el sentido de que un enfoque integrado podría recargar el trabajo del personal[21,65]. También mostró que los servicios integrados mejoran la satisfacción de la usuaria, en parte debido a que dichos servicios ofrecen una respuesta más amplia a sus necesidades y la oportunidad de discutir relaciones sexuales y de género. La revisión da varios ejemplos (aunque tomados de estadísticas de los servicios, que pueden no ser confiables) de servicios integrados que producen

no sólo niveles más elevados de distribución de condones, sino también el incremento en la adopción de otros métodos anticonceptivos. Un estudio en Zimbabwe[72] sobre la organización de servicios clínicos y cómo los proveedores usan su tiempo sugiere que lo que importa es la forma en que los proveedores emplean su tiempo más que la cantidad de tiempo disponible.

La contribución de MI y de los servicios de parto

En la mayoría de los países en desarrollo, el grueso de las mujeres embarazadas hacen, por lo menos, una visita para el control prenatal durante el embarazo, y una proporción significativa de las mujeres que alumbran asistidas por personal calificado hacen, por lo menos, una consulta posnatal en la clínica y realizan varias visitas para obtener vacunas. Estas visitas crean la oportunidad de: dar información y servicios para prevenir la transmisión sexual del VIH, incluyendo el despistaje de VIH y la consejería; brindar educación para la reducción de riesgos (especialmente pertinente durante el embarazo y el posparto, en tanto los esposos/parejas pueden tener otras relaciones sexuales); promocionar y proveer de condones durante el embarazo y después de éste para la doble protección en la planificación familiar; dar educación sobre las consecuencias adversas de las ETS en el embarazo y en los resultados de éste; y detectar y administrar las ETS, incluyendo la sífilis.

Los servicios de atención prenatal y del parto pueden contribuir significativamente a la prevención de la transmisión madre-niño del VIH (PMTCT, por sus siglas en inglés), cuya ocurrencia llega al 35% de infantes nacidos a mujeres seropositivas, en el caso de los cuales aproximadamente el 5% de la transmisión tuvo lugar durante los embarazos llevados a término, 15% durante el parto y 15% durante la lactancia. La prevención de la transmisión madre-niño puede empezar desde antes del embarazo o durante la atención prenatal y continuar durante el trabajo de parto, el parto y el período posparto, empleando el despistaje por VIH y la consejería como punto de entrada; puede, asimismo, ofrecer opciones de tratamiento antirretroviral tanto para los infantes como para las madres. Además de ofrecer servicios de PMTCT, la vinculación de los servicios de maternidad a los servicios que ofrecen terapia antirretroviral altamente activa (HAART, por sus siglas en inglés) a las madres seropositivas puede aumentar notablemente la contribución de los servicios de SSR al tratamiento del VIH/SIDA.[(*)]

En el Estudio de Transmisión de Mujeres e Infantes llevado a cabo en los Estados Unidos,[74] por ejemplo, la tasa de transmisión del VIH a los infantes fue de sólo 1.2% para 250 mujeres que estaban recibiendo la HAART durante el embarazo. Sin embargo, a esto se le añaden las dimensiones políticas y de derechos a partir de preguntas acerca de qué sección(es) dentro del servicio del sector público debe organizar y financiar tales servicios (por ejemplo, si debe ser el directorio de MI o el programa de control de VIH/SIDA), y si las mujeres pobres pueden acceder a la HAART a través de la entrega de atención prenatal y del parto del sector privado.

Consejería y despistaje de VIH y otras afecciones de mujeres embarazadas

Allí donde las tasas de prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas son altas –25% o más en partes del África subsahariana– los servicios de control prenatal ofrecen una oportunidad crítica para que las mujeres conozcan su estatus con relación del VIH y obtengan información sobre la forma de proteger su salud y prevenir la infección por VIH (o la reinfección si son seropositivas). Ahora están disponibles en muchos países el despistaje y la consejería durante la atención prenatal; y desde que se hizo factible y económicamente accesible el tratamiento para PMTCT, parece haber habido una demanda creciente, especialmente en el África

---

(*) La terapia antirretroviral altamente activa (HAART, por sus siglas en inglés) es actualmente el estándar de oro, consistente en la terapia combinada de tres drogas para adultos en la etapa de infección que requiere tratamiento. Minkoff advierte[73] que los obstetras, al atender a mujeres embarazadas seropositivas y al prescribir la terapia HAART, deben siempre tener en mente su doble responsabilidad de ofrecer el cuidado óptimo a la madre y reducir la probabilidad de la transmisión madre-niño del VIH. "El objetivo central de toda terapia médica es llevar la carga viral de la paciente a un nivel no detectable. Cuando se alcanza esa meta, la probabilidad de transmisión a la criatura se minimiza, se reduce la necesidad de un parto por cesárea, y el pronóstico del paciente se optimiza".

subsahariana[75]. Usualmente se ofrece de tres maneras distintas, dependiendo a menudo de las tasas de prevalencia en la población prenatal:

- sobre la base de una lista de preguntas relacionadas al riesgo, se le ofrece consejería en VIH a una mujer que parece estar en riesgo, a continuación de lo cual se le hace el despistaje, que ella puede aceptar o no;
- a todas las mujeres que asisten al control prenatal se les da educación en VIH y se les ofrece consejería y despistaje, que ellas pueden aceptar o no;
- luego de la educación en VIH, se lleva a cabo la prueba de VIH, como uno de varios análisis de sangre prenatales de rutina, que las mujeres pueden no aceptar.

De Cock y otros arguyen[76] a favor de la tercera de las opciones citadas arriba, pero sugieren que es éticamente aceptable sólo si el tratamiento está disponible, sea para infecciones oportunistas, PMTCT o HAART, si la mujer se entera de que es seropositiva. Quienes se oponen a que se haga rutinaria la prueba de VIH aducen que puede estar restándosele importancia u omitiéndose la posibilidad de rechazarla, privando a las mujeres de una verdadera elección.

Las implicaciones financieras y logísticas del despistaje y consejería en VIH, rutinarios en las clínicas de atención prenatal en escenarios de elevada prevalencia, precisan de cálculos de costos y de pruebas piloto. Las nuevas pruebas rápidas de VIH pueden hacer una diferencia importante,[77] por cuanto su empleo reducirá sustantivamente el número de mujeres que aceptan la prueba pero no regresan por los resultados.

La consejería y el despistaje durante el embarazo debería organizarse de acuerdo a los patrones locales de asistencia a la clínica de atención prenatal, y ofrecerse tan temprano como sea posible. Las mujeres que se enteren que son seropositivas en este momento querrán continuar sus embarazos y, donde sea posible, tomar medidas para el tratamiento de PMTCT, así como para su propio tratamiento, de ser apropiado; pero algunas mujeres pueden optar por un aborto inducido. El aborto para proteger la salud y las vidas de las mujeres es legal en casi todos los países, y se considera que la infección por VIH constituye una razón suficiente para el aborto legal bajo tales leyes en una cantidad de países[78,79].

La calidad de la consejería que acompaña el despistaje por VIH, prenatal u otro, es sumamente variable. Probablemente carecieron de realismo, desde un principio, las expectativas de que esa consejería podría empoderar a las mujeres para que discutieran su posición con sus parejas, o influir en las mujeres o en las intenciones reproductivas de sus parejas o ampliar la protección que las parejas usan o, finalmente, tener un impacto en la incidencia de la infección. No son sino estrategias múltiples las que han tenido éxito en reducir la epidemia hasta la fecha, y éstas no pueden centrarse únicamente en la conducta individual. La investigación reciente de Kenya y de Zambia relativa a la consejería y despistaje en el cuidado prenatal sugiere que la buena consejería, que incluye el desarrollo de las consiguientes habilidades para la comunicación, puede aumentar las conversaciones con las parejas en torno al VIH y al despistaje del VIH. Por cierto, se está encontrando en Kenya aumentos importantes en el despistaje de parejas masculinas en estudios en marcha (Comunicación personal, Naomi Rutengerg, 10 de julio 2003).

Los servicios de atención prenatal no han enfatizado, tradicionalmente, la consejería en cuanto a la reducción de riesgos o la distribución de condones a mujeres embarazadas. Sin embargo, con la atención que en muchos países se le está dando a la reorganización de los servicios de atención prenatal en línea con el paquete recomendado por OMS,[80] se espera que todos estos servicios reciban mayores consideraciones. Si bien la consejería de mujeres durante el embarazo en relación a la planificación posparto ha demostrado ser una estrategia efectiva para incrementar la proporción de mujeres que usan la anticoncepción a los seis meses del posparto, ésta debería incluír ahora el acento en la doble protección tanto como en la anticoncepción.

Las mujeres embarazadas seropositivas tienen un mayor riesgo de anemia no sólo por su mala nutrición sino también por la malaria, y tienen un

alto riesgo de contraer tuberculosis. De allí que en la rutina de la atención prenatal en áreas de alta prevalencia del VIH deba incluirse el despistaje y tratamiento de todas estas afecciones en mujeres embarazadas[81,82].

Detección y administración de las ETS en el embarazo

La sífilis puede tener efectos adversos en el feto así como en la mujer, y la sífilis, la gonorrea y la clamidia pueden todas tener efectos adversos también en los recién nacidos. Junto con la tricomoniasis, todas pueden aumentar la probabilidad de adquisición del VIH. Hace mucho que se ha promovido el despistaje universal de las mujeres por sífilis como una estrategia costo-efectiva, pero los recursos escasos han hecho que la mayoria de los servicios de atención prenatal de los países en desarrollo recurran a la referencia de las mujeres a otra clínica, o al envío de muestras de sangre a otro lugar para su análisis. Una revisión correspondiente a 1996-97 de 22 países del África subsahariana estimó que se les estaba haciendo el despistaje tan sólo al 38% de las mujeres que asisten a los servicios prenatales, y que anualmente se perdía un millón de mujeres embarazadas con sífilis que acudían para el cuidado prenatal, lo que resulta en 600,000 casos de resultados fetales e infantiles adversos que podrían haber sido evitados[83].

Ahora se está haciendo algunos esfuerzos para introducir en el mismo establecimiento la prueba y su administración (incluyendo la notificación a la pareja). Algunos estudios en Nairobi, Kenya, han indicado que esto es tanto factible como efectivo en el mejoramiento de las proporciones de mujeres sometidas a la prueba y al tratamiento, y añaden muy poco al costo de la visita prenatal[84,85]. Un estudio reciente en Sudáfrica rural, donde ya venía funcionando un programa fuera del establecimiento, concluyó que aunque el tratamiento se cumplía más rápido cuando el despistaje era realizado en el establecimiento, esto no se traducía en tasas de tratamiento más elevadas, al comparársele con el despistaje fuera del establecimiento, y tampoco reducía la mortalidad perinatal[86]. Sin embargo, el programa fuera del establecimiento estaba funcionando más, efectivamente, que los programas fuera del establecimiento en el resto de África, por lo que la falta de mejores resultados no se puede generalizar. Una vez que se cuente con una prueba rápida para detectar la sífilis sin necesidad del equipo de laboratorio, será necesario investigar para comparar la relativa costo-efectividad de cada estrategia y la mejor forma de introducirla.

Prevención de la transmisión madre-niño del VIH

La aplicación de la terapia antirretroviral a mujeres embarazadas seropositivas disminuye de manera significativa las tasas de transmisión madre-niño durante el embarazo y el parto. Para mujeres que no están ellas mismas en la terapia HAART, son altamente efectivos un régimen empezando las 36 semanas de embarazo (ruta corta de AZT) y otro que involucra la medicación únicamente cerca del momento del parto (dosis única de nevirapina)[87]. Actualmente es un tema de investigación operativa cuál, de diversas configuraciones alternativas, sería la mejor forma de ofrecer este servicio. Estas configuraciones incluyen regímenes medicamentosos, formas de apoyar a las mujeres para la adhesión al tratamiento, el mayor compromiso y ayuda de los esposos/parejas, la reducción del estigma asociado a la recepción de servicios de VIH en ambientes de atención prenatal y del parto, y el acercamiento de dichos servicios a las mujeres que alumbran en el propio hogar, en lugar de hacerlo en el establecimiento médico, a través de la capacitación de trabajadores comunitarios de la salud y del establecimiento de líneas de referencia. Por ejemplo, el Proyecto Ndola de Demostración de la Prevención de la Trasmisión Madre-Niño (PMTCT, por sus siglas en inglés) de Zambia está siendo implementando en seis clínicas que sirven a siete asentamientos periurbanos y está a cargo de tres grupos: Los Servicios Voluntarios de Consejería y Despistaje de Zambia abastecen de insumos para el despistaje de VIH, y supervisan la calidad del servicio; el Grupo de Trabajo MTCT entrega insumos de drogas antirretrovirales, y el Equipo Distrital de Administración de Salud provee a las clínicas de los reactivos para las pruebas rutinarias de hemoglobina, así como de los suplementos de hierro[88].

La garantía de un embarazo y parto seguros tiene alta prioridad para los servicios de SSR, y esta urgencia está reforzada por la posibilidad de transmisión del VIH a los infantes durante el parto de madres seropositivas. Se recomienda la presencia de un(a) asistente capacitado(a) durante el parto para evitar la sepsis y las lágrimas, así como los procedimientos invasivos y las episiotomías innecesarias para mejorar las condiciones de seguridad del parto. En el caso de mujeres seropositivas, debe reducirse la duración de la ruptura de la membrana, y debe evitarse la rotación de los bebés en posición podálica y aquellos procedimientos que pueden rasgar la piel de la criatura. Si bien la elección de la cesárea antes del inicio del trabajo de parto también reduce la probabilidad de transmisión del VIH, su uso en escenarios de escasos recursos debería evitarse en ausencia de indicaciones médicas, debido al elevado riesgo de complicaciones para mujeres seropositivas que tienen comprometida la inmunidad[89-92].

En los países desarrollados se ha reducido notablemente la transmisión a los infantes a través de la lactancia debido a que se recomienda consistentemente no practicar la lactancia a las mujeres seropositivas las que, generalmente, siguen el consejo[93]. Dado que a menudo las alternativas a la lactancia no son aceptables y pueden no ser seguras en muchos escenarios de países en desarrollo, son comunes las tasas de transmisión del VIH de entre 15% y 20%, con una lactancia de duración de seis a 12 meses. Urge determinar si puede desarrollarse para los recién nacidos un tratamiento antirretroviral tal que extienda la protección segura durante el período de lactancia y más allá, según sea apropiado. Se está llevando a cabo experimentos para determinar si la HAART actualmente en uso para la madre, no sólo durante el embarazo sino también durante la lactancia, hará extensiva esta protección a la criatura.

Mientras tanto, y para ayudar a la reducción de la transmisión por VIH a través de la leche materna, los programas prenatales y posparto deberían ofrecer a las mujeres orientación y apoyo sobre alternativas de alimentación segura de los bebés, localmente apropiadas y basadas en evaluaciones locales y/o en investigación formativa. Las recomendaciones y guías están siendo actualizadas regularmente, a medida que surge mayor evidencia. Las consejeras en alimentación infantil deben ofrecer información actualizada que ayude a que las mujeres tomen decisiones informadas y hagan el seguimiento del progreso[94]. La experiencia de Kenya y de Zambia[75] indica que el uso por los trabajadores de salud, inmediatamente después de la capacitación, de una adaptación del currículo de la OMS, les da mayor confianza y la mayor probabilidad de ofrecer la consejería apropiada en alimentación infantil. En ausencia de capacitación en consejería sobre alimentación infantil a madres seropositivas puede que todavía se esté promoviendo la lactancia materna incluso en áreas de alta prevalencia del VIH. Más aún, las consejeras en alimentación infantil pueden estar convencidas de que no hay otra opción para las mujeres que no sea la lactancia, obviando cualquier explicación correcta sobre otras alternativas de alimentación. Pueden estar necesitando capacitación en consejería no impuesta, así como en la entrega de información más prolija. Además, ellas mismas pueden ser seropositivas[95].

Los servicios prenatales y de parto que ofrecen el despistaje del VIH están identificando una cohorte de mujeres seropositivas que, junto con sus familias, necesitarán tratamiento, cuidado y apoyo por el resto de sus vidas. De allí que algunos programas hayan desarrollado cadenas de referencia con servicios existentes de VIH/SIDA administrados por ONGs nacionales o internacionales que dan atención de largo plazo. Por ejemplo, en el Proyecto de Demostración Ndola, en Zambia[88] se refiere a las mujeres al programa Pro-TEST de la OMS para prevenir la tuberculosis y otras infecciones oportunistas, al Programa Mundial de Alimentos para los suplementos nutricionales y a los grupos de base comunitaria para el soporte psicosocial, económico y familiar.

En 2001 se estableció la iniciativa “MTCT-Plus”, coordinada por la Universidad de Columbia, en los EE.UU., con el fin de desarrollar estrategias para organizar cadenas de referencia sostenibles. La iniciativa ofrecerá, a través de los 12 sitios de demostración iniciales en siete países africanos y Tailandia, lo siguiente:

- un paquete de servicios para mujeres infectadas y, eventualmente, a miembros de sus familias, incluyendo educación, consejería, soporte psicosocial, PMTCT, profilaxis y tratamiento de infecciones oportunistas y HAART;
- apoyo para la extensión y educación comunitarias, y vínculos con las organizaciones y recursos locales;
- procura y entrega de terapia antirretroviral y de otra medicación para enfermedades relacionadas con el VIH, y capacitación, asistencia técnica, apoyo de laboratorio, monitoreo del sitio y otros servicios de apoyo[96].

¿Dónde deben estar los servicios de ETS?

El despistaje y el tratamiento de las ETS son elementos integrales tanto de la atención de SSR como del control del VIH/SIDA. Los servicios para detectar y administrar las ETS y las ITR endógenas no han sido sistemáticamente organizados al interior de programas de SSR o de VIH/SIDA, ni han estado tan bien abastecidos de recursos como los servicios MI/PF. En la pasada década, sin embargo, han alcanzado mayor visibilidad tanto a través del Programa de Acción de la CIPD como por el hecho de ser cofactores de la trasmisión sexual del VIH. Debido a la tendencia hacia la programación vertical, esta dualidad ha creado un dilema programático a los países: ¿Deben los servicios de ETS ser administrados por programas afiliados a, y financiados a través de recursos para VIH/SIDA, o para SSR? ¿O sería preferible alguna combinación?

Para responder a esta pregunta es importante tener en mente las múltiples consecuencias de las ETS no tratadas para ambos sexos. Éstas incluyen embarazos con resultados deficientes (mayor riesgo de pérdida o de natimuertos), esterilidad y enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres, y un mayor riesgo de infección por VIH tanto para las mujeres como para sus parejas. Además, mientras se continúe ofreciendo servicios de SSR (o MI/PF) principalmente a mujeres casadas, se seguirá dejando por fuera a hombres, a mujeres no casadas y a otros/as que están en riesgo de adquirir ETSs. De otro lado, a través de programas de VIH/SIDA es probable que se ofrezca servicios de control de ETS para mujeres sólo a aquéllas en alto riesgo de transmisión sexual del VIH (e ETS). Desde esta perspectiva, parece evidente que las estrategias para reducir el impacto de las ETS deben involucrar, de alguna manera, tanto a los programas de control de VIH/SIDA como a los programas de SSR[97].

A pesar del menor interés en el control de las ETS –luego del alejamiento de las prioridades de la prevención de la infección por VIH hacia el tratamiento y atención de los infectados por VIH, y de la persistente incertidumbre sobre la forma de interpretar los resultados de los estudios en Mwanza, Rakai y Masaka[6,98-102]– todos estos intentos por reducir la epidemia global de ETS pueden servir de hitos que orienten hacia medidas beneficiosas en sí mismas y con impacto en la epidemia del VIH. A partir de estudios de menor escala, está apareciendo nueva evidencia sobre la efectividad de los servicios de ETS de nivel comunitario en escenarios emergentes de la epidemia del VIH como, por ejemplo, en dos áreas de Nairobi, Kenya, que han producido mejoras impresionantes en la práctica del sexo seguro y en la disminución de la incidencia reportada de ETS[103]. Por lo tanto, sería factible en muchos países africanos y otros la introducción en los servicios de atención primaria de salud de servicios de ETS configurados como intervenciones de nivel comunitario. Como afirman Stephenson y Cowan, "no está en duda la importancia de mejorar los servicios de ETS en áreas de alta prevalencia";[104] el asunto es cómo hacerlo[105].

Además, al tratar de integrar la detección, administración y prevención de las ETS en los servicios existentes de MI/PF, los servicios de ETS deben estar mejor planeados e implementados que en el pasado, cuando era muy poco lo que estaba verdaderamente "integrado". Las intervenciones pasadas se centraban principalmente en la capacitación de personal, consejería y despistaje del VIH, y prevención en la forma de promover el uso del condón; pero se requiere también ocuparse de otros componentes críticos del sistema, tales como el funcionamiento de clínicas de referencia y el acceso a las mismas, el abastecimiento regular de las drogas y otros insumos, la supervisión estrecha y la educación a nivel comunitario para llegar a la población, en general. En pocas palabras, debe fortalecerse en gran medida aquellos componentes

que dan soporte tanto al control de las ETS como a la prevención, así como las interacciones cercanas con la comunidad y con quienes recurren a los servicios. Para el éxito de un modelo de servicios de ETS en la atención primaria de salud es fundamental el potencial para llegar a los hombres tanto como a las mujeres a través de la educación y de los servicios. Para ello, es necesario el fortalecimiento de los establecimientos de atención primaria de salud, en general.

Los programas de SSR tienen un historial de llegar principalmente a mujeres casadas, adultas, y a menudo no alcanzan a los principales transmisores. Por el contrario, los programas orientados al VIH/SIDA han tendido a asumir abordajes especializados para llegar principalmente a esos grupos. Sin embargo, los grupos de transmisores del VIH no son necesariamente pequeños, numéricamente, como se evidencia en buena parte del África subsahariana. Si los programas de SSR y los programas del VIH/SIDA hicieran mayores esfuerzos por desarrollar sus servicios en tándem podrían garantizar, juntos, la llegada a los principales grupos de riesgo de ETS así como a los del VIH.

Por último, ¿qué hay de la atención de ETS en el sector privado formal o informal, que se ha hallado deficiente en capacitación, capacidad diagnóstica y en el abastecimiento adecuado de medicamentes?[69] Debe ponerse en consideración el desarrollo de normas acerca de quién puede y quién no ofrecer servicios, el requisito de que estos proveedores tengan la capacitación e investigación adecuadas, y la factibilidad de vincular los servicios públicos y privados de ETS.

Expansión de la cobertura dentro y fuera del ambiente de la clínica

Desde una perspectiva de prevención del VIH, es de importancia estratégica llegar tanto a los transmisores principales del VIH como a quienes sirven de "puentes" entre éstos y la población en general, porque son ellos quienes, predominantemente, mantendrán la epidemia. Tradicionalmente, los hombres en la mayor parte del mundo no han acudido a clínicas públicas (con o sin sus parejas) para obtener planificación familiar, condones o tratamiento para ETS, o para acompañar a sus parejas femeninas a las consultas prenatales o de salud infantil.

Actualmente se está aprovechando de las oportunidades para llegar a los hombres mediante servicios de SSR; son muy pocas, sin embargo, las ideas que estén siendo probadas y evaluadas. Los dos enfoques preferidos han sido: i) asegurar la libre disponibilidad de los condones y su fácil accesibilidad en las clínicas para las mujeres y en las ocasiones en que los hombres las visitan con cualesquiera propósito, y ii) animar a los hombres a acompañar a sus parejas para la atención prenatal o la planificación familiar, momento en el cual se les puede exponer mensajes educativos sobre la transmisión del ETS y del VIH, se les puede dar condones así como ofrecer una prueba del VIH y el despistaje y tratamiento de ETS. Están por concluirse en Sudáfrica, India, Zimbabwe y Nigeria, estudios de investigación operativa que pretenden involucrar a los hombres en las consultas prenatales y de planificación familiar.

Sin embargo, estas intervenciones sólo alcanzarán a los hombres como parejas de las mujeres que acuden a los servicios MI/PF, mas no a hombres solos y en relaciones menos estables, a los hombres homosexualmente activos o a las parejas de mujeres que no usan planificación familiar o que no están embarazadas. Los programas de atención primaria de salud deben considerar el desarrollo del concepto de "servicios de salud sexual", lo que permitiría una expansión en la cobertura de los servicios de SSR a subgrupos de la población que no están requiriendo (principalmente) atención de la salud reproductiva.

Estando aún ampliamente censurada socialmente la homosexualidad, se ha requerido de esfuerzos para llegar a los hombres homosexualmente activos para cubrir sus necesidades, incluso en países en los que la homosexualidad es ilegal. Esto es importante no sólo en las Américas, donde la prevalencia registrada de VIH entre hombres homosexualmente activos es alta,[106] sino también donde puede ser menos visible por el estigma asociado[107].

Es poco lo que se sabe sobre el grado en que los trabajadores sexuales (femeninas y masculinos) utilizan los servicios de SSR, o dónde obtienen anticonceptivos y condones. Un estudio realizado

en Abidján, Costa de Marfil, halló que tan sólo el 28% de trabajadores sexuales encuestados había accedido al tratamiento de ETS en una clínica u hospital[108]. En Camboya, un estudio realizado en clínicas de ETS para mujeres trabajadoras sexuales en Phnom Penh y Sihanoukville encontró que eran pocas las trabajadoras sexuales de prostíbulos que habían acudido alguna vez a clínicas que ofrecen servicios de planificación familiar. La gran mayoría confiaba únicamente en los condones para la doble protección; menos del 2% estaba también usando otro método anticonceptivo en ese momento, y se decía que el aborto inducido era común. Muchas de las trabajadoras sexuales deseaban saber más sobre los métodos anticonceptivos disponibles; algunos informantes clave deseaban que se garantice que no decreciera el uso sistemático del condón en caso de ampliarse la disponibilidad de los anticonceptivos[30].

Los adolescentes y jóvenes sexualmente activos, especialmente en el África subsahariana, pero también en subgrupos latinoamericanos y asiáticos, así como los niños de la calle de todas las regiones, están en alto riesgo en escenarios de elevada prevalencia de VIH[109]. Sin embargo, en gran medida tienen aprehensiones frente a los servicios públicos de SSR, y tanto las políticas de las clínicas como las actitudes del personal puede estar disuadiéndoles activamente. Se espera que las estrategias para hacer que los ambientes de las clínicas sean más "amigables para los jóvenes", o la provisión de servicios separados para adolescentes y gente joven aumenten la proporción de gente que consigue información y servicios. Unos pocos estudios están explorando la factibilidad y aceptabilidad de estas estrategias[110,111]. Varios estudios en países en desarrollo también han empezado a evaluar estrategias basadas en la escuela[112] y las de mercadeo social[113] para llegar a los adolescentes.

La evidencia disponible sugiere fuertemente la necesidad de múltiples estrategias para llegar a la gente joven[109]. Los servicios de SSR en ambientes de clínica pueden tratar de alcanzar a este grupo etáreo tanto para la prevención de ETS/VIH como para la promoción de anticonceptivos y condones. Este grupo etáreo suele tener sexo irregularmente y pueden cambiar parejas en períodos relativamente cortos de tiempo. Las mujeres jóvenes solteras, cuando quedan embarazadas, pueden llevar el embarazo a término incluso si éste no era deseado, y precisarán de atención prenatal y en el parto. Otras recurrirán al aborto, estando las proporciones en el rango de 9%, en un estudio de Sudáfrica,[114] a 50%, según estimados para la Argentina,[115] hasta una mayoría en Europa[116]. Los proveedores de servicios de planificación familiar, incluyendo a los del sector privado, pueden estar en condiciones de ayudar a las mujeres jóvenes a afrontar el embarazo no deseado con mayor seguridad, incluyendo las referencias para los abortos seguros, donde el procedimiento sea legal.

Adicionalmente, cada vez se ensaya más la utilización de educadores pares para proveer condones y educación para la reducción del riesgo de VIH, particularmente mediante el mercadeo social y otros programas con base comunitaria o escolar, y a través de los programas educativos de los medios de comunicación masiva. Debe darse mayor atención a la determinación sobre si estas actividades deben estar organizadas a través o en colaboración con los programas de SSR (y especialmente los del sector público), tomando en cuenta tanto a los jóvenes que están dentro del sistema educativo como a los que no lo están.

Los componentes de base comunitaria o periféricos, del sector público, también entregan algunos servicios de SSR que podrían contribuir a la batalla contra el VIH/SIDA. Por ejemplo, la investigación muestra nítidamente que los programas de distribución de planificación familiar basada en la comunidad (CBD, por sus siglas en inglés) pueden promover y ofrecer condones efectivamente a hombres (y mujeres),[117] especialmente cuando los agentes empleados son varones. Jamás se ha evaluado, sin embargo, si este enfoque aumenta la prevalencia general del uso del condón, o si sustituye a otras fuentes de abastecimiento. La capacidad de llegar a los(as) adolescentes con la planificación familiar a través de la CBD puede reducirse porque muchos agentes CBD no ven con buenos ojos o no aceptan que los(as) adolescentes sean sexualmente activos, especialmente aquéllos(as) que no tienen niños[118]. Se encontró estas actitudes incluso en un programa de CBD explícitamente orientado a jóvenes[119].

Los programas CBD fueron establecidos principalmente para ofrecer planificación familiar. Por sus ventajas en términos de alcance y del enfoque de educación entre pares, se han hecho diversos esfuerzos para capacitar a los proveedores CBD para que incluyan la educación en ETS y en VIH/SIDA y, en menor medida, la consejería sobre las estrategias para reducir el riesgo sexual. Dos estudios realizados en Ghana han hallado resultados contrastantes. Uno halló que los agentes CBD daban información sobre prevención en ETS en el 90% de las consultas que siguieron a la capacitación,[119] mientras que en el otro[120] se discutió el tema de las ETS en menos de la mitad de las interacciones.

Políticas y programas: perspectivas futuras

Como han mostrado ésta y otras revisiones,[43,89] puede ser significativa la contribución que pueden hacer los servicios de SSR a la prevención del VIH (y cada vez más al tratamiento y el cuidado del VIH). Para los servicios tales como los de planificación familiar y de abastecimiento de condones, se trata de continuar con la provisión de los servicios existentes con alguna reorientación hacia la doble protección, y la prevención del VIH, y la ampliación de los servicios hacia aquellos grupos en mayor riesgo de ETSs/VIH. Para otros, tales como atención prenatal y atención del VIH para adolescentes y transmisores principales de VIH será necesaria alguna forma de "integración" para vincular servicios que no se había ofrecido anteriormente, ya sea mediante la provisión conjunta o a través de la referencia. Quedan por empezar desde el principio, en muchos espacios, otros servicios tales como los de despistaje y tratamiento del cáncer cervical. Temas como el estigma también actúan para restringir y complicar el acceso a la atención. Si bien algunas experiencias de integración de servicios han sido poco comprehensivas y a veces desalentadoras, debe buscarse mejoras incluso en los enfoques parcialmente exitosos; también debe probarse nuevas ideas para entender mejor cómo dichos enfoques pueden mejorarse y maximizar sus logros. De modo que puede alcanzarse ganancia potencial, incluso con estrategias imperfectas.

Un factor limitante en la contribución que los programas de SSR pueden hacer a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA es el legado persistente en los países desarrollados de servicios orientados principalmente a mujeres casadas y fértiles. De allí que la mayoría de las usuarias de servicios de SSR tienen un mayor riesgo de adquirir VIH que de transmitirlo. Puede que se tenga que hacer cambios a este respecto antes de que las modificaciones aquí descritas tengan éxito. Sin embargo, los servicios de SSR pueden contribuir a la reducción de la enfermedad y de las complicaciones entre toda la base poblacional usuaria de los servicios de SSR, con el solo mejoramiento de los estándares básicos de atención y la incorporación de los servicios. El fortalecimiento de la capacidad de los servicios de SSR para contribuir a la lucha contra el VIH/SIDA requerirá, adicionalmente, de mejoras en la infraestructura, el equipamiento y los insumos, así como mejor capacitación y supervisión del personal, y el aseguramiento de la provisión de medicamentos.

Se está adoptando estas transiciones organizacionales en contextos de los países desarrollados a veces caracterizados por sistemas sanitarios débiles que pueden estar atravesando reformas radicales. Las mejoras en las políticas y programas, en protocolos de servicio y habilidades del personal iniciadas desde la CIPD siguen precisando reforzamiento y promoción; esto es particularmente cierto en relación con el concepto de un programa de SSR entendido como paquete de servicios coherente y comprehensivo. Está aumentando lenta pero constantemente la evidencia empírica sobre lo que da resultados y lo que no. Claramente se están dando progresos,[121] pero éstos deben ser sostenidos.

Esta revisión sugiere prestar atención a abordajes que se muestran efectivos, factibles y aceptables, a aquéllo que se necesita para que den mejores resultados y, críticamente, al efecto que tienen en la incidencia y prevalencia del VIH/SIDA. Al hacerlo, debe tenerse en cuenta no sólo las intervenciones mismas, sino también las personas y los sistemas de salud que las apoyan y el contexto epidemiológico y socioeconómico en el que se espera que actúen.

Reconocimientos

Esta revisión fue comisionada por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS,

Ginebra, en junio de 2003, como documento base de discusión sobre los vínculos entre los servicios de salud sexual y reproductiva y de prevención y atención del VIH, para establecer nuevas orientaciones para el desarrollo de políticas y de programas. Está aquí impreso con la autorización del Departamento. La participación de Ian Askew en la revisión estuvo respaldada mediante el 'Memorando de Entendimiento' entre el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, el Programa Frontiers in Reproductive Health del Population Council, con financiamiento de USAID bajo el convenio de cooperación HRN-A-00-98-00012-00. Los autores desearían reconocer las importantes contribuciones hechas durante la preparación de esta revisión por Natalie Broutet, Francis Ndowa, Tim Farley, Isabelle de Zoysa, Richard Steen, Jane Cottingham, Naomi Rutenburg, Sam Kalibala y Saiqa Mullick. Las opiniones expresadas en este artículo son las de los autores y no representan necesariamente las de la OMS o las del Population Council.

Referencias

1. de Zoysa I. Reproductive Health Programmes in the Era of AIDS: A Discussion Paper.Geneva: Department of Reproductive Health and Research: WHO, 1997.
2. United Nations General Assembly Special Session (ICPD + 5). Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the ICPD-CPD+5. At: <http://www.unfpa.org/icpd5/icpd5. htm>.
3. Lush L, Walt G, Ogden J. Transferring policies for treating sexually transmitted infections: What's wrong with global guidelines? Health Policy and Planning 2003; 18(1):18–30.
4. Laga M. Human immunodeficiency virus infection prevention: the need for complementary sexually transmitted disease control. In: Germain A, Holmes KK, Piot P, et al, editors. Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health. New York: Plenum Press, 1992. p.131–44.
5. Fleming DR, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. Sexually Transmitted Infections 1999; 75(1):3–17.
6. Grosskurth H, Mosha F, Todd J,et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. Lancet 1995;346:530–36.
7. Rothenberg RB, Wasserheit JN, St Louis ME, et al. The effect of treating sexually transmitted diseases on the transmission of HIV in dually infected persons: a clinic-based estimate. Ad Hoc STD/HIV Transmission Group. Sexually Transmitted Diseases 2000;27(7):411–16.
8. Dallabetta G, Gerbase A, Holmes KK. Problems, solutions and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases. Sexually Transmitted Infections 1998;74(Suppl.1):S1–S11.
9. Sloan NL, Winikoff B, Haberland N, et al. Screening and syndromic approaches to identify gonorrhea and chlamydial infection among women. Studies in Family Planning 2000;31(1): 55–68.
10. Maggwa BN, Askew ID, Marangwanda C, et al. Demand for and Cost-Effectiveness of Integrating RTI/HIV Services with Clinic-Based Family Planning Services in Zimbabwe. Nairobi: Population Council, 1999.
11. Solo J, Maggwa BN, Waberu JK, et al. Improving the Management of STIs among MCH/FP Clients at the Nakuru Municipal Council Health Clinics. Nairobi: Population Council, 1999.
12. Kapiga SH, Vuylsteke B, Lyamuya E, et al. Evaluation of sexually transmitted diseases diagnostic algorithms among family planning clients in Dar es Salaam, Tanzania. Sexually Transmitted Infections 1998; 74(Suppl.1):S132–S138.
13. WHO. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections. Geneva: WHO, 2001.
14. Dallabetta GA, Laga M, Lamptey P. Control of Sexually Transmitted Diseases: A Handbook for the Design and Management of Programs. Arlington: AIDSCAP/Family Health International, 1996.
15. Oliff M, Mayaud P, Brugha R, et al. Integrating reproductive health services in a reforming health sector: the case of Tanzania. Reproductive Health Matters 2003;11(21):37–48.

16. Wasserheit J. Reproductive tract infections. In: Special Challenges in Third World Women's Health. New York: International Women's Health Coalition, March 1990.
17. Moodley P, Connolly C, Sturm AW. Interrelationships among human immunodeficiency virus type 1 infection, bacterial vaginosis, trichomoniasis, and presence of yeasts. Journal of Infectious Diseases 2002;185: 69–73.
18. Pachauri S. Relationship between AIDS and family planning programmes: a rationale for developing integrated reproductive health services. Health Transition Review 1994;4: 321–47.
19. Mayhew S. Integrating MCH/FP and STD/HIV services: current debates and future directions. Health Policy and Planning 1996;11(4):339–53.
20. Askew I, Maggwa BN. Integration of STI prevention and management with family planning and antenatal care in sub-Saharan Africa – what more do we need to know? International Family Planning Perspectives 2002;28(2):77–86.
21. Dehne K, Snow R. Integrating STI Management Services into Family Planning Services: What Are the Benefits? Geneva: World Health Organization, 1999.
22. Lush L, Cleland J, Walt G, et al. Integrating reproductive health: myth and ideology. Bulletin of World Health Organization 1999;77(9): 771–77.
23. Haberland N, Maggwa BN, Elias C, et al. pitfalls and possibilities: managing RTIs in family planning and general reproductive health services. In: Haberland N, Measham D, editors. Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning. New York: Population Council, 2002.
24. Pisani E. AIDS into the 21st century. Reproductive Health Matters 2000;9(15):63–76.
25. Askew ID, Fassihian G, Maggwa BN. Integrating STI and HIV/AIDS services at MCH/family planning clinics. In: Miller K, Miller R, Askew I, et al, editors. Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies. New York: Population Council, 1998. p.199–216.
26. Mayhew S, Lush L, Cleland J, et al. Implementing the integration of component services for reproductive health. Studies in Family Planning 2000;31(2):151–62.
27. Mayhew S. Donor dealings: the impact of international donor aid on sexual and reproductive health services. International Family Planning Perspectives 2002;28(4): 220–24.
28. Lush L. Service integration: an overview of policy developments. International Family Planning Perspectives 2002;28(2):71–76.
29. Caldwell J, Caldwell P. Is integration the answer for Africa? International Family Planning Perspectives 2002; 28(2):108–10.
30. Delvaux T, Crabb F, Seng S, et al. The need for family planning and safe abortion services among women sex workers seeking STI care in Cambodia. Reproductive Health Matters 2003;11(21):88–95.
31. Besser MJ. Mothers to mothersto-be: peer counselling, education and support for women in pregnancy in Cape Town, South Africa. Abstract MoOrF1031. International AIDS Conference, Barcelona, July 2002.
32. Fleming AF. Prevention of transmission of HIV by blood transfusion in developing countries. Paper presented at Global Impact of AIDS Conference, London, 10 March 1988.
33. Byrne MA. The common occurrence of HPV infection and intraepithelial neoplasia in women infected by HIV. AIDS 1989;3:379–82.
34. Hawes SE, Critchlow CW, Faye Niang MA, et al. Increased risk of high-grade cervical squamous intraepithelial lesions and invasive cervical cancer among African women with human immunodeficiency virus type 1 and 2 infections. Journal of Infectious Diseases 2003;188(4):555–63.
35. Suarez Rincón AE, Vazquez Valls E, Ramírez Rodríguez M, et al. [Squamous intraepithelial lesions in HIV seropositive females. Their frequency and association with cervical neoplasia risk factors– in Spanish]. Ginecologia Obstetricia de México 2003; 71:32–43.
36. Stier E. Cervical neoplasia and the HIV-infected patient. Hematology/Oncology Clinics of North America 2003;17(3): 873–87.
37. Pautier P, Morice P, de Crevoisier R. [HIV and cervical cancer–in French]. Bulletin of Cancer 2003;90(5):399–404.
38. Hangzo, Chatterjee A, Sarkar S, et al. Preaching out beyond the hills: HIV prevention among injecting drug users in Manipur, India. Addiction 1997;92(7):813–20 (Cited in Pisano[24]).
39. Csepe P, Amirkhanian YA, Kelly JA, et al. HIV risk behaviour

among gay and bisexual men in Budapest, Hungary. International Journal of STD and AIDS 2002;13(3): 192–200.
40. Carpenter LM, Kamali A, Ruberantwari A, et al. Rates of HIV-1 transmission within marriage in rural Uganda in relation to the HIV sero-status of the partners. AIDS 1999; 13(15):2133–41.
41. Manzini N. Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa. Reproductive Health Matters 2001;9(17):44–52.
42. Machel JZ. Unsafe sexual behaviour among schoolgirls in Mozambique: a matter of gender and class. Reproductive Health Matters 2001;9(17): 82–90.
43. Waelkens MP, de Koning K, Ormel H, et al. Integration of Sexual Health into Reproductive Health Services: Needs, Evidence and Implications: A Review Paper. Amsterdam: Royal Tropical Institute, 2003.
44. Becker J, Leitman E. Introducing Sexuality Within Family Planning: Three Positive Experiences from Latin America and the Caribbean. Quality/ Calidad/Qualité No 8. New York: Population Council, 1997.
45. Abdel-Tawab N, Roter D. The relevance of client-centered communication to family planning settings in developing countries: lessons from the Egyptian experience. Social Science and Medicine 2002; 54(9):1357–68.
46. Allen S, Meinzen-Derr J, Kautzman M, et al. Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. AIDS 2003;17(5): 733–40.
47. Painter TM. Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa. Social Science and Medicine 2001;53(11): 1397–411.
48. Feldblum PJ, Welsh MJ, Steiner MJ. Don't overlook condoms for HIV prevention. Sexually Transmitted Infections 2003;79:268–69.
49. Berer M. Dual protection: making sex safer for women. In: Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception. Ravindran TKS, Berer M, Cottingham J, editors. London: Reproductive Health Matters for WHO, 1997. p.109–21.
50. WHO. Exploring Common Ground: STI and FP Activities. Geneva: WHO, 2001.
51. Cates W, Steiner MJ. Dual protection against unintended pregnancy and sexually transmitted infections: what is the best contraceptive approach? Sexually Transmitted Diseases 2002; 29(3):168–74.
52. Myer L, Morroni C, Mathews C, et al. Dual method use in South Africa. International Family Planning Perspectives 2002; 28(2):119–21.
53. Kuyoh M, et al. Dual Method Use Among Family Planning Clients in Kenya. Arlington: Family Health International, 1999.
54. Aklilu M, Messele T, Tsegaye A, et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. AIDS 2001; 15(1): 87–96.
55. Tietze C. New estimates of mortality associated with fertility control. Family Planning Perspectives 1977; 9(2):74–76.
56. Chikamata DM, Chinganya O, Jones H, et al. Dual needs: contraceptive and sexually transmitted infection protection in Lusaka, Zambia. International Family Planning Perspectives 2002;28(2): 96–104.
57. Richey L. HIV/AIDS in the shadows of reproductive health interventions. Reproductive Health Matters 2003; 11(22): 30–35.
58. Brady M. Preventing sexually transmitted infections and unintended pregnancy, and safeguarding fertility: triple protection needs of young women. Reproductive Health Matters 2003;11(22):134–141.
59. Hunter S-C, Isingo R, Boerma JT, et al. The association between HIV and fertility in a cohort study in rural Tanzania. Journal of Biosocial Science 2003;35:189–99.
60. Stanback J, Brechin SJ, Lynam P, et al. The Effectiveness of National Dissemination of Updated Reproductive Health/ Family Planning Guidelines in Kenya. Nairobi: Family Health International, 2001.
61. Lazcano Ponce EC, Sloan N, Winikoff B, et al. The power of choice of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico. Sexually Transmitted Infections 2000;76(4):277–81.
62. Adeokun L, Mantell JE, Weiss E, et al. Promoting dual protection in family planning clinics in Ibadan, Nigeria. International Family Planning Perspectives 2002; 28(2):87–95.
63. Vernon R, Foreit J. How to help clients obtain more preventive reproductive health care, viewpoint. International Family Planning Perspectives 1999;25(4):200–02.
64. Pinotti J, Vieira Tjal ML, Nisida AC, et al. Comprehensive health care for women in a public hospital in Sa˜o Paulo, Brazil.

Reproductive Health Matters 2001;9(18):69–78.
65. O'Reilly K, Dehne K, Snow R. Should management of sexually transmitted infections be integrated into family planning services: evidence and challenges. Reproductive Health Matters 1999;7(14): 49–59.
66. Korenromp EL, van Vliet C, Grosskurth H, et al. Modelbased evaluation of singleround mass treatment of sexually transmitted diseases for HIV control in a rural African population. AIDS 2000;14(5):573–93.
67. Wawer MJ, Sewankambo NK, Serwadda D, et al. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomised community trial. Lancet 1999;353:525–35.
68. Van Dam J. Hybrid STI interventions: putting new prevention and treatment programs to the test, Horizons Report. At: <http://www.popcouncil.org/horizons/newsletter/horizons(1)_2.html>. Accessed 17 April 2002.
69. Steen R, Dallabetta G. Sexually transmitted infection control with sex workers: regular screening and presumptive treatment augment efforts to reduce risk and vulnerability. Reproductive Health Matters 2003; 11(22):70–86.
70. Taneepanichskul S, Tanprasertkul C. Use of Norplant implants in the immediate postpartum period among asymptomatic HIV-1-positive mothers. Contraception 2001;64(1):39–41.
71. Knauth DR, Barbosa RM, Hopkins K. Between personal wishes and medical ''prescription'': mode of delivery and post-partum sterilisation among women with HIV in Brazil. Reproductive Health Matters 2003;11(22):109–117.
72. Janowitz B, Johnson L, Thompson A, et al. Excess capacity and the cost of adding services at family planning clinics in Zimbabwe. International Family Planning Perspectives 2002;28(2):58–66.
73. Minkoff H. Human immunodeficiency virus infection in pregnancy [Abstract]. Obstetrics & Gynecology 2003;101(4):797–810.
74. Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 2002;29(5):484–94.
75. Horizons. Integrating HIV Prevention and Care into Maternal and Child Health Care Settings: Lessons Learned from Horizons Studies. New York: Population Council, 2002. At: <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/mchconskenya.pdf>.
76. De Cock KM, Mbori-Ngacha D, Marum E. Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. Lancet 2002;360: 67–72.
77. Bakari JP, Mckenna S, Myrick A, et al. Rapid voluntary testing and counseling for HIV. Acceptability and feasibility in Zambian antenatal care clinics. Annals New York Academy of Sciences 2000;918(Nov):64–76.
78. de Bruyn M. Safe abortion for HIV-positive women with unwanted pregnancy: a reproductive right. Reproductive Health Matters 2003;11(22):152–161.
79. Berer M. HIV/AIDS, pregnancy and maternal mortality and morbidity: implications for care. In: Berer M, Ravindran TKS, editors. Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues. London: Reproductive Health Matters, 2000. p.198–210.
80. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, et al. WHO antenatal randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. Lancet 2001;357:1551–64.
81. Ayisi JG, van Eijk AM, ter Kuile FO, et al. The effect of dual infection with HIV and malaria on pregnancy outcome in western Kenya. AIDS 2003; 17(4):585–94.
82. Centers for Disease Control. The deadly intersection between TB and HIV. Fact sheet.
83. Gloyd S, Chai S, Mercer MA. Antenatal syphilis in sub-Saharan Africa: missed opportunities for mortality reduction. Health Policy and Planning 2001;16(1):29–34.
84. Fonck K, Claeys P, Bashir F, et al. Syphilis control during pregnancy: effectiveness and sustainability of a decentralized program. American Journal of Public Health 2001;91(5):705–07.
85. Maggwa BN, Askew I, Mugwe E, et al. A Case Study of Nairobi City Council's Decentralised Syphilis Screening Programme in Antenatal Clinics. Nairobi: Population Council, 2001.
86. Myer L, Wilkinson D, Lombard C, et al. Impact of on-site testing for maternal syphilis on treatment delays, treatment rates, and perinatal mortality in rural South Africa: a randomised controlled trial. Sexually Transmitted Infections 2003;79:208–13.
87. Brocklehurst P, Volmink J. Antiretrovirals for reducing the

risk of mother-to-child transmission of HIV infection (Cochrane Review). In: Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software, 2002.
88. Hope Humana, Linkages, National Food and Nutrition Commission, et al. Empowering Communities to Respond to HIV/AIDS: Ndola Demonstration Project on Maternal and Child Health. New York: Population Council, 2003. At: <http://www.populationcouncil.org/pdfs/ horizons/ndolafnl.pdf>.
89. Epstein H, Whelan D, van de Wijgert J, et al. HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing-Country Settings. New York: Population Council and UNFPA, 2002. At: <http://www.popcouncil.org/pdfs/hivaidsguidance.pdf>.
90. Bulterys M, Chao A, Dushimimana A, et al. Fatal complications after Cesarian section in HIV-infected women. AIDS 1996;10:923–24.
91. Grubert TA, Reindell D, Kästner R, et al. Complications after caesarean section in HIV-1-infected women not taking antiretroviral treatment. Lancet 1999;354:1612–13.
92. Vimercati A, Greco P, Loverro G, et al. Maternal complications after caesarean section in HIV infected women. European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology 2000;90:73–76.
93. Nicoll A, Newell ML, Van Praag E, et al. Infant feeding policy and practice in the presence of HIV-1 infection. AIDS 1995; 9(2):107–19.
94. UNICEF/UNAIDS/WHO/UNFPA. HIV and Infant Feeding: Guidelines for Decision-Makers. Final Draft. Geneva: WHO, June 2003.
95. de Paoli MM, Manongi R, Klepp K-I. Counsellors' perspectives on antenatal HIV testing and infant feeding dilemmas facing women with HIV in northern Tanzania. Reproductive Health Matters 2002;10(20):144–56.
96. Sacks R, Efros L. Mailman School-Led MTCT-Plus Initiative Commits $50 Million for HIV Treatment in Eight Countries. Columbia News. At: <http://www.columbia.edu/cu/news/02/07/mailman_mtct_aids.html, 2002>.
97. Berer M. Integration of sexual and reproductive health services: a health sector priority [editorial]. Reproductive Health Matters 2003;11(21):6–15.
98. Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, et al. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomized community trial. Lancet 1999;353:525–35.
99. Kamali A, Quigley M, Nakiyingi J, et al. Syndromic management of sexually transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. Lancet 2003;361:645–52.
100. Schulz KF. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection: Reproductive Health Library commentary (last revised: 4 October 2001). WHO Reproductive Health Library, No 6. WHO/RHR/03.5. Geneva: WHO. 2003.
101. Grosskurth H, Gray R, Hayes R, et al. Control of sexually transmitted diseases for HIV-1 prevention: understanding the implications of the Mwanza and Rakai trials. Lancet 2000; 355:1981–87.
102. O'Farrell N, Mann J, Adam M, et al. Syndromic STI and behaviour-change interventions in Uganda [letter]. Lancet 2003;361:2085–86.
103. Moses S, Ngugi E, Costigan A, et al. Response of a sexually transmitted infection epidemic to a treatment and prevention programme in Nairobi, Kenya. Sexually Transmitted Infections 2002;78(Suppl.1): i114–i120.
104. Stephenson JM, Cowan FM. Evaluating interventions for HIV prevention in Africa [letter]. Lancet 2003;361:633–34.
105. Wilkinson D, Rutherford G. Population-based interventions for reducing sexually transmitted infections, including HIV infection (Cochrane Review). In: Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update Software, 2002.
106. Frasca T. Men and women-still far apart on HIV/AIDS. Reproductive Health Matters 2003;11(22):12–20.
107. Niang CI, Diagne M, Niang Y, et al. Meeting the Sexual Health Needs of Men who Have Sex with Men in Senegal. New York: Population Council, 2002.
108. Vuylsteke B, Ghys PD, Mah-bi G, et al. Where do sex workers go for health care? A community based study in Abidjan,Côte d'Ivoire. Sexually Transmitted Infections 2001; 77(5):351–52.
109. Dehne KL, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. Reproductive Health Matters 2001;9(17):170–79.
110. Dickson-Tetteh K, Pettifor A, Moleko W. Working with public sector clinics to provide

adolescent-friendly services in South Africa. Reproductive Health Matters 2001;9(17): 160–69.
111. Senderowitz J. Making Reproductive Health Services Youth Friendly. Washington DC: Pathfinder International, 1999.
112. Senderowitz J. Reproductive Health Programs for Young Adults: School-based Programs. Washington DC: Pathfinder International, 1997.
113. Agha S. A quasi-experimental study to assess the impact of four adolescent sexual health interventions in sub-Saharan Africa. International Family Planning Perspectives 2002; 28(2):67–70;113–18.
114. Manzini N. Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa. Reproductive Health Matters 2001;9(17):44–52.
115. Mercer R, Ramos S, Szulik D, et al. The need for youthoriented policies and programmes on responsible sexuality in Argentina. Reproductive Health Matters 2001;9(17):184–91.
116. van Benthem BH, de Vincenzi I, Delmas MC, et al. Pregnancies before and after HIV diagnosis in a European cohort of HIV-infected women. European Study on the Natural History of HIV Infection inWomen. AIDS 2000;14(14):2171–78.
117. Foreit J. Improving Reproductive Health by Involving Men in Community- Based Distribution, Frontiers Program Briefs No. 2. Washington DC: Population Council, 2001.
118. Chege J, Askew I. An Assessment of Community-Based Family Planning Programmes in Kenya. Nairobi: Population Council, 1997.
119. Chege J, Askew I, Bannerman A. An Assessment of the Community-Based Distribution Programmes in Ghana. Nairobi: Population Council, 2001.
120. Navrongo Health Research Centre. The Navrongo Community Health and Family Planning Project: Lessons Learned 1994–1998. Navrongo: Navrongo Health Research Centre, 1999.
121. Haberland N, Measham D, editors. Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning. New York: Population Council, 2002.

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*
TEMAS DE
SALUD
reproductiva

Entre los Deseos Personales y la "Prescripción" Médica: Modalidad de Parto y Esterilización Posparto entre mujeres con VIH en Brasil

Daniela Riva Knauth,[a] Regina Maria Barbosa,[b] Kristine Hopkins[c]

[a] Profesora, Department of Social Medicine, Rio Grande do Sul Federal University, e Investigadora, Research Unit in Anthropology of the Body and of Health (NUPACS), Porto Alegre, Brasil. E-mail: knauth@portoweb.com.br
[b] Investigadora, Population Studies Center (NEPO), Campinas State University (Unicamp), e investigadora, Training and Reference Centre for STD/AIDS, Sao Paulo State Health Department, Sao Paulo, Brazil
[c] Population Research Center, University of Texas, Austin TX, USA

Resumen: *durante el embarazo, las mujeres viviendo con VIH están confrontadas con una gama de información e indicaciones médicas que afectan significativamente su experiencia de embarazo y parto. Basado en entrevistas realizadas durante el período prenatal y el puerperio con 60 mujeres viviendo con VIH en Sao Paulo y Porto Alegre, Brasil, este artículo presenta evidencia de algunos de los factores que afectan el acceso a la esterilización posparto y su provisión, y lo que implican. La decisión sobre el parto –vaginal o por cesárea– fue por orden médica, con la preferencia de la mujer en segundo lugar. A algunas mujeres les dijeron que la cesárea era la única opción con un embarazo con VIH, mientras que a otras les dijeron que se practicaría solamente si fuera indicado por razones médicas, aun cuando la mujer quería que se esterilizara al mismo tiempo. Era más difícil para las mujeres en Porto Alegre obtener la esterilización que para las mujeres en Sao Paulo, aun con cesárea, porque la esterilización no era promocionada localmente. A muchas de las mujeres que aceptaron la cesárea les habían convencido antes del parto que era su mejor opción, porque reducía el riesgo de la transmisión perinatal o porque facilitaba la ligadura de trompas. Sin embargo, las mujeres generalmente juzgaron su experiencia de parto y el puerperio en comparación con partos anteriores, y muchas vieron la experiencia de parto con VIH más difícil que los partos anteriores y peor de lo que esperaban.*

Palabras clave: prevención de transmisión madre-niño del VIH, atención prenatal, parto, cesárea, esterilización (femenina), Brasil.

Los avances de los últimos años sobre el tratamiento antirretroviral de la infección por VIH han aportado mayor calidad de vida a las personas seropositivas, así como una reducción significativa en la mortalidad asociada al SIDA. Los beneficios logrados mediante el uso de drogas y otras medidas de control del virus también han expuesto las enormes diferencias en el acceso a estos recursos entre los países desarrollados y los países en desarrollo, siendo el continente africano un ejemplo extremo de la forma inequitativa en que se selecciona a los beneficiarios que recibirán el tratamiento.

Mientras que el acceso desigual al tratamiento es un problema de fondo, también es importante tomar en cuenta las consecuencias que tiene la atención médica relativa al VIH en la vida de las personas. Algunos autores han analizado la historia del

desarrollo de la atención médica, la expropiación del significado de la salud, las definiciones de lo que es normal vs. lo que es patológico, y cómo las intervenciones médicas brotan de una cierta visión del mundo[1,2]. Por la gravedad de la enfermedad relacionada con el SIDA, la epidemia del SIDA sirve de caso ejemplar para pensar en las contradicciones y conflictos que pueden presentarse entre las "prescripciones" médicas y los deseos y valores culturales de un grupo social particular.

Casi toda la atención prenatal y los partos, en el Brasil, se llevan a cabo en clínicas instaladas en hospitales, y conducidas por ginecoobstetras. Las tasas tanto de cesáreas como de esterilizaciones posparto son altas. La esterilización femenina es el método anticonceptivo más popular en el Brasil, y a ella recurre el 40% de mujeres casadas entre los 15 y los 44 años, siendo significativa la proporción de esterilizaciones practicadas junto con los partos por cesárea[3]. Sin embargo, puede observarse diferencias en estas tasas a lo largo del país, siendo las más altas las tasas halladas en el Nordeste y en las regiones del Centro Oeste, y las más bajas las correspondientes a los tres estados que comprenden la región Sur[3-5].

Las mujeres brasileñas tienen a su disposición diversas medidas dirigidas a la reducción de la transmisión madre-niño del VIH (MTCT por sus siglas en inglés), que forman parte de la exigencia legal de garantizar el acceso al tratamiento anti-SIDA a cualquier persona seropositiva. Éstas incluyen la oferta de la prueba de VIH periódica a las mujeres durante el embarazo, la administración de drogas antirretrovirales específicas a las mujeres embarazadas seropositivas indicadas, asimismo, para prevenir la infección de sus bebés, y la prueba de la carga viral y conteo de CD4. En la literatura internacional[6,7] también se recomienda la cesárea a elección para reducir las tasas de transmisión perinatal. Sin embargo, las guías[8] brasileñas recomiendan un despistaje que incluye CD4 y conteo de carga viral antes de decidir sobre la modalidad del parto a seguir. Si la carga viral es menor a 1000 copias/ml o no es detectable, y el embarazo es mayor a 34 semanas, la decisión sobre la modalidad del parto debe basarse sólo ante la existencia de indicaciones clínicas para cesáreas (p.ej., posición fetal y tamaño y falta de dilatación).

Fuera de las rutinas y exigencias usuales de la atención prenatal, se confronta a las mujeres embarazadas seropositivas con una confusa cantidad de información, prescripciones y prácticas que deben asumir al acudir a la atención prenatal y mientras se preparan para el parto. Tienen que arreglárselas para hacerse algunas o todas las pruebas recomendadas, aprender a usar las drogas antirretrovirales adecuadamente (tanto las suyas como las del bebé), decidir si aceptan la modalidad recomendada de parto, y así. No obstante, si bien es mucho lo que se sabe de los aspectos clínicos de la transmisión madre-niño del VIH, es muy poco, comparativamente, lo que se conoce sobre la forma como viven las mismas mujeres seropositivas la atención prenatal y el parto. Este artículo trata de los efectos de las "prescripciones" indicadas por los profesionales médicos sobre el embarazo y las experiencias de parto de mujeres seropositivas embarazadas, su influencia en las preferencias de las mujeres con respecto a la modalidad del parto y el deseo de someterse a la esterilización posparto, y de la magnitud de la satisfacción sentida por las mujeres con respecto a sus expectativas previas.

Metodología de estudio y participantes

Los datos provienen de un estudio que incluyó a 60 mujeres seropositivas embarazadas en dos ciudades, 30 en Sao Paulo y otro tanto en Porto Alegre. Las mujeres fueron reclutadas de dos tipos de clínicas prenatales: aquéllas que funcionaban dentro o que estaban afiliadas a un hospital con un claro sistema de referencia para el parto, y las clínicas individuales sin sistema de referencia para el desenvolvimiento del parto en algún hospital específico. Las clínicas prenatales asociadas con hospitales de referencia estaban asociadas ya sea a un hospital universitario o a un gran hospital público, mientras que las clínicas individuales eran conducidas por la municipalidad de la ciudad.

Escogimos Porto Alegre y Sao Paulo porque tienen tasas elevadas de incidencia de SIDA (entre las 30 ciudades con la mayor incidencia de SIDA en el Brasil) y con el propósito de hacer comparaciones, porque la esterilización femenina tenía mayor prevalencia en Sao Paulo que en Porto Alegre en la población, en general. En 1999 las tasas de

incidencia de SIDA fueron 65.0/100,000 en Porto Alegre y 37.9/100,000 en Sao Paulo[9]. Potter y asociados encontraron que entre las mujeres que no deseaban tener más niños en Sao Paulo, el 24% de las pacientes del sector privado habían sido esterilizadas en el posparto, comparadas con el 6% de mujeres en el sector público. Por contraste, en Porto Alegre, sólo el 16% de las pacientes del sector privado que no deseaban tener más hijos fueron esterilizadas en el posparto, y 2% de las del sector público (datos no publicados para 1998-99).

Para explorar las intenciones reproductivas, los deseos y frustraciones y el nivel de satisfacción con los servicios de las 60 mujeres se empleó una metodología cualitativa, basada en la observación etnográfica y en entrevistas semiestructuradas. También se recogió información demográfica básica y aquélla relacionada con el parto sobre el número de hijos vivos, edad (menores o mayores de 25), en relación a la estabilidad o no de la relación de la mujer, y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de seropositividad (durante este embarazo/durante un embarazo anterior/en otro momento). Para mejor evaluar las expectativas de las mujeres en relación con la atención en el embarazo, la modalidad de parto y el deseo de que se les practique la esterilización posparto, se entrevistó a cada mujer dos veces: una durante el embarazo, entre el tercer y sexto mes y, nuevamente, alrededor de dos meses después de la fecha probable de parto. Esto nos permitió averiguar si las expectativas que las mujeres tenían durante el embarazo habían sido satisfechas o no, de qué maneras y con qué resultados.

El Cuadro 1 resume las características demográficas de las 60 mujeres en el estudio. Las mujeres en la muestra de Porto Alegre eran más jóvenes que las de Sao Paulo, tenían menores niveles de educación y más hijos. Eran parecidas a las aproximadamente 400 mujeres que acudían a las clínicas en las dos ciudades en las que fueron reclutadas entre julio de 1999 y junio de 2000.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las 60 mujeres seropositivas (%)

Característica	Porto Alegre (n=30)	Sao Paulo (n=30)
Edad		
Menor de 25	44.4	20.0
25+	55.6	80.0
Educación		
Primaria completa o menos	86.2	66.7
Secundaria parcial o más	13.8	33.3
Número de hijos vivos		
1	13.3	20.0
2 o más	84.7	80.0

Presas entre el deseo personal y las prescripciones médicas

Durante las entrevistas llevadas a cabo cuando estaban embarazadas, las mujeres dejaron bien establecido que sus expectativas con respecto a la modalidad del parto estaban determinadas, principalmente, por el hecho de ser seropositivas y, en segundo lugar, por el tipo de servicio prenatal del que eran usuarias. Cuando se les preguntaba sobre la modalidad de parto que esperaban tener, más de la mitad de las mujeres dijo que sería la cesárea. Las principales razones para preferir el parto por cesárea fueron que, de esa manera, se reduciría el riesgo de transmisión perinatal del VIH al bebé, que ésa era la recomendación del equipo de salud dada la presencia de la infección por VIH, y también porque significaba que tendrían una mayor probabilidad de tener acceso a la ligadura de trompas. También se mencionó otras razones, tales como que el parto natural es una experiencia traumática, que tenían temor al dolor, o alguna otra razón relacionada a la salud (partos por cesárea anteriores, falta de dilatación cervical y otras); pero éstas figuraban generalmente como argumentos secundarios. La siguiente fue la respuesta típica:

Mujer: *"Éste lo voy a hacer por cesárea, porque también evita el riesgo de que el bebé adquiera el virus, ¿no es cierto?... También le evita... nacer y ser infectado. Fue al inicio de mi embarazo que le pregunté al Dr. P. Derecho, al mismísimo principio le pregunté: '¿Y qué hago ahora? Cuando una madre tiene uno de manera natural hay sangre y todo eso, ¿no es así?'...Y entonces me dijo que eso no era problema, que yo podía escoger tener una cesárea, ¿no es cierto?... Así que desde el momento de quedar embarazada yo ya sabía que iba a ser cesárea".*

Entrevistadora: *"¡Ah! ¿Sí? ¿Y usted aceptó eso? ¿Cómo tuvo a sus otros niños?"*.

Mujer: *"A todos natural; ya estaban en camino cuando llegué al hospital... ¡Facilísimo!"*.

Entrevistadora: *"¿Cómo se siente al respecto, tener que tener una cesárea ahora, luego de experimentar el parto natural?"*.

Mujer: *"Eee, ¡espero que no duela, porque el parto natural duele como los demonios, hija mía! (risas)... Nunca he tenido una cesárea, no he tenido experiencia alguna de cesárea aún, ¿no? Pero admito que si es por el bien de mi bebé, vale la pena. Te hacen un cortecito en la barriga, tomas un anestésico. ¡Ay, creo que vale la pena!... Lo importante es que la criatura nazca saludable. Mira, no sé si es una buena idea, porque nunca he tenido una, pero yo quería tener una cesárea... Sí, lo hice, porque hay menos probabilidades de transmitir la infección y también porque por un buen tiempo he estado queriendo la operación [esterilización], ¿no es cierto?; ya no quiero más niños, ¿ve? Así que de esta manera tendría la posibilidad de hacer las dos cosas al mismo tiempo"*.

Así, pues, las experiencias anteriores, favorables o desfavorables, no fueron los factores determinantes en las mujeres sino, más bien, la salud de la criatura, la reducción del riesgo de transmisión vertical por VIH y la oportunidad de ser esterilizada en el posparto. La preferencia por el parto por cesárea también se relacionaba claramente al discurso médico sobre el tema; en realidad a un discurso en particular, que considera que la cesárea es la única opción debido a las consecuencias de no tener una cesárea, al margen de las preferencias de las mujeres:

"Todos [los partos] tienen que ser por cesárea, de modo de no infectar al bebé, ¿no es cierto?".

"Cuando dijeron que podía haber una cesárea yo estaba aterrorizada, ¿no? Porque yo nunca he tenido una cesárea, ¿no? Así es que yo estaba verdaderamente asustada. Ay, Dios, no quiera que yo pesque una infección, sé que puedo pescar una, ¿verdad que puedo? Una infección, cualquier cosa de esas, usted sabe. Pero entonces me explicaron que una sólo tiene que tener cuidado, hacer su higiene correctamente, y así no habrá... entonces no habrá problema alguno".

"La enfermera me dijo que probablemente yo voy a tener una cesárea. Debido a los recientes descubrimientos, usted sabe... Que es menos probable, ¿cierto?... Y que probablemente va a ser una cesárea, ¿no es así, por lo que ella me dijo?... Yo lo preferiría natural, ¡yo lo quisiera! Por lo que a mí se refiere el parto natural fue realmente bueno para mí, realmente rápido; fue buenísimo. Mi recuperación fue fabulosa. El día que llegué a casa estaba lista para hacer el lavado".

El hecho de que el parto por cesárea fuera recomendado médicamente llevó a que muchas mujeres relegaran sus propias preferencias a un segundo lugar en importancia; incluso algunas mujeres que habían expresado su deseo de tener un parto natural. Al mismo tiempo, sin embargo, no todas las clínicas que proveen atención para las mujeres seropositivas embarazadas sostienen la misma posición en relación a la modalidad de parto, y esto fue claramente percibido por las mujeres, que tuvieron que arreglárselas con información a veces contradictoria de distintas fuentes.

Mujer: *"Le dije... a ella [la doctora] hoy que había pensado que debería tener una cesárea por el... el problema, usted sabe, del VIH. Pero no, no necesariamente, dependerá de la posición en que esté el bebé, ese tipo de cosa, pero yo estaba queriendo, más bien, que fuera una cesárea"*.

Entrevistadora: *"¿Y realmente usted preferiría una cesárea?"*.

Mujer: *"Sí, yo quisiera, yo quisiera. Entre otras cosas, por algunas cosas que dicen los doctores... Ellos prefieren hacer una cesárea porque el bebé sale más rápido, ¿no es cierto? Evita una contaminación, pero la gente me ha dicho hoy que va a depender de mucho, usted sabe, de... Ni siquiera creo que fue ella [la doctora], era otra persona que trabaja aquí; he hablado con tanta gente, sabe que a veces incluso hacen cesáreas para evitar la infección por VIH. Creo que varía... con cada doctor, ¿no? Con una cesárea se pasa más rápido... por el trabajo de parto: se pasa horas y*

horas ahí, ¿no? Pero por lo que ella [la doctora] me dijo, no... no necesariamente será una cesárea".

La comprensión de sus opciones, para algunas mujeres, estaba basada no sólo en las recomendaciones de su doctor sino también en la información de otras fuentes como, por ejemplo, conversaciones en la sala de espera de la clínica o con otros trabajadores de salud y, también, en la experiencia personal, propia y de mujeres cercanas a ellas. Así, llegaban a entender que había un equilibrio de riesgos –riesgos para ellas mismas vs. riesgos para el bebé–. Reconocían que el parto natural involucra menos riesgo para ellas que la cesárea, porque la última es una operación quirúrgica que está asociada, por lo tanto, con los riesgos de infección, inflamación entre los puntos de sutura y la anestesia.

Las expectativas en relación al parto también dependían de qué alternativas estuvieran realmente disponibles en su pabellón de maternidad particular. Muchas de las mujeres se resignaron ellas mismas a su bajo nivel de ubicación en la jerarquía del sistema de salud y a saber que, a fin de cuentas, la decisión sobre la modalidad de alumbrar a su bebé no estaba en ellas, en modo alguno. En un buen número de casos, ni siquiera estaba en manos del equipo que le daba la atención prenatal, sino que dependía de quienquiera que estuviera de guardia en el momento de dar a luz.

La cultura institucional como determinante de la modalidad de parto

No sólo estaban condicionados los deseos de las mujeres por las recomendaciones del doctor, sino que también había una asociación entre las expectativas de las mujeres y la claridad y énfasis con que la clínica les presentaba los beneficios de la cesárea. Podía verse esta influencia en la clase de argumentos que usaban las mujeres para explicar sus preferencias. Así, por ejemplo, las mujeres que acudían a una de las clínicas con sede en la universidad generalmente empleaban un discurso más técnico al subrayar el riesgo reducido de trasmisión vertical con la cesárea. En algunos casos, sin embargo, la cantidad de información que en realidad manejaban no les daba una clara comprensión de las razones por las cuales un procedimiento era preferible al otro.[10]

"Sí, ella dice que es así, ¿no? No sé. Porque hay más contacto con la sangre de la madre, ¿no? Pero nunca a habido un parto seco aún, ¿verdad? En una cesárea... ellos... yo no sé realmente, ¿sí?... Ellos secan la bolsa primero, no sé cómo, de alguna manera, entonces hacen el corte para sacar al bebé. No sé".

"El doctor dijo que un... parto por cesárea es más seguro... Creo que una cesárea es más segura porque... hay más formas de evitar... el contacto con el... creo, de la sangre con la placenta del bebé".

En Porto Alegre, las mujeres que acudían a una clínica prenatal afiliada al hospital general donde los doctores no eran especialistas en SIDA exponían, con más frecuencia, argumentos a favor del parto natural que las mujeres que se atendían en otras clínicas. En Sao Paulo, de otro lado, la preferencia por el parto natural se manifestaba en más o menos el mismo número de mujeres y doctores en todos los tipos de clínicas, y el riesgo de la cesárea para la mujer tenía mayor prominencia que el riesgo de la criatura.

Así, pues, las expectativas de las mujeres en relación a la modalidad de parto no estaban determinadas únicamente por la condición de ser seropositivas, sino también por el discurso y la práctica institucionales –y por la apreciación que hacían las mismas mujeres del contexto en el que se encontraban–; es decir, en términos de la mayor o menor probabilidad de que sus expectativas fueran colmadas.

La cultura institucional y el acceso a la esterilización posparto

El discurso médico y la cultura también son a veces muy locales en Brasil, como se revela en este estudio, en términos del acceso diferencial de las mujeres de Porto Alegre y de Sao Paulo, respectivamente, a la esterilización posparto. La mayoría de las 60 mujeres en ambas ciudades no querían tener más hijos –29/30 en Porto Alegre y 28/30 en Sao Paulo–. El deseo de ser esterilizadas luego del parto en el caso de las que no querían más hijos, tal como

se expresó en las entrevistas durante el embarazo, era sumamente fuerte –21/29 en Porto Alegre y 22/28 en Sao Paulo–. Evidentemente, pues, la mayoría de las mujeres en esta muestra deseaban muy de veras someterse a la esterilización posparto, siendo el deseo de hacerlo casi idéntico en las dos ciudades. Sin embargo, si se observa los resultados, se ve una imagen dramáticamente distinta entre estas dos ciudades. Contrastando con sus deseos, tan sólo 2 de 29 mujeres en Porto Alegre fueron esterilizadas vs. 15 de 28 en Sao Paulo.

Hay estudios[11-13] que han demostrado la importancia que tienen la formación médica y la cultura local al influir en las actitudes de los trabajadores de la salud sobre la esterilización femenina. Esto se evidencia en las tasas diferenciales de esterilización entre mujeres en diversas regiones de Brasil, siendo siempre más bajas las tasas correspondientes a Porto Alegre. En el caso de las mujeres seropositivas embarazadas lo que explica las expectativas distintas de las mujeres en las dos ciudades respecto de la esperanza de tener una ligadura tubaria es la cultura médica local. En tanto que las mujeres en ambas ciudades estaban a favor, en gran medida, de la esterilización posparto para sí mismas, sus expectativas de la probabilidad de que la tuvieran a su disposición difería ampliamente. En Sao Paulo, las mujeres percibían que las clínicas tendían a facilitarles y a veces, incluso, las animaban a hacerse una ligadura tubaria, lo que les daba mayor confianza en la posibilidad de hacerse "la operación".

En Sao Paulo, efectivamente, el personal de la clínica a menudo sugería la esterilización, especialmente en los servicios que tienen un hospital de referencia para el parto. El personal de la clínica en una de las clínicas de Sao Paulo en este estudio les ofrecía a las mujeres seropositivas la posibilidad de la esterilización posparto durante la primera consulta prenatal antes, incluso, de que se hubieran entrevistado con el doctor. En las subsecuentes visitas a la clínica con frecuencia se les recordaba a las mujeres la existencia de la opción de la esterilización.

"*El doctor me explicaba que están queriendo hacer una cesárea para poder ligar los tubos, ¿si? Pero si eso no es posible, tendré un parto natural y me ligarán los tubos después... Eso me puso sobre aviso. Preferiría tener una cesárea porque así me lo haría todo junto... al mismo tiempo, los tubos y todo. Ahora con un parto natural, eso no pasaría. Tendría un parto natural y entonces tendría que regresar para hacer lo de los tubos*".

"*No, va a tener que ser cesárea porque voy a tener que hacer que me liguen los tubos, ¿ve? Aún así, pregunté si me los podían ligar si el parto era natural. Así que me dijeron que podía tener la operación tres meses después para que me los liguen. No sé, dicen que va a ser una cesárea, pero si yo pudiera escoger, quisiera que sea natural* ".

Por contraste, las mujeres de Porto Alegre dijeron que era difícil hacerse una esterilización posparto porque, tal vez, la mujer era muy joven, eran pocos los hospitales o los profesionales de la salud que hacían el procedimiento, o porque tenía que hacerse durante el parto por cesárea. Según la percepción de las mujeres, los servicios de salud en Porto Alegre no estaban muy a favor de la esterilización, y el personal de salud intentaba posponer cualquier decisión, en los casos individuales, difiriendo la decisión a otro trabajador de salud, generalmente el médico de guardia; esto significaba que sería una decisión de último minuto y, por lo tanto, sería poco probable que sucediera. Así, las mujeres de Porto Alegre tenían menores esperanzas de que se les ligara las trompas.

"*Está bien, pero todo el mundo dice que para que te liguen los tubos tienes que tener... aaah, ¿cómo se dice? tienes que tener ese problema por el que sólo pueden hacerte una cesárea, y entonces te ligarán los tubos. Si mi parto es natural, no creo que lo hagan. Entonces yo no... si es un parto natural, no hay forma. Pero yo podría preguntar, podría ¿no? Siendo como es que tengo este problema [HIV], yo ahora podría, ya que lo están haciendo, preguntar nomás, ¿no?*".

Las mujeres en ambas ciudades sabían que sería más fácil acceder a la esterilización con la cesárea que de otra manera, como es generalmente el caso en todo el Brasil[11-13]. No obstante, mientras que las

mujeres de Sao Paulo sabían que también podían acceder al procedimiento en algún otro momento –porque en las clínicas así se lo dijeron– esa posibilidad no fue mencionada por las mujeres de Porto Alegre. Para ellas sería bastante difícil hacerse una ligadura de trompas posparto, e incluso en el caso de tener un parto por cesárea tendrían que presentar el argumento de ser, también, seropositivas. Las probabilidades de acceder a una ligadura en algún momento eran aún más remotas.

Deseos frustrados y expectativas

En base a las expectativas previas de las mujeres y del tipo de parto que, en efecto, tuvieron, aproximadamente la mitad de las mujeres entrevistadas estuvieron en condiciones de dar a luz de la manera en que habían ansiado; la otra mitad no lo logró. En Porto Alegre, de las 16 mujeres que deseaban un parto vaginal, diez lo tuvieron, y de las 11 que deseaban una cesárea, sólo dos la consiguieron. Por contraste, en Sao Paulo, de las 13 mujeres que querían alumbrar por la vía vaginal, sólo cinco lo pudieron hacer así, y de las 14 que deseaban una cesárea 10 lo lograron.

Es curioso, sin embargo, que muchas de las mujeres describieron su experiencia en términos negativos, incluyendo a aquéllas que consiguieron que el parto fuera como lo habían deseado.

"Hubiera querido que sea un parto natural, como cuando tuve a mi varoncito. Hubiera querido mucho eso, que sea un parto natural. Pero está bien, ella llegó bien, el alumbramiento estuvo OK. Yo quería un parto natural... Si, el doctor dijo que probablemente sería un parto natural. Sólo que todo dependía de los resultados de la prueba de carga viral que yo tenía. De modo que cuando se presentó la carga viral alta se decidió que sería cesárea. Preferiría cien veces un parto natural. Porque después del parto natural yo vine a casa y podía moverme allí de inmediato, ¡era mucho mejor! La cesárea no. Luego de la cesárea dolió mucho adentro, dolió por un buen tiempo. Mi barriga me dolía bastante por dentro porque me la habían abierto, ¿no? Por eso era más difícil caminar y todo, ¿no? Y cuando me sacaron los puntos, incluso entonces se abrió un poquito; no era mejor, ¿ve?".

"Mis otros partos fueron naturales, fueron nacimientos naturales. Éste tomó más tiempo porque, en primer lugar, con los puntos, cuando regresé del hospital con mis puntos, inmediatamente empecé a pegarle a ella [mi hija mayor] porque me puso nerviosa... Empecé a ponerme nerviosa de inmediato. Podía ver que sería –cómo se dice– una convalecencia difícil, ¿no? Iba a producir aflicción, yo me iba a irritar, y el doctor dijo que yo no me iba a poner nerviosa, está bien, que yo no debía ponerme nerviosa, sino que debía seguir adelante, nerviosa o no".

De allí que, aunque muchas mujeres que aceptaron la cesárea habían estado "convencidas" de que ésa era la mejor decisión, ya sea porque reducía el riesgo de transmitir el VIH al bebé o porque permitía la ligadura tubaria, finalmente juzgaron de otra manera la experiencia efectiva del parto y del período posparto, especialmente en relación a su experiencia con los partos anteriores.

A pesar de la fuerza de los argumentos médicos recibidos con anticipación (y, por lo tanto, un tanto distantes), algo diferente sucedió cuando realmente llegaron a dar a luz y evaluaron la experiencia. Los parámetros del discurso médico que hasta ese momento habían servido para darles el marco a sus expectativas con respecto al parto empleando argumentos racionales, ya no parecían ser tomados en cuenta. En vez de eso, las mujeres subrayaron la experiencia física –una recuperación más difícil, dolor– así como los aspectos emocionales de la experiencia[14] como, por ejemplo, nervios, convalecencia atribulada, así como situaciones que involucraban atención deficiente y discriminación de parte de los proveedores de la atención de salud. En ese sentido, sus percepciones y experiencias prenatales, y el hecho de que algunas de sus expectativas con respecto al parto estuvieran influenciadas por los consejos médicos, se convirtieron en parte de la explicación de lo desagradable de la experiencia. Así, muchas de las mujeres evaluaban este parto como más difícil que los anteriores, o peor de lo que habían esperado.

Discusión

Surgen varios temas cuando se traslada el centro de análisis de la conducta individual al contexto

social mayor[15,16]. En los casos aquí considerados, es evidente que las decisiones reproductivas de las mujeres no se desarrollaron únicamente en la esfera privada, sino que estuvieron condicionadas por un conjunto de factores institucionales y culturales que fueron más allá de los deseos y experiencias individuales. De otro lado, es muy difícil distinguir las fronteras entre estos factores, puesto que la institución médica ponía los límites concretos, la cultura local los justificaba y les daba significado.

Los deseos y las prácticas individuales estaban ubicados en medio de este nudo, y se construyeron dentro de estos límites; no existieron independientemente. Sin embargo, los significados que los individuos atribuyen a su experiencia pueden estar determinados social o institucionalmente en una situación más no en otra, como sucedió en este caso entre los períodos prenatal y posparto. En el caso de las mujeres seropositivas de este estudio, fue obvia la influencia de los valores médicos en sus expectativas frente a la modalidad de alumbrar a sus bebés y en la decisión de someterse a la ligadura tubaria. Pero posteriormente, en su evaluación de la experiencia real del parto, lo que dio significado a la experiencia fueron sus experiencias previas de dar a luz, así como su condición física y emocional.

La multiplicidad de determinantes y de distintos niveles de influencia, deseos y expectativas, que afectan la conducta individual exigen que los investigadores y también los proveedores de atención de salud, adopten un abordaje multidimensional. La intervención en sólo uno de los dos niveles, aunque puede producir resultados concretos tales como, en este caso, la disminución de las tasas de transmisión vertical del VIH, es insuficiente para darle sentido a las percepciones y experiencias como totalidad, como queda expresado en sus descripciones de "antes" y "después" de lo que era importante en sus experiencias del parto.

Esto plantea preguntas acerca de cuánto puede influir en el comportamiento futuro esta falta de correspondencia entre las expectativas y la experiencia. ¿Querrán aceptar, la próxima vez, las recomendaciones de sus doctores las mujeres que tuvieron que ceder en cuanto a su preferencia por un parto natural, y que vivieron desfavorablemente un parto por cesárea? Y las mujeres que debido a los valores institucionales y la cultura local no pudieron acceder a la ligadura tubaria que deseaban, incluso después de someterse a la cesárea en la creencia de que ésta sería una condición que facilitaría dicha ligadura, ¿cómo se comportarán? ¿Buscarán un embarazo más, como nuevo intento para ser esterilizadas? ¿O se resignarán a otro método de control de la natalidad, a pesar de percibir ésta como una opción problemática?

Este estudio sugiere que las intervenciones sanitarias son realmente efectivas sólo cuando tienen sentido para la persona que necesita la atención de salud, en todos los niveles. Las decisiones sobre la modalidad de parto y la esterilización no deben basarse únicamente en la información y en las prescripciones médicas, sino que necesitan considerar también los deseos y experiencia personales de las mujeres. Los programas y políticas públicas sobre la prevención de la transmisión madre-niño del VIH también deben tomar en cuenta los deseos de la mujer, sea que deseen más hijos o que deseen ser esterilizadas. En este sentido, la calidad de la atención de salud sexual y reproductiva está directamente relacionada con la demostración de respeto tanto de los deseos de las mujeres seropositivas como de sus derechos.

Reconocimientos

Ésta es una versión revisada de un artículo publicado como: Knauth DR, Barbosa RM, Hopkins K, Pegorario M, Fachini R. Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo virus da AIDS. Interface-Comunicação, Saúde, Educaçao, Botucatu 2002;6(11):39-54. Nuestro agradecimiento a las asistentes de investigación Marion Pegorario, Regina Fachini y Maya Hightower. El estudio tuvo el apoyo de donaciones de los US National Institutes of Health (RO1 HD 33761-13) y del Brazilian Council for Research Development (CNPq).

Referencias

1. Illich I. A Expropriação da Saúde: Nemesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
2. Canguilem G. O Normal e o Patoló gico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
3. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pequisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996. Calverton, MD: Macro International, 1997.
4. EngenderHealth. Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends. New York: EngenderHealth, 2002.
5. Westoff C, Davis A. Tubal sterilization: focus on the US experience. Fertility and Sterility 2000;73(5):913–22.
6. European Mode of Delivery Collaboration. Elective caesarean section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. Lancet 1999;353(27 March):1035–39.
7. International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. New England Journal of Medicine 1999; 340(13):977–87.
8. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenacao Nacional de DST/ AIDS. Guia de tratamento; recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
9. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST/ AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS 2002;16(1).
10. Boltanski L. As Classes sociais e o Corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
11. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IHO, et al. Unwanted caesarean section among public and private patients in Brazil: a prospective study. BMJ 2001; 323:1115–58.
12. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? Social Science and Medicine 2000;5(51):725–40.
13. Potter JE, Perpétuo IHO, Berquó E, et al. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brazil. Contraception 2003;67(5):385–90.
14. Duarte LFD. Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
15. Parker R. Na Contramão da AIDS. Sexualidade, Intervenção, Política. Rio de Janeiro: Ed 34, 2000.
16. Paiva V. Fazendo arte com camisinha: a história de um projeto de prevenção de AIDS para jovens. São Paulo: Summus, 2000.
17. Bajos N, Marquet J. Reseach on HIV sexual risk: social relations-based approach in a cross-cultural perspective. Social Science and Medicine 2000;50(11):1533–46.

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*
TEMAS DE
SALUD
reproductiva

Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y del Embarazo no Deseado, y Protección de la Infertilidad: Las Necesidades de Triple Protección de las Mujeres Jóvenes

Martha Brady

Asociada, Gender, Family and Development Program, Population Council, New York NY, USA.
Correo electrónico: mbrady@popcouncil.org

Resumen: *los problemas y los riesgos asociados con el sexo sin protección, el embarazo no planificado y las enfermedades transmitidas sexualmente están inextricablemente vinculados. Habría que abordar además el problema crítico pero no reconocido de la infertilidad. La doble protección significa protegerse en contra del embarazo no planificado y las ETS/VIH al mismo tiempo. En este artículo se postula la idea más inclusiva de la «protección triple» que abarca también el salvaguardar la fertilidad. Pretende mostrar explícitamente el vínculo entre la infertilidad y las ETS mientras fortalece la prevención y control de las ETS, y a la vez resaltar los nexos entre la infertilidad, el aborto practicado en condiciones de riesgo y las prácticas de atención al parto en muchos países en desarrollo. Los mensajes de la «triple protección» pueden usar la "visibilidad" de la fertilidad y la infertilidad para promover la protección en contra de las ETS y VIH. Para crear programas efectivos, es preciso comprender las diferencias en percepción y valoración de la protección por hombres y mujeres jóvenes según sus deseos de iniciar, posponer o evitar un embarazo. A partir de los esfuerzos por promover la doble protección, existe una oportunidad estratégica para incluir la prevención de la infertilidad en los mensajes de sexo seguro y abordar la fragmentación de los programas de salud reproductiva y VIH/SIDA.*

Palabras clave: enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, infertilidad, anticoncepción y embarazo no planeado, conciencia de la fertilidad, doble protección.

Entrando a la tercera década de la epidemia del VIH/SIDA, aún son limitadas las opciones para prevenir la transmisión sexual del virus. Al finalizar el año 2002 estaban viviendo con el VIH/SIDA un total estimado de 38.6 millones de adultos, de los cuales 11.8 millones tenían entre 15 y 24 años, y 3.2 millones eran niños[1]. Si bien, en términos gruesos, los hombres y las mujeres tienen igual probabilidad de infectarse, las mujeres tienden a hacerlo a edades menores[2]. En partes del África, y debido a patrones de construcción de redes sexuales, son más las mujeres jóvenes que se infectan que los hombres jóvenes. En algunas ciudades, la tasa de infección entre mujeres adolescentes entre los 15 y los 18 años es de dos a ocho veces más alta que la tasa correspondiente a los adolescentes varones[3].

La pandemia del SIDA y el reconocimiento de que las enfermedades de transmisión sexual (ETSs) facilitan la transmisión del VIH han avivado una campaña mundial para el desarrollo de nuevas estrategias programáticas y métodos de prevención.

Las epidemias del VIH y de las ETS están estrechamente vinculadas y comparten la principal ruta de transmisión del sexo desprotegido. También comparten, en el sustrato, un desequilibrio de poder de género entre hombres y mujeres en las familias, la educación, el empleo, y en la sociedad civil, que está en el corazón de ambas epidemias. Son, sin embargo, epidemias distintas; y, geográficamente, debido a diferencias en las tasas de prevalencia e incidencia, no todos están igualmente en riesgo de adquirir ETSs curables y el VIH. Las ETS están entre las causas más comunes de enfermedad en el mundo y tienen consecuencias de gran alcance en la salud, lo social y lo económico[4]. Además, las mujeres están más expuestas social, económica y biológicamente a adquirir las ETSs que los hombres. Las mujeres tienden a permanecer asintomáticas por más tiempo, a demorar más en la búsqueda de tratamiento y, excluyendo el VIH, a sufrir consecuencias más serias de ciertas ETS, incluyendo el cáncer cervical, el embarazo ectópico, la sepsis y la infertilidad[5].

Los problemas y riesgos del sexo no protegido, el embarazo no deseado, y la infección, están inseparablemente unidos. Las prácticas culturales discriminatorias tales como el matrimonio precoz y la dote, la violencia y coerción sexuales, y la dependencia económica de las mujeres con respecto a los hombres hacen vulnerables a muchas mujeres, en especial a las mujeres jóvenes. Es esencial la tarea de base de transformar el equilibrio de poder entre hombres y mujeres, y debe dársele la primera prioridad.

Mientras tanto, la significancia global de las epidemias tanto de las ETS como del VIH, y del embarazo no deseado abonan hacia el compromiso renovado de cubrir las necesidades de protección más complejas de las mujeres jóvenes, que requieren el apoyo de los programas de planificación familiar y otros de salud reproductiva, en tándem con los programas de VIH/SIDA. Al mismo tiempo, también está el problema crítico, aunque no atendido, de la infertilidad, que también precisa ser abordado. La prevención y el tratamiento de la infertilidad fueron reconocidos explícitamente como elementos básicos de la atención de salud reproductiva en el Programa de Acción de la CIPD:

"La información y los servicios deben estar a disposición de los adolescentes para ayudarles a comprender su sexualidad y protegerles de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y subsecuentes riesgos de infertilidad"[6].

No obstante, la infertilidad no ha sido reconocida explícitamente o abordada por los programas de salud reproductiva. Esto se debe, parcialmente, a la fragmentación de los servicios de salud reproductiva, así como a la percepción que tienen los decisores de políticas y los administradores de programas de que la infertilidad es una preocupación lejana comparada con las amenazas más inmediatas y más visibles del embarazo no deseado y de las ETSs/VIH. Sin embargo, dado que la fertilidad y la infertilidad son temas centrales en las vidas de muchas mujeres, el no abordarlas decididamente equivale a la miopía. Una revisión de la investigación sociológica y antropológica sobre el tema revela la existencia de una cantidad impresionante de pesar y sufrimiento entre las personas afectadas por la infertilidad o que temen ser estériles, lo que deviene, con frecuencia, en una búsqueda de atención prolongada, cara y a menudo sin resultados positivos, para las mujeres. Además, hay evidencia de que el tratamiento de la infertilidad está desempeñando un papel cada vez más importante, y de que las técnicas del embarazo asistido han encontrado un mercado en ascenso en los países en desarrollo[7]. La infertilidad merece que se le reconozca un estatus mayor como problema de salud pública, que requiere de la investigación y tratamiento apropiados, así como de estrategias de prevención y de consejería y apoyo empático adecuados.

La magnitud y significancia de la infertilidad para las mujeres

La infertilidad es uno de los principales problemas de salud reproductiva alrededor del mundo. Los factores masculinos y los femeninos explican, cada uno, aproximadamente el 40% del problema, en tanto que el restante 20% consiste en factores ya sea compartidos o no explicados[8]. Si bien es difícil obtener datos confiables de prevalencia de la infertilidad debido a problemas con la definición y

el registro, los estimados indican que entre 8% y 12% de las parejas experimenta algún problema de infertilidad durante sus vidas reproductivas[9]. Fuentes informativas más recientes del África subsahariana, la región con las tasas de infertilidad más altas, estiman que la prevalencia es de entre 15% y 30% en algunos países[10]. También hay evidencia de que la prevalencia de la infertilidad ha estado en aumento en muchos lugares del mundo, lo que puede atribuirse, en gran medida, a la creciente incidencia de las infecciones, especialmente las ETS, que pueden lesionar la fertilidad femenina de no ser tratadas.

En buena parte del mundo en desarrollo, la infertilidad en las mujeres está estrechamente vinculada a ciertas ETSs y a las infecciones iatrogénicas relacionadas con procedimientos médicos deficientemente desarrollados –aborto y prácticas del parto inseguros– todas ellas condiciones prevenibles. Claramente, los esfuerzos para garantizar el acceso a los procedimientos seguros del aborto y para mejorar las prácticas del parto y la atención obstétrica llevarían a un gran avance hacia la reducción de la infertilidad por estas causas. También es clave abordar el problema en aumento de las ETS, no en menor medida debido a la relación con el VIH.

La infertilidad y las amenazas percibidas a la fertilidad tienen implicaciones serias para las vidas de las mujeres jóvenes. Por ejemplo, en una revisión del comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes en la India, Jejeebhoy observa que las mujeres jóvenes temen profundamente la infertilidad,[11] y en la sociedad islámica se dice que "el cielo está bajo los pies de las madres". La infertilidad, pues, se percibe con frecuencia como uno de los peores problemas que pueda enfrentar una mujer[12].

El interés de las mujeres por salvaguardar la fertilidad puede representar un factor importante en la toma de decisiones con respecto tanto a la anticoncepción como al aborto. La evidencia reunida en África Occidental sugiere que la fertilidad y la infertilidad son temas centrales para muchas mujeres en edad reproductiva. Por ejemplo, algunas mujeres jóvenes creen, aunque equivocadamente, que la infertilidad es un efecto colateral de la anticoncepción; sin embargo, se percibe que el impacto del aborto inseguro en la fertilidad es remoto[13]. En otros estudios, no obstante, las mujeres adultas asocian los abortos deficientemente procesados con la infertilidad subsecuente[14].

Algunos investigadores han postulado que las altas tasas de infertilidad en muchas comunidades africanas han perpetuado la renuencia entre algunas mujeres a iniciar la anticoncepción por temor a poner en riesgo, subsecuentemente, la fertilidad[15]. En la investigación acerca de la toma de decisiones sobre la anticoncepción, no se ha explorado adecuadamente la posibilidad de que entre las razones para descontinuar el uso anticonceptivo[16] estén las inquietudes relativas a la infertilidad. Pedir a las mujeres que indiquen únicamente la razón principal para descontinuar el uso anticonceptivo –técnica típicamente empleada en las encuestas por muestreo– puede dar una imagen simplificada en exceso[17] y enmascarar otros importantes factores subyacentes, incluyendo el temor a la infertilidad.

Mientras que la infertilidad tiene un impacto profundo en las vidas tanto de hombres como de mujeres en todo el mundo, se puede sostener que las consecuencias sociales de la infertilidad son más severas para las mujeres que para los hombres. A menudo no se reconoce la infertilidad masculina y se responsabiliza, típicamente, a las mujeres por la ausencia de hijos en una pareja[18]. Las repercusiones de la infertilidad tienen profundos impactos sociales, económicos y de salud para las mujeres, particularmente en escenarios tradicionales donde la identidad y el estatus de las mujeres están inseparablemente atados a la reproducción. Se sabe que el no producir hijos tiene serias consecuencias y a menudo hace vulnerables a las mujeres en relación al abuso físico y emocional, el estrés psicológico, el ostracismo y el divorcio[7,18,19].

Los hombres y la infertilidad

La masa creciente de evidencia de las ciencias sociales y biomédicas sugiere que cerca del 40% de la infertilidad se atribuye a problemas que sufren los hombres[8]. A pesar de la significancia de la infertilidad masculina en la ecuación total de la infertilidad, es relativamente poco lo que se sabe sobre lo que piensan los hombres sobre su propia

fertilidad, o la de su pareja. En muchos espacios se da por supuesta la fertilidad; no se pregunta por ella. A pesar del esfuerzo considerable por involucrar a los hombres en los programas de salud reproductiva en los países en desarrollo, se ha prestado relativamente poca atención –con algunas excepciones recientes– a la incorporación de los hombres en la discusión y en los programas para el tratamiento de la infertilidad[20].

La etiología de la infertilidad es notablemente distinta entre los hombres y las mujeres. Las principales causas de la infertilidad masculina están relacionadas con desórdenes genéticos y defectos al nacer, inmunológicos y hormonales, enfermedades sistémicas (p.ej., tuberculosis), dolencias crónicas, y factores ambientales[21]. Las ETS afectan la fertilidad en las mujeres principalmente a través de la infección del tracto genital superior y de la secuela de la infección. A excepción de la epididimitis bilateral, que se presenta rara vez, las ETSs producen la infertilidad con mucha menor frecuencia en los hombres[22]. No han sido validados los estudios que plantean la hipótesis de que las ETS bloquean el vaso deferente, menoscabando así la fertilidad[23].

Los hombres, como las mujeres, asignan un gran valor a la fertilidad. En algunas sociedades los hombres sin hijos no son tratados igual que los que son padres[7]. Pero a diferencia de las mujeres, los hombres están mejor habilitados para esconder su problema de infertilidad aduciendo tener hijos en otro lado o permitiendo que su pareja tenga sexo secretamente con otro hombre, generalmente un pariente, para quedar embarazada[24]. Hay informes de Zimbabwe, Tanzania, Camerún y Uganda que sugieren que la infertilidad masculina se maneja con discreción para proteger la dignidad masculina[7]. Esto, a su vez, puede obstaculizar el compromiso de los hombres con el diagnóstico, el tratamiento y la administración de la infertilidad. A resultas de ello las mujeres pueden estar sometidas a tratamientos innecesarios y caros, siendo que el problema está en sus parejas.

No se sabe el grado de comprensión de las mujeres (y los hombres) sobre los vínculos que hay entre la infección sexualmente transmitida y la infertilidad, aunque dada la escasez de material educativo y de capacitación sobre este tema, es muy probable que los niveles sean bajos. Un estudio reciente en Mali, que tenía como objetivo comprender cómo definen los adolescentes varones y mujeres sus necesidades de salud sexual, halló que no se entendía el vínculo entre las ETSs y la infertilidad[25].

Extensión de la doble protección para incluir la protección de la fertilidad

Aunque no está empíricamente probado, la importancia de proteger la fertilidad puede tener particular relevancia dondequiera que el estatus de la mujer se mide por su fertilidad. El abordaje de las necesidades de salud reproductiva desde una mirada amplia que incluya la infertilidad no sólo ejemplifica los principios de Cairo, sino que puede ofrecer sinergias programáticas útiles. Un paso práctico es construir sobre el *momentum* de las iniciativas de doble protección, y reforzarlas.

La doble protección, tal como se articula actualmente, alude a la protección concurrente contra el embarazo no deseado y contra las ETS/VIH. Se ha probado la efectividad por sí solos contra ambos riesgos únicamente en el caso de los condones masculinos y femeninos[26]. La doble protección también puede lograrse mediante el uso del condón masculino o femenino más otro método anticonceptivo y/o el aborto. El "uso del método dual" (empleando dos métodos al mismo tiempo) es una forma de protección doble sólo si los condones constituyen uno de los dos métodos. Otra forma de alcanzar la doble protección es usar un anticonceptivo hormonal en el contexto de la monogamia recíproca entre parejas que no están infectadas. Finalmente, la doble protección puede lograrse empleando el sexo sin penetración. Aunque se le ha dado poca atención a esta última estrategia, comparativamente, en las campañas de promoción de la salud, sigue siendo un área potencialmente importante para la investigación y programas futuros, especialmente entre la gente joven.

Podría definirse como "triple protección" a la articulación más comprehensiva de necesidades de protección, es decir, la prevención de tres resultados no deseados: 1) las ETS/VIH, 2) el embarazo no deseado y 3) la infertilidad. Esta ampliación del constructo de doble protección tiene como objetivo explícito establecer la conexión entre la infertilidad y las ETSs, y al así hacerlo reforzar los esfuerzos de

prevención y control, pero también destacar las conexiones entre la infertilidad, el aborto inseguro y las prácticas del parto en muchos países en desarrollo. Las ETS y el VIH están sumamente estigmatizados y no suelen ser discutidos, lo que hace que sean muy poco comprendidos y a menudo invisibles. Con frecuencia se olvida la conexión entre la infertilidad y el aborto inseguro y las técnicas del parto. La "triple protección" puede aprovechar la "visibilidad" de la fertilidad y de la infertilidad –y el empate inmediato de la gente con ellas– para promover simultáneamente la protección contra las ETSs y el VIH usando, ciertamente, los mismos métodos que ofrecen la doble protección.

Si bien otras barreras, cervicales y químicas, ofrecen alguna protección contra ETSs específicas, no se ha probado que sean seguros y efectivos contra el VIH[26]. Es plausible que las barreras cervicales, tales como los diafragmas y los capuchones, sean efectivas en la prevención o reducción del riesgo de algunas ETSs, incluyendo al VIH, pero ningún estudio prospectivo lo ha evaluado a la fecha. Se acaba de dar inicio a un estudio para probar la efectividad del diafragma para este propósito. Los microbicidas vaginales son una promesa para el futuro, pero sólo recientemente se ha empezado la experimentación clínica avanzada con los microbicidas candidatos de punta.

El uso de los productos nuevos y mejorados puede ayudar, pero debe continuarse, con renovado sentido de urgencia, la promoción de los métodos actualmente disponibles de doble (o triple) protección. El problema es que los condones son impopulares para mucha gente debido, en parte, al efecto percibido o experimentado sobre el placer sexual. Adicionalmente, los proveedores de planificación familiar están sesgados en contra de los condones debido a que se considera que son anticonceptivos menos efectivos, a pesar de que podrían ser altamente efectivos con el uso correcto y sistemático. En muchos casos también se asocia el condón masculino con el "sexo casual" o el sexo fuera de las relaciones principales. Pero éste no ha sido siempre el caso. Históricamente, los condones masculinos primero se convirtieron en una parte legítima de las estrategias de prevención del embarazo fuera del matrimonio y, más tarde, dentro de éste, por lo menos en los países desarrollados, mientras otros métodos anticonceptivos hormonales alcanzaban una mayor difusión. Queda por verse si la prevención de las ETS dentro del matrimonio seguirá similares cambios normativos. Podría tener una fuerza motivadora para cambiar la conducta individual y normativa el educar a los hombres, especialmente a los hombres casados, sobre la protección de la fertilidad como un tema de su propio interés a largo plazo.

Las personas necesitan una gama ampliada de métodos y medios para mejorar su capacidad para protegerse a sí mismas y a sus parejas del VIH, las ETSs, la infertilidad y el embarazo no deseado, y se precisa de nuevos enfoques para su introducción. En términos de promoción de la salud puede constituír un elemento de mercadeo único el hecho de que los métodos de doble/triple protección pueden ayudar en la protección de la fertilidad. Es necesario experimentar con diversas estrategias promocionales.

Cobertura de las necesidades de protección de las mujeres jóvenes

El supuesto más peligroso sobre la programación para la gente joven es que las personas jóvenes encajan prolijamente en una u otra categoría. Es fundamental comprender cómo perciben sus necesidades y su capacidad para practicar las conductas de protección. A la fecha, sin embargo, buena parte de la literatura existente sobre los adolescentes se ha concentrado en los niveles y patrones de actividad sexual, el parto premarital, el uso anticonceptivo y del condón, en lugar de hacerlo en la percepción del riesgo en la toma de decisiones de salud reproductiva *per se*[27].

Las diferencias de poder entre las parejas sexuales influyen sensiblemente en la decisión de implementar o no estrategias y cuáles, y las mujeres jóvenes suelen ser más vulnerables que las mujeres adultas a las disparidades en el poder basadas en la edad, escaso poder de negociación social, falta de acceso a los servicios y falta de opciones económicas. En una revisión de las asimetrías etáreas y económicas en las relaciones sexuales de adolescentes mujeres en el África subsahariana, Luke halló que las adolescentes mujeres ni son completamente víctimas, ni tienen completamente el control de sus relaciones

sexuales[28]. Más bien, parece ser que las jóvenes tienen un considerable poder negociador sobre ciertos aspectos de las relaciones sexuales, pero muy poco control sobre las prácticas sexuales dentro de las parejas. Los niveles de conocimiento a menudo son bajos y la percepción de riesgo con frecuencia no coincide con el nivel real de riesgo[29,30].

Un primer paso es distinguir entre las mujeres que desean el embarazo y las que quieren evitar el embarazo, junto con el grado de necesidad de protección contra las ETSs y el VIH.

Las mujeres que desean evitar el embarazo

Para las mujeres jóvenes que desean evitar el embarazo, lo inmediato del riesgo de embarazo lo coloca por encima de otras inquietudes sobre la infección, a pesar de que las consecuencias de las ETSs, particularmente el VIH, son serias. La evidencia sugiere que las mujeres suelen ser capaces de usar o negociar el uso de condones más sistemáticamente en relación con la prevención del embarazo que con la prevención de la enfermedad.

Las mujeres casadas representan a la mayoría de las mujeres jóvenes sexualmente activas en los países en desarrollo. Generalmente se ofrecen métodos anticonceptivos hormonales a las que deseen posponer o evitar el embarazo, lo que no las protege contra las ETSs/VIH. La investigación indica que el uso sistemático de un método anticonceptivo altamente efectivo está negativa-mente correlacionado con el uso sistemático del condón[31]. En los programas de prevención de las ETS y del VIH se ha descuidado, en gran medida, a las mujeres casadas jóvenes, debido al supuesto subyacente de que el matrimonio es la puerta de entrada al sexo seguro. Está demostrada la dificultad, para muchas mujeres, para hacer que sus parejas usen los condones masculinos dentro del matrimonio (incluso para la prevención del embarazo), mientras que puede ser o no ser posible animar a sus parejas a hacerlo fuera del matrimonio[32]. Sin embargo, puede ser más aceptable una estrategia que explícitamente promueve los condones para prevenir el embarazo al tiempo que se protege la fertilidad, incluso en escenarios con alta prevalencia de ETS y de VIH. Por ejemplo, en Zimbabwe se ha promovido los condones femeninos precisamente con ese sustento[33].

Mujeres que desean un embarazo

Las jóvenes, tanto las casadas como las no casadas, pueden desear un embarazo. La evidencia sugiere que algunas jóvenes solteras usan el embarazo como estrategia para consolidar relaciones y/o el matrimonio, aunque no siempre con éxito. Con respecto a las mujeres casadas, los datos indican que se espera que una novia reciente (ella misma a menudo lo espera) produzca una criatura al inicio del matrimonio –con frecuencia dentro del primer año[34]–. No hacerlo despierta sospechas sobre su fertilidad. Hay una elevada probabilidad de que las ETS sean una inquietud mucho más remota, a pesar de que puede existir el riesgo de ETSs a partir de relaciones sexuales antes de y fuera del matrimonio.

El dilema es cómo reconciliar las necesidades distintas, y a veces conflictivas, de las mujeres jóvenes. Actualmente, las únicas opciones para las mujeres seronegativas, que desean quedar embarazadas por una pareja seropositiva, son la inseminación de un donante con el semen de un hombre fértil, no infectado, o el lavado del esperma del esposo para eliminar el VIH, seguido de la inseminacion[35]. Éstos no son métodos bien conocidos o aceptados, y el último aún no está disponible en muchos países. De allí la urgente necesidad de un microbicida no anticonceptivo efectivo que permita el embarazo a la vez que protege, por lo menos parcialmente, contra la transmisión de las ETS/VIH.

Triple protección: pasos adelante

Las mujeres jóvenes necesitan información prolija y acceso a los servicios. Igualmente importante es su necesidad de soporte social para protegerse efectivamente.

Un primer paso es reconocer los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho a relaciones sexuales seguras, placenteras y consensuadas y el derecho al matrimonio seguro y elegido libremente. A nivel de las políticas y programas debe promoverse la colaboración intersectorial para abordar las necesidades de salud y desarrollo amplias de la gente joven.

Hay que educar a hombres y mujeres (de todas las edades) sobre la conducta sexual saludable y el sexo seguro, la anatomía y el funcionamiento reproductivo básicos, los riesgos del sexo sin

protección y los diversos medios de prevención del embarazo y de las ETSs, qué causa y qué no causa la infertilidad, y qué puede hacerse al respecto y qué no. Los esfuerzos al respecto podrían tomar diversas formas: fortalecer los programas educativos, basados en la escuela, de desarrollo de destrezas para la vida, incorporando estos mensajes en la planificación familiar, la atención primaria, los programas de prevención y control de las ETS y el SIDA, la atención prenatal y del parto, la atención del aborto y del posaborto y los programas de salud adolescente, así como a través de los esfuerzos de educación pública más amplios.

Parte del desafío al abordar estas necesidades tiene relación con la fragmentación de los servicios de salud reproductiva. Así, las ETS son manejadas frecuentemente en los servicios de atención primaria o en las clínicas especializadas de ETS. Los problemas vinculados a la infertilidad, si alguna atención se les da, son manejados típicamente por agentes de salud alternativos o tradicionales, particularmente en el caso de mujeres pobres, y por especialistas en infertilidad, cuando se trata de mujeres más acomodadas. Los anticonceptivos aún son ofrecidos principalmente por los servicios verticales de planificación familiar, el mercadeo comercial y/o personal privado y pueden o no estar vinculados a la atención prenatal. Los programas de control del SIDA también son principalmente verticales. La superación filosófica, técnica y logística de esta fragmentación requerirá experimentar con diferentes modelos de servicio adecuados a los escenarios específicos. Por ejemplo, los programas de planificación familiar podrían desempeñar un papel crítico en la prevención y, en algunos casos, en el tratamiento de algunos aspectos de la infertilidad, ayudando así a quienes tienen problemas de fertilidad, involucrando a los hombres en la atención de la salud reproductiva, reduciendo las tasas de ETS y ganándose una mayor confianza de la comunidad[36].

JENNY MATHEWS

Educador en prevensión del HIV distribuye anticonceptivos y condones. Etiopía 2001.

La ampliación del radio de acción de los servicios puede, por cierto, ayudar a reducir el estigma de las ETSs y del VIH, y hacer más factible y, finalmente, más exitosa la integración de los servicios.

En términos de investigación, se precisa de investigaciones explicativas y predictivas sobre el conocimiento que los adolescentes tienen de la doble/triple protección y de su uso, y cómo se explican los jóvenes las causas y consecuencias de la infertilidad.

Finalmente, el estatus desigual de las jóvenes y las mujeres en muchas sociedades es central a cualquier discusión seria sobre estrategias de protección. Puede que el mejor camino hacia adelante sea la combinación del empoderamiento de las mujeres junto con el esclarecimiento de los hombres.

Referencias

1. UNAIDS/WHO. AIDS Epidemic Update: December 2002. Geneva: UNAIDS, 2002.
2. Gregson S, Nyamukapa C, Mlilo M. Are women or men more affected by HIV in southern Africa? Insights from studies in rural Zimbabwe. SAfAIDS News 2000;8(4).
3. Glynn JR, Caraë l M, Auvert B, et al. Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya, and Ndola, Zambia. AIDS 2001;15(Suppl.4):S51–60.
4. Gerbase AC, Rowley JT, Heymann DHL, et al. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. Sexually Transmitted Infections 1998;74(Suppl.1): S12–S16.
5. World Health Organization. Women and Sexually Transmitted Infections: Fact Sheet, June 2000. At: http://www.who.int/inf-fs/en/fact249.html>. Accessed16 July 2003.
6. United Nations. Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, Egypt, September 1994.
7. van Zandvoort H, de Koning K, Gerrits T. Medical infertility care in low income countries: the case for concern in policy and practice [Viewpoint]. Tropical Medicine and International Health 2001;6(7):563–69.
8. Stewart GK. Impaired fertility. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, et al, editors. Contraceptive Technology. 17th revised edition. New York: Ardent Media, 1998.
9. World Health Organization. Recent Advances in Medically Assisted Conception: Report of a WHO Scientific Group. WHO Technical Report Series, No. 820. Geneva: WHO, 1992.
10. Farley TMM, Belsey EM. The prevalence of infertility. In: African Population Conference. International Union for the Scientific Study of Population 1988;1:2.1.15–2.1.30.
11. Jejeebhoy SJ. Adolescent sexual and reproductive behaviour: a review of the evidence from India. Social Science and Medicine 1998;46(10):1275–90.
12. Bhatti LI, Fikree FF, Khan A. The quest of infertile women in squatter settlements of Karachi, Pakistan: a qualitative study. Social Science and Medicine 1999;49:637–49.
13. Otoide VO, Oronsaye F, Okonofua FE. Why Nigerian adolescents seek abortion rather than contraception: evidence from focus-group discussions. International Family Planning Perspectives 2001;27(2):77–81.
14. Okonofua FE, Harris D, Odebiyi A, et al. The social meaning of infertility in southwest Nigeria. Health Transition Review 1997; 7(2):205–20.
15. Cates W, Farley TM, Rowe PJ. Worldwide patterns of infertility: is Africa different? Lancet 1985;2:596–98.
16. Bongaarts J, Bruce J. The causes of unmet need for contraception and the social content of services. Studies in Family Planning 1995; 26(2):596–75.
17. Blanc AK, Curtis SL, Croft TN. Monitoring contraceptive continuation: links to fertility outcomes and quality of care. Studies in Family Planning 2002;33(2):127–40.
18. Bharadwaj A. Culture, infertility and gender: vignettes from South Asia and North Africa. Sexual Health Exchange 2002; 2:14–15.
19. Jackson H. Having control of one's own fertility. Sexual Health Exchange 2002; 2:1–2.
20. Datta B. ''What about us?'' Bringing Infertility into Reproductive Health Care. Quality/Calidad/Qualité 2002; 13:3–29.
21. Iammarrone E, Balet R, Lower AM, et al. Review: Male infertility. Baillière's Best Practice and Research. Clinical Obstetrics and Gynaecology 2003;17(2):211–29.
22. Cates W, Brunham RC. Sexually Transmitted Infections and Infertility. In: Homes KK,

Sparling PF, Mardh PA, et al, editors. Sexually Transmitted Diseases. 3rd dition. New York: McGraw-Hill, 1999. p. 1079–87.
23. Berger RE. Acute epididymitis. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, et al, editors. Sexually Transmitted Diseases. 3rd edition. New York: McGraw-Hill, 1999. p. 847–58.
24. Sundby J. Infertility: a priority reproductive health issue. Sexual Health Exchange 2002;2:13–14.
25. Doumbia S, Brady M, Gomis D. Understanding the dual protection needs of adolescents in Bamako, Mali, 2003. Unpublished.
26. Stone KM, Timyan J, Thomas EL. Barrier methods for the prevention of sexually transmitted diseases. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, et al, editors. Sexually Transmitted Diseases. 3rd edition. New York: McGraw-Hill, 1999. p. 1307–21.
27. Gage A. Sexual activity and contraceptive use: the components of the decisionmaking process. Studies in Family Planning 1998; 29(2):154–66.
28. Luke N. Age and economic asymmetries in the sexual relationships of adolescent girls in sub-Saharan Africa. Studies in Family Planning 2003; 34(2):67–83.
29. Ahlberg BM, Jylkäs E, Krantz I. Gendered construction of sexual risks: implications for safer sexual practices among young people in Kenya and Sweden. Reproductive Health Matters 2001;9(17):26–35.
30. Nzioka C. Lay perceptions of risk of HIV infection and the social construction of safer sex: some experiences from Kenya. AIDS Care 1996;8(5): 565–80.
31. Jacobi J. Practical options for prevention of HIV/STD infections and unwanted pregnancy. Sexual Health Exchange 1999;1–3.
32. Adetunji J. Condom use in marital and non-marital relationships in Zimbabwe. International Family Planning Perspectives 2000;26(4): 196–200.
33. Warren M, Philpott A. Expanding safer sex options: introducing the female condom into national programmes. Reproductive Health Matters 2003;10(21):130–39.
34. Haberland N. The neglected majority: married adolescents. In: Background Document for UNFPA Workshop on Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Charting Directions for a Second Generation of Programming. New York: Population Council, 2002.
35. Meseguer M, Garrido N, Gimeno C. Comparison of polymerase chain reaction-dependent methods for determining the presence of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus in washed sperm. Fertility and Sterility 2002;78(6):1199–202.
36. Okonofua FE. Afterword. In: ''What about us?'' Bringing Infertility Into Reproductive Health Care. Quality/Calidad/ Qualité 2002;13:30–31.

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*
TEMAS DE
SALUD
reproductiva

Vulnerabilidad Frente a VIH/ETSs entre mujeres rurales de comunidades migrantes en Nepal: un Marco de Salud y Derechos Humanos

Allison Smith-Estelle,[a] Sofia Gruskin[b]

[a] Instructora, Montana State University, Red Lodge MT, USA. Correo electrónico: allisonnepal@yahoo.com
[b] Profesora Asociada, Departmente of Population and International Health, Harvard School of Public Health; y Directora, International Health and Human Rights Program, Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard University, Boston MA, USA

Resumen: *las normas y criterios de los derechos humanos pueden aplicarse a los temas de la salud como una herramienta analítica y como un marco conceptual que sirve para identificar y diseñar intervenciones dirigidas a reducir el impacto de la mala salud y mejorar las vidas de individuos y poblaciones. En este artículo se examina cómo la migración, el estado de salud, la discriminación de género y el acceso a la educación tienen un impacto sobre la vulnerabilidad con respecto al VIH/ETS de las mujeres rurales de comunidades de migrantes en Nepal. Está basado en un estudio de prevalencia de VIH/ETS en 900 mujeres de 15 a 49 años de dos comunidades rurales en el distrito de Kailali, Nepal Occidente, y en datos legales y políticos existentes. Los esfuerzos por abordar la vulnerabilidad y el riesgo de contraer el VIH/ETS en esta población están enfocados principalmente en el comportamiento y las situaciones de riesgo, sin abordar los asuntos contextuales que crean y facilitan dichos comportamientos y situaciones. Se puede reducir la vulnerabilidad ante el VIH/ETS, protegiendo y haciendo respetar los derechos de los individuos. Hay que poner mayor hincapié en la discriminación de género inherente en la cultura nepalí, la falta crítica de acceso a los servicios de salud y educación en las áreas rurales, y las precarias circunstancias económicas, legales y sociales que enfrentan muchos migrantes y sus familias.*

Palabras clave: derechos humanos, VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, migraciones, discriminación basada en el género, políticas y programas de salud, educación, Nepal.

Las normas y estándares de los derechos humanos pueden aplicarse a la problemática de salud como herramienta analítica y como marco para identificar y dar forma a las intervenciones que pueden reducir el impacto de las malas condiciones de salud y mejorar las vidas de los individuos y las poblaciones. Un marco de salud y de derechos humanos puede ser utilizado para:

- identificar derechos que se aplican a una situación específica basada en normas y estándares internacionales de derechos humanos;
- analizar el contenido de las leyes y políticas de un país y su implementación; y
- considerar cómo y hasta qué punto el ejercicio insuficiente de los derechos causa o exacerba la vulnerabilidad que deviene en resultados de salud deficientes, así como la capacidad individual para conseguir la atención y el apoyo adecuados una vez que la persona está enferma[1].

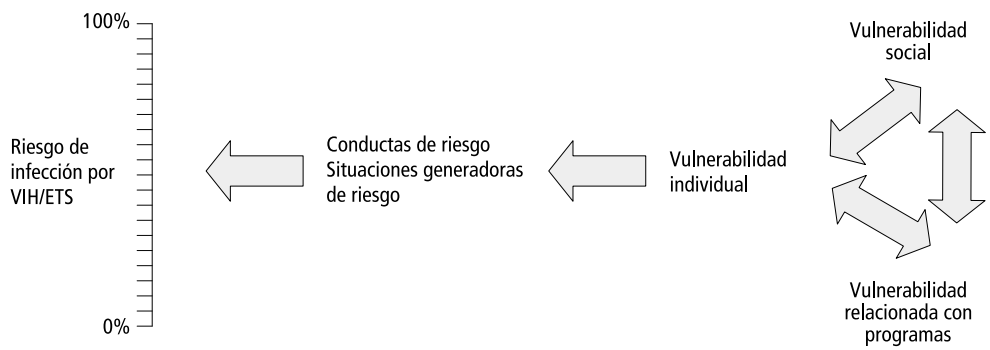
En este artículo se emplea un marco de salud y de derechos humanos, sustentado en conceptos de vulnerabilidad, para identificar los asuntos que afectan la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA entre mujeres rurales de comunidades migrantes en Nepal. Arguye que el respeto, protección y cumplimiento de los derechos de los individuos puede reducir la vulnerabilidad frente a la infección por VIH/SIDA. Intenta aportar luces que lleven a un enfoque más comprehensivo para afrontar la infección por VIH/ETS en esta población y potencialmente en otras poblaciones de mujeres de comunidades migrantes rurales.

Se ha reconocido la relevancia de considerar los temas del contexto más amplio que afectan la vulnerabilidad de una persona y el riesgo de un resultado de salud específico para la investigación, las políticas y los programas relativos a la salud[2-4]. Específicamente en el contexto de la pandemia del VIH/SIDA, "el contexto societal en el que la gente nace, es criada, hace su iniciación sexual y se hace sexualmente activa influye de manera contundente en la probabilidad de que adopten o eviten conductas de riesgo"[5].

El gráfico 1 ilustra el modelo de vulnerabilidad y destaca la interdependencia entre los conceptos de riesgo y vulnerabilidad. Se ha identificado tres niveles de vulnerabilidad[2]:

- vulnerabilidad individual, que incluye tanto los aspectos físicos como los mentales del desarrollo, así como las características conductuales. Entre los ejemplos de vulnerabilidades individuales relevantes se incluye la historia de abuso, el bajo logro educativo, la escasa conciencia de los temas de salud y sexualidad, y la falta de habilidades para la negociación sexual;
- la vulnerabilidad vinculada a los programas centra la atención en la forma en que la existencia, el contenido y la entrega de programas de salud y desarrollo ya sea que reduce o aumenta la vulnerabilidad. Con respecto al VIH/ETSs, las vulnerabilidades relevantes incluyen a aquéllas que enfocan la atención hacia la información y la educación, y hacia los servicios de salud y sociales para la prevención, tratamiento y atención de las ETS/VIH;
- la vulnerabilidad social involucra factores políticos y gubernamentales, socioculturales y económicos. Los factores relevantes para la vulnerabilidad VIH/ETS entre mujeres rurales incluyen la interferencia gubernamental con el flujo libre de información, las desigualdades de género, las creencias religiosas que impiden que los individuos practiquen el sexo seguro y la falta de oportunidades económicas[3].

Gráfico 1. Modelo de vulnerabilidad[5]



Datos y participantes

Este análisis se sustenta en los datos originales generados por el Harvard School of Public Health y Save the Children/US (HSPH/SC, por sus siglas en inglés) y en la información legal y de políticas disponible. Se recogió los datos primarios de mayo a octubre de 2001 en el marco de un estudio de prevalencia del VIH/ETS desarrollado en clínica en el que participaron 900 mujeres alguna vez casadas, entre 15 y 49 años, de dos comunidades rurales del distrito Kailali en Nepal Occidental. Se informó a las mujeres de estas dos comunidades sobre los objetivos de la clínica y del estudio, y se escogió a las primeras 20-25 mujeres en llegar a la clínica cada día para su inclusión en el estudio. A todas las mujeres que acudían a la clínica, sea que participaran del estudio o no, se les proporcionó la misma gama de servicios médicos. La muestra del estudio fue intencional, y en ella el 70% de las mujeres reportaron que sus esposos habían migrado a la India o a áreas urbanas dentro de Nepal para trabajar. Además de recoger los datos clínicos y de hacer el despistaje de varias ETS y del VIH, les preguntamos a las mujeres acerca de sus percepciones de cambios en su propia salud, carga de trabajo y seguridad financiera durante la ausencia del esposo migrante; el conocimiento y el riesgo percibido de contraer VIH y otras ETS; la negociación sexual y las habilidades para la toma de decisiones; y el acceso a la atención de salud y a otros servicios sociales. Otras fuentes de datos incluyeron entrevistas con representantes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONGs) en Nepal; información disponible, tanto legal como sobre políticas, en relación a la protección de los derechos de los migrantes; e información sobre las leyes y políticas nacionales relativas a los derechos humanos, a los migrantes, a las mujeres y al VIH/ETS y su implementación.

La salud y el VIH/ETS en Nepal

Nepal, cuya población es de aproximadamente 23 millones de personas, es un país cercado de tierra y comparte extensas fronteras con el Tibet al norte e India al sur. Es uno de los países más pobres del mundo, con un PBI *per capita* bajo (estimado en US$220 para 1999),[6] una esperanza de vida de aproximadamente 54 años, tasas elevadas de mortalidad infantil y de la niñez, y algunos de los índices más elevados de mortalidad materna en el mundo. La tasa de alfabetismo adulto de las mujeres es de aproximadamente 35%, siendo la de los hombres 70%[7]. Sigue siendo muy deficiente el acceso a la atención de salud, incluyendo los servicios de VIH/ETS. La mayoría de los distritos no cuenta con servicios de despistaje y consejería y el acceso a las drogas antirretrovirales es prácticamente inexistente. Existen muy pocas clínicas de ETS, y los proveedores de salud tienen poca capacitación y carecen de los suministros adecuados para el diagnóstico y tratamiento de las ETSs[8].

Es relativamente poco lo que se sabe sobre las tasas de infección por VIH/ETS en Nepal. Los estimados oficiales de la infección por VIH en la población general, elaborados en 1999, estaban entre 0.2% y 0.6%,[9] pero estos estimados son inciertos, teniendo en cuenta las herramientas defectuosas y la recolección de datos deficiente[10]. Tampoco hay estimados oficiales de tasas de ETS para la población general. Dos estudios recientes de prevalencia dan luces sobre la magnitud potencial de la epidemia en ciertas áreas rurales. Un estudio de 2001 entre 610 hombres rurales en Nepal Occidental halló que aproximadamente el 2.3% de los hombres estaban infectados con el VIH, mientras que al 13% se le diagnosticó por lo menos una ETS. Al desagregar la tasa de VIH por condición migratoria se halló que estaban infectados el 3.7% de los migrantes a otros países, el 3% de migrantes internos y el 0.7% de no migrantes[11].

Los hombres pueden estar haciendo las veces de "puente" en la transmisión del VIH/ETS hacia sus comunidades, a juzgar por los propios informes de los migrantes varones sobre sus comportamientos sexuales riesgosos (incluyendo el sexo sin protección con trabajadoras sexuales, sus esposas u otras parejas regulares), los bajos niveles de conciencia en relación a la trasmisión y prevención del VIH/ETS, y las dificultades en el acceso al tratamiento por VIH y otras ETS tanto cuando están fuera como cuando están en casa[10,12,13]. Los datos sobre las mujeres rurales aportan mayor evidencia al respecto. Nuestro estudio de 2001 en Nepal Occidental halló que el diagnóstico del 11% de las mujeres registraba

una o más ETS no tratadas. Si bien las tasas de VIH eran bajas (0.3%), el 4.5% de las mujeres tuvo diagnóstico de sífilis, 5.8% de tricomoniasis y 1.6% de gonorrea y/o clamidia. Entre los factores significativamente asociados con la presencia de por lo menos una ETS en la mujer, incluyendo el VIH, estaban el ser mayor de 39, estar divorciada, legalmente separada o ser viuda, haberse sometido a la esterilización o tener un esposo esterilizado, y tener un esposo que hubiera migrado a la India o dentro de Nepal para trabajar[14]. No se encontró diferencias relativas a la casta o al grupo étnico.

Políticas y programas de VIH/SIDA y de ETSs en Nepal

El gobierno de Nepal ha empezado a abordar la vulnerabilidad y el riesgo frente al VIH pero, generalmente, estos esfuerzos se han quedado en gran medida al nivel de los pronunciamientos de política. La revisión del Plan Estratégico para VIH y SIDA 1997-2001, producido por el Centro Nacional para el Control del SIDA y de ETS, destaca los "factores sistémicos", incluyendo las normas y valores sociales, la posición desventajosa de la mujer y las altas tasas de movilidad geográfica. El plan también sugiere redireccionar "el foco del análisis desde los individuos... hacia las circunstancias que crean el conjunto total, incluyendo los valores de los sistemas económico, educativo, cultural, social, legal y político que estructuran el mundo al interior del cual se transmite el VIH y dentro del cual la epidemia tiene el mayor impacto"[15]. Dentro del plan hay un llamado a fortalecer el ambiente ético, legal y de derechos humanos en torno al VIH/SIDA, para crear un ambiente favorable. Además, el plan de desarrollo quinquenal para el período 1997-2002 reconoce que las instituciones de salud pública no han entregado a la gente servicios adecuados, y culpa de ello a las inconsistencias de las políticas, los programas y los presupuestos, los problemas administrativos y la falta de equipo y de recursos humanos en los establecimientos de salud[16]. A la fecha, son escasas las actividades llevadas a cabo para enfrentar estos problemas.

A nivel de la programación de VIH/ETS, un estudio reciente del PNUD encontró que si bien existen establecimientos para el despistaje del VIH, éste no está disponible en muchos distritos; no existían establecimientos de consejería gubernamentales en los distritos visitados por el equipo del estudio[17]. Además, el Segundo Plan de Largo Plazo del Ministerio de Salud (1997-2017) coloca como prioridades solamente la promoción y distribución de condones y, aunque éstas son estrategias importantes, no había evidencias del incremento del uso del condón entre las mujeres de nuestro estudio[14], ni éste representaba un enfoque comprehensivo para reducir el riesgo y la vulnerabilidad de las mujeres[16]. Las metas y logros incluidos en la lista del Informe Anual 2000 del Departamento de Servicios de Salud incluyen la generación de 50 programas de TV/radio y/o avisos en los diarios sobre el VIH/ETSs, y la producción de 100 hojas informativas sobre la prevención del VIH/ETS. Estas actividades, sin embargo, ponen de relieve principalmente las estrategias de reducción del riesgo individual en lugar de los asuntos contextuales. Además, dependen de públicos con acceso a la TV o radio, o alfabetos. En un país donde el 37% de las mujeres rurales tienen acceso regular a la radio y donde el 35% son analfabetas, estas intervenciones no están disponibles y no son accesibles para la mayoría[7,17,18]. Finalmente, la Política Nacional sobre VIH/SIDA de Nepal ordena el mandato de la educación en SIDA y ETS para estudiantes de los niveles inferiores de secundaria, desde el sexto al noveno grados (edades aproximadas entre 12 y 16 años). Aunque esto tiene importancia crítica, ignora las necesidades de información de las muchas personas jóvenes que nunca alcanzan este nivel educativo.

Existen en Nepal algunos programas fuertes de ONGs. Save the Children/US, junto con sus contra-partes locales Women's Inspiration Community, Lifegiving Society y la BP Memorial Health Foundation, han creado guías de capacitación para educadores centrando la atención en el VIH/SIDA. Estos recursos tienen referencias y sugerencias específicas del contexto para el diálogo con diferentes grupos objetivo, y exploran temas como el estigma, la discriminación, el derecho a la privacidad y la comunicación sobre el VIH/SIDA en el contexto de las culturas hindú y budista.

También se ocupan de los migrantes y de sus familias como grupos objetivo primarios para las intervenciones, para establecer servicios de apoyo para los migrantes, que incluyen el tratamiento, la referencia y la educación, y ofrecen capacitación a los proveedores de atención de salud alrededor de las necesidades específicas de las familias migrantes[19]. También existe la capacitación para que los profesionales de los medios de comunicación y de las ONGs construyan capacidades en el campo del desarrollo de las comunicaciones y los medios, con el objetivo de que los medios locales diseñen, escriban y produzcan programas sobre el VIH/SIDA que incentiven el desarrollo social y el cambio conductual[20], ayudando así a reducir la vulnerabilidad a la infección.

Muchas ONGs internacionales, especialmente las que tienen financiamiento sustantivo, siguen enfocando la atención principalmente en las poblaciones consideradas de alto riesgo, especialmente trabajadores sexuales y usuarios de drogas aplicadas con inyectables[20,21]. Una reciente tendencia parece estar haciendo el viraje hacia el foco exclusivo en las intervenciones de cambio conductual[10,17]. Si bien algunos programas se autodenominan "basados en los derechos", su énfasis sigue estando principalmente en apuntar a los individuos y sus conductas de riesgo a través del mercadeo social de condones y las intervenciones comunicacionales dirigidas al cambio conductual[22]. Si bien todos éstos son esfuerzos importantes, en gran medida se equivocan al no afrontar el hecho de que mucha de la población nepalesa hasta ahora ni siquiera ha escuchado hablar del VIH o de las ETSs, ni sabe cómo protegerse contra la infección[7,14]. Tampoco abordan las vulnerabilidades de muchas mujeres rurales que carecen del poder, al interior de sus relaciones íntimas, para comprar condones o exigir el uso del condón, o introducir temas sexuales o "cambios conductuales" en el intercambio con sus parejas.

Encontramos que hay cuatro asuntos críticos que tienen impacto en la vulnerabilidad frente a la infección por VIH/ETS entre mujeres rurales de comunidades migrantes en Nepal: la misma migración, la condición de salud, la discriminación basada en el género y el acceso a la educación, especialmente de las niñas, por su potencial para inducir el cambio a largo plazo.

Migraciones

Se estima que hasta un millón de nepaleses actualmente migran a la India en busca de empleo, en tanto se estima que el volumen de los migrantes internos en Nepal es de 1.2 millones[10,23]. La mayor parte de los migrantes son hombres, y la migración es principalmente circular; es decir, los hombres trabajan fuera de su hogar y familia por períodos que duran varios meses, regresando brevemente para las fiestas locales más importantes o para la cosecha. La emigración masculina en algunos distritos rurales alcanza, hoy en día, niveles de hasta el 70%[23].

Ni Nepal ni la India, el país receptor de aproximadamente el 90% de los migrantes nepaleses,[10] han ratificado la Convención Internacional para la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y los Miembros de sus Familias de 1990, por lo que ninguno de estos países tiene obligaciones explícitas para con los migrantes y sus familias, en tanto que tales. Sin embargo, ambos gobiernos tienen obligaciones en relación con la no discriminación y la provisión de condiciones de trabajo justas y favorables que se desprenden de otros documentos de derechos humanos que han ratificado[24].

No existen, en Nepal, leyes internas que aborden específicamente los derechos de los migrantes y de sus familias. El gobierno se comprometió a crear políticas para regular la migración internacional en un reciente Plan Quinquenal, y llevó a cabo un análisis de políticas migratorias en el año 2000,[25] pero no se ha desarrollado políticas ni se ha implementado recomendación alguna surgida del análisis. No obstante, Nepal tiene un Tratado de Paz y Amistad de 1950 con la India, que aborda las migraciones:

"Como muestra de la amistad de vecinos entre la India y Nepal, cada gobierno asume el compromiso de dar a los nacionales del otro país, en su territorio, el trato que se da a los nacionales en relación a la participación en el desarrollo industrial y económico de dicho territorio y a extender las concesiones y los contratos relativos a dicho desarrollo"[26].

La pobreza, falta de oportunidades laborales y la búsqueda de una mejor vida son las razones principales de la emigración de nepaleses a la India, cada año. A menudo la realidad es, sin embargo, que no hay mejoras en las oportunidades. Los nepaleses suelen tener acceso sólo al trabajo que los indios no desean tomar, incluyendo el trabajo manual pesado, trabajo en fábricas, servicios de atención del hogar tales como guardias de seguridad residencial y de las empresas, los que pagan muy poco y ofrecen poco dinero extra para los miembros de la familia que quedaron en Nepal[23].

Entre las 628 mujeres del estudio cuyos esposos eran migrantes, el 48% reportó que sus esposos no enviaban dinero durante su ausencia, y otro 22% informó haber recibido dinero sólo una vez al año. Estas cifras concuerdan con un estudio gubernamental reciente, que mostró que el 57% de los migrantes no envían dinero alguno a sus hogares[25]. En términos de las cantidades enviadas a casa, el 74% de las mujeres reportó estar recibiendo menos de US$65 por año, suma pequeña incluso a juzgar por estándares nepaleses. Esto se complica por el hecho de que el envío de dinero a casa puede ser riesgoso, de por sí. Dado que no existe un sistema bancario formal entre Nepal y la India, los migrantes deben trasportar consigo el dinero que hayan podido acumular, o confiar en amigos el traslado del dinero al hogar. Son comunes las informaciones de robos en los que los hombres migrantes pierden todas sus ganancias[23].

Lo limitado de los recursos económicos conlleva a vulnerabilidades adicionales para las mujeres, incluyendo la reducida seguridad alimentaria y la carga de trabajo creciente. Veintinueve por ciento de las mujeres en el estudio reportaron tener menos alimentos durante la ausencia por migración del esposo, que antes o después del período migratorio, en tanto sólo el 3% afirmó tener más alimentos. Sesenta y dos por ciento indicó que su carga de trabajo había aumentado durante la migración, mientras que menos del 1% señaló que su carga de trabajo había disminuido.

La migración separa a las familias, y se ha hallado que, en otras partes del mundo, la separación está correlacionada tanto con altos niveles de relaciones sexuales extramaritales y tasas de infección por VIH/ETS[27]. Con frecuencia, los migrantes tienen acceso más limitado a la información sobre la salud, incluyendo aquélla sobre el VIH/ETS y la sexualidad en sus propios idiomas, dificultades para encontrar, acceder o tener las condiciones para pagar por la atención de salud, y se les desalienta el uso de los servicios de salud por temor a que se les despida del trabajo o se les deporte si sus empleadores se enteran de que están enfermos[28]. Así, pues, en relación a las ETS y la infección por VIH, las oportunidades de los varones para buscar el diagnóstico y tratamiento antes de regresar a casa están obstaculizadas lo que, a su vez, hace más vulnerables a las mujeres.

Muchas mujeres participantes en el estudio, con esposos migrantes, registraron impactos negativos en su estado de salud y en su comportamiento relativo a la búsqueda de atención, por cuanto la disponibilidad de dinero para estas necesidades era sólo esporádica. Cuarenta y tres por ciento de las mujeres informó la percepción del deterioro de su salud desde que el proceso migratorio se inició; tan sólo una mujer pensó que su salud había mejorado. Las razones citadas con mayor frecuencia incluían el tener menos dinero para conseguir atención para su salud, disponer de menos alimentos o tener una nutrición deficiente, y una carga de trabajo más pesada.

Estado de salud

Si bien la Constitución de Nepal no llama directamente por su nombre al derecho a la salud, la Constitución instruye al gobierno a propiciar políticas para elevar los estándares de vida públicos y a promover la educación, la salud y el desarrollo de las comunidades menos favorecidas, aunque "ninguna corte podrá obligar al cumplimiento de los principios y políticas establecidos en esta Parte"[29].

El acceso restringido a la atención de salud contribuye a resultados de salud deficientes. La Encuesta Demográfica y de Salud de Nepal de 2001 estimó que el 75% de la población rural tenía un acceso no adecuado a los servicios sanitarios y el 25% carecía de acceso a fuentes de agua potable; éstas son cifras mucho mayores que las correspondientes a los habitantes urbanos[7]. Las tasas de mortalidad infantil y de la niñez eran altas,[30] y

desproporcionadamente altas en las comunidades rurales. Más de la mitad de todas las mujeres nepalesas no tuvieron atención prenatal, y menos mujeres rurales que urbanas recibieron servicios y atención médica en el embarazo. Las mujeres rurales también registraron mayores tasas de natimuertos y de muerte neonatal temprana que las mujeres urbanas[7]. El distrito de Kailali es particularmente deficiente y carente en términos de atención de salud, ubicándose en el rango por debajo del promedio nacional en términos de mortalidad infantil y tasas de inmunización, la proporción de nacimientos atendidos por personal capacitado y la razón trabajador de salud-población[8].

Pocas mujeres en el estudio HSPH/SC reportaron haber buscado ayuda médica por presentar síntomas consistentes con el VIH/ETSs, debido a las distancias físicas a los establecimientos de salud y a otras barreras que enfrentaban una vez que ingresaban al sistema de atención de salud, incluyendo el no hablar el idioma empleado por los proveedores de salud y sentirse incómodas al hablar a proveedores pertenecientes a grupos de castas más elevadas. Muchas de las que sí acudieron a los servicios encontraron a un personal médico sin la adecuada capacitación como para dar un diagnóstico correcto de su condición, o sin los medicamentos apropiados para solucionar su condición[14]. Las ETSs facilitan la transmisión del VIH,[31,32] y muchas mujeres rurales sexualmente activas en este estudio quedaron vulnerables debido a las ETSs no tratadas.

El uso de alcohol por los hombres también se presentó como un indicador importante de la vulnerabilidad de las mujeres a las ETSs. Las mujeres del estudio que reportaron que sus esposos consumían alcohol cada día o casi cada día estaban en riesgo significativamente mayor de tener una ETS que las mujeres que informaron que sus esposos consumían alcohol ocasionalmente, rara vez o nunca (OR 2.68, 95% CI 1.63-4.41)[14].

JAN BANNING / PANOS PICTURES

Personal de salud instruye a mujeres sobre diversos tipos de preservativos. Clínica en Cambodia.

Discriminación basada en el género

En su respuesta al informe inicial de Nepal, 1994, sobre su cumplimiento de la Convención Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas expresó su preocupación "de que el principio de no discriminación e igualdad de derechos sufre de serias violaciones en las prácticas", y preocupación "por la situación de las mujeres que, a pesar de ciertos avances, siguen siendo *de jure* y *de facto* objeto de discriminación en cuanto al matrimonio, la herencia, la transmisión de ciudadanía a los hijos, divorcio, educación, protección contra la violencia, justicia criminal y salarios". El Comité continúa diciendo que el Gobierno de Nepal "no ha tomado acción suficiente para que las provisiones de la Convención se reflejen en las leyes nacionales o para enmendar las leyes dicriminatorias prevalecientes" y llamó la atención sobre la escasa información con respecto a la situación de las mujeres en las áreas rurales[33].

El matrimonio infantil, que es común en Nepal, tiene consecuencias potenciales para la salud de las mujeres. Hasta el año 2002, el Código (Civil) Nacional de Nepal establecía que la edad legal del matrimonio con consentimiento de los padres era de 16 años para las mujeres y de 18 años para los varones[34]. Una edad legal más temprana para el matrimonio de las mujeres garantiza la norma cultural de casarse con hombres mayores; por cierto, la edad promedio de matrimonio de las mujeres es tres años menor que la de los hombres[7]. De acuerdo con Cook, "las leyes que permiten el matrimonio a edad más temprana, en el caso de las mujeres con respecto a los hombres, promueven la estereotipia de las mujeres en los roles de alumbramiento y de servicio, y las excluye de la educación y de la capacitación que los varones reciben para cumplir con su destino masculino como líderes de la familia y sociales"[35]. La ley recién enmendada establece que la edad legal al matrimonio sea igual para hombres y mujeres – 18 con el consentimiento de los padres y 20 sin el consentimiento de los padres[36]–. Entre el 95% de las mujeres del estudio que conocían su edad al casarse, 45% se había casado antes de llegar a los 16, y 15% antes de los 14; la más joven se había casado a los seis años[14]. La adopción de esta nueva ley puede significar un cambio positivo con implicaciones eventuales en la reducción de la discriminación por género.

Con respecto al pago de la dote, tradición de origen indo-ario practicada en Nepal, por la cual la familia de una mujer le paga a la familia de un hombre para que asuma la responsabilidad por el mantenimiento de la hija, el Código Nacional de Nepal establece que "Excepto en los casos en que los pagos han sido hechos y aceptados *según la costumbre tradicional*, ninguna joven será entregada en matrimonio a la parte del novio por consideraciones monetarias u otras"[37] (énfasis añadido). El Código Nacional también exacerba la dinámica desigual de poder al interior del matrimonio:

"Ningún varón se casará con otra mujer durante el ciclo de vida de su esposa o cuando la relación conyugal con su primera esposa no haya sido disuelta, salvo en las circunstancias siguientes:

- *si la esposa tiene alguna enfermedad venérea contagiosa que se ha convertido en incurable;*
- *si su esposa ha desarrollado enfermedad mental incurable;*
- *si no ha nacido hijo alguno o no ha sobrevivido dentro de los diez años de matrimonio;*
- *si la esposa ha quedado coja e incapaz de caminar;*
- *si la esposa se ha quedado ciega de los dos ojos*"[37].

Hasta 2002, el Código no decía nada con respecto a las circunstancias en las que una mujer podía volverse a casar; éste ha sido ahora enmendado para permitir que las mujeres se vuelvan a casar en el caso que el hombre tenga una relación sexual con una tercera persona. Queda por verse si es que las mujeres estarán en condiciones de actuar basándose en este derecho. Aún no han sido articulados otros derechos relativos al divorcio y a matrimonios subsecuentes al primero en el caso de las mujeres. Más aún, el estupro marital está excluido de la definición legal de estupro, y el débil encausamiento y castigo por estupro y otro tipo de violencia significan que las mujeres casadas siguen siendo vulnerables[36,37].

Con respecto a los derechos de propiedad, las recientes enmiendas al Código Nacional también emiten señales de algún cambio positivo. Mientras que anteriormente se les negaba derechos de propiedad a las hijas dentro de sus familias a menos que permanecieran solteras hasta los 35 años, las enmiendas de 2002 reconocen que las hijas como los hijos tienen titularidad en relación a los derechos de propiedad en virtud del nacimiento. Sin embargo, una mujer que escoge casarse, está obligada a ceder sus derechos de propiedad familiares, lo que sugiere que aún se necesita más cambios legales para garantizar la igualdad de género en este campo[17].

Debido a estas restricciones, las mujeres pueden sentir que están siendo obligadas a escoger entre permanecer en un matrimonio malo o abandonar el matrimonio y perder potencialmente el acceso a sus hijos, a la propiedad marital y a la seguridad económica. De allí que las mujeres estén obligadas a tener sexo sin protección, y no únicamente cuando están cumpliendo con la obligación de producir hijos para el matrimonio. Nuestros datos sugieren que esta dinámica puede ser importante para las mujeres rurales. Cuando se preguntó a las mujeres del estudio, que alguna vez habían usado condones para la protección frente al VIH/ETS, si deseaban usar condones para la protección frente al VIH/ETS con más frecuencia, el 93% respondió que sí. Al preguntárseles por qué, el 55% contestó que tenía temor a la infección por VIH/ETS, en tanto que otro 2% respondió que su esposo tenía una ETS y que necesitaban protegerse[14].

Acceso a la educación

La ley nacional en Nepal establece la obligatoriedad de cinco años de educación primaria tanto para los niños como para las niñas,[38] pero sólo el 62% de los niños y el 28% de las niñas entre 15 y 19 años había culminado la escuela primaria en 2001[7]. En 1999, el Relator Especial para la Educación de Naciones Unidas identificó las siguientes formas en las que se expresan las brechas de género:

- diferencias en las tasas de alfabetismo, que reflejan una historia de acceso desigual a la educación;
- diferencias en la matrícula escolar, que reflejan la continuidad del acceso desigual a la educación;
- diferencias en la culminación de la escuela primaria, que indican que la matrícula no lleva necesariamente a la culminación; y
- un porcentaje inferior de mujeres maestras, que puede también afectar las tasas de matrícula de las niñas; en Nepal, menos del 25% de los maestros de escuela son mujeres[38].

En el estudio HSPH/SC, el 84% de las mujeres reportaron no haber tenido educación formal y menos del 12% informaron que habían terminado la escuela primaria. También se encontró correlaciones importantes entre la exposición de las mujeres a la educación (tanto formal como no formal) y su conocimiento sobre asuntos de salud. En términos de conocimiento de ETS, sólo el 41% de las mujeres del estudio había escuchado de las ETSs, y sólo el 40% había oído del SIDA[14]. Al desagregar por nivel de educación formal se halló que el 75% de las mujeres con alguna educación formal había escuchado hablar sobre el SIDA, comparado con el 34% de aquéllas que no tenían educación formal. Cuando se desagregó por condición de educación no formal (donde un grupo participó en una intervención educativa sobre el VIH y otros dos grupos no participaron en intervención alguna), el 76% del grupo de intervención había oído del SIDA, mientras que sólo el 22% del grupo de no intervención había escuchado del SIDA. Cuando se les preguntó si hay algo que puede hacer una persona para evitar la infección de ETS, el 13% de las mujeres dijeron que no había o que ellas no sabían de algo que se pudiera hacer. Una vez más, al desagregar los datos se encontró disparidades en las tasas de conocimiento entre aquéllas mujeres con educación formal o no formal, y las que no tuvieron educación alguna (no se muestra los datos)[14].

Conclusión

El uso de un marco de derecho a la salud y de derechos humanos sustentado en los conceptos de vulnerabilidad ha levantado muchos temas que afectan la vulnerabilidad frente a la infección por VIH/ETS entre mujeres rurales en Nepal. El ambiente legal y de políticas está empezando a cambiar de maneras positivas, pero serán muy lentos los cambios significativos por llegar para las mujeres rurales. Los esfuerzos vigentes para abordar la infección

por VIH/ETS focalizan la atención en la conducta de riesgo y en las situaciones generadoras de riesgo, pero omiten la consideración del contexto en que éstas ocurren. Para afrontar completamente la vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/ETS, debe ponerse mayor énfasis en las muchas formas de discriminación de género, la falta aguda de acceso a la atención de salud y a la educación para muchas que residen en las áreas rurales y las circunstancias económicas, legales y sociales precarias que enfrentan numerosos migrantes y sus familias en Nepal rural.

Reconocimientos

Este artículo se basa en la disertación de Allison Smith-Estelle para el DSc del Harvard School of Public Health. Las autoras desean expresar su agradecimiento al personal de Save the Children/US en Nepal, la Nepal Red Cross Society, SACTS, y al Forum for Women, Law and Development, así como a Ganesh Gurung, Allan G. Hill, Stephen Marks, Rebecca Cook, Luni Shakya y Juni Shakya. Nuestra sincera gratitud para las mujeres del distrito Kailali que participaron en el estudio. Este estudio tuvo el apoyo financiero de Save the Children/US, el Harvard School of Public Health, Harvard University, la J. William Fulbright Commission y la American Association of University Women Educational Foundation. Las opiniones expresadas no reflejan necesariamente las de las agencias donantes.

Referencias

1. Gruskin S, Tarantola D. Health and human rights. In: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, et al, editors. Oxford Textbook of Public Health. Oxford, Oxford University Press, 2002. p.311–35.
2. Mann JM, Tarantola D. AIDS in the World. Cambridge: Harvard University Press, 1992.
3. Tarantola D. Risk and vulnerability reduction in the HIV/AIDS pandemic. Current Issues in Public Health 1995;1:176–79.
4. Mann J, Tarantola D. AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses. Oxford: Oxford University Press, 1996. p.441–76.
5. Gruskin S, Tarantola D. HIV/AIDS, health and human rights. In: Lamptey P, Gayle H, Mane P, editors. HIV/AIDS Prevention and Care Programs in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs. Arlington: Family Health International, 2002.
6. The World Bank Annual Report 2000. At: <www.worldbank.org/html/extpb/annrep2000/pdf/appndx/wb_a6.pdf>. Accessed 12 August 2003.
7. Nepal Demographic and Health Survey 2001. Calverton MD: Family Health Division, Department of Health Services Nepal/New ERA/ORC Macro, 2001.
8. Shrestha MP, Mulmi SL, editors. Health in Nepal: Realities and Challenges. Kathmandu: Resource Centre for Primary Health Care, 1997.
9. Chin J. A Reassessment of the HIV/AIDS Situation in Nepal 1999. Family Health International Trip Report. Kathmandu: University of California Berkeley, School of Public Health, October 1999.
10. Richoi Associates, Nagar A, Marga N. Situation Analysis of HIV/AIDS in Nepal. Final Draft. Teku, Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control, December 2000.
11. Mills S, Basnet J, Gurubacharya V. The role of male integration in the spread of HIV and other sexually transmitted infections in rural Nepal. (Submitted for publication 2003).
12. Subedi BK. Seasonal migration in Western Nepal and its relation to HIV transmission. 1993. Cited in [10].
13. Poudel K, Okumura J, Wakai S, et al. HIV/STIs risk behaviors among migrants and nonmigrants in Doti District. Melbourne: Proceedings of the Monitoring of the AIDS Pandemic Network, 4 October 2001. At: <http://www.thebody.com/unaids/pdfs/asia_trends.pdf>. Accessed 25 March 2003.
14. Smith-Estelle A. Sexually transmitted infections among rural women in Nepal: using epidemiology and human rights to address an emerging epidemic. DSc dissertation, Harvard School of Public Health, Boston, 2003.
15. National Center for AIDS and STD Control (Nepal). Strategic Plan for HIV and AIDS in Nepal. 1997–2001. Teku, Kathmandu: Ministry of Health, Department of Health

Services, National Center for AIDS and STD Control, 2001.
16. Introduction and Policy Background: National Policies and Plans. In: DoHS Annual Report 2056/57 (1999/2000); [Ministry of Health; 1999]. p.13–19.
17. MEH Consultants (P) Ltd, Research Group for Health Economics and Development. Report of Response Analysis of HIV/AIDS in Nepal. Kathmandu: National Centre for AIDS and STD Control, October 2000.
18. Ministry of Health Nepal. Disease control: AIDS and STD control. In: Department of Health Services Annual Report 2056/57—1999/2000. Kathmandu: MoH, 1999. p.165–71.
19. Murphy H. Interrupting the spread of HIV in Nepal. Final Report. Kathmandu: Save the Children/US, April 2001.
20. Ministry of Health Nepal. Development partners: multilateral partners. Department of Health Services Annual Report 2056/57—1999/2000. Kathmandu: MoH; 1999. p.249–327.
21. United States Agency for International Development, Nepal. USAID/NEPAL Country Strategic Plan FY 2001–2005. Kathmandu: Nepal, 2000.
22. United Nations Development Programme. Assistance for an expanded rights-based response to the concentrated HIV/AIDS epidemic in Nepal. Project Document. Kathmandu: UNDP, April 2001.
23. Seddon D, Adhikari J, Gurung G. Foreign Labour Migration and the Remittance Economy of Nepal. Norwich: Overseas Development Group, University of East Anglia, July 2000.
24. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. UN GA Res 2200 (XXI). At: <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_cescr.htm>. Accessed 25 March 2003.
25. New ERA (Nepal). Migration Policy in Nepal: Review and Recommendations. Kathmandu: New ERA, June 2000.
26. Treaty of "Peace and Friendship" between the Government of India and the Government of Nepal, 1950. At: <http://www.nepalicongress.org.np/nepal/peace.html>. Accessed 25 March 2003.
27. Mbizvo MT, Machekano R, McFarland W, et al. HIV seroincidence and correlates of seroconversion in a cohort of male factory workers in Harare, Zimbabwe. AIDS 1996;10: 895–901.
28. UNAIDS, International Organization for Migration. Migration and AIDS. International Migration 1996;36(4):445–69.
29. His Majesty's Government, Ministry of Law and Justice. Constitution of the Kingdom of Nepal 2047 (1990). Kathmandu: Law Books Management Board, 1999.
30. United Nations Children's Fund. State of the World's Children 2001. New York: UNICEF, 2001.
31. Laga M, Manoka A, Kivuvu M, et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. AIDS 1993;1:95–102.
32. Wasserheit JN. Epidemiological synergy interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. Sexually Transmitted Diseases 1992;19:61–77.
33. Comments of the Human Rights Committee: Nepal. Proceedings of the Fifty-second session of the Human Rights Committee; CCPR/C/79/Add.42. 1994 Oct. 11; Nepal.
34. Forum for Women, Law and Development. Mapping of HIV/AIDS laws and policies. Kathmandu: FWLD, 2001 (Draft).
35. Cook R. Gender, health and human rights. In: Mann JM, Gruskin S, Grodin M, et al, editors. Health and Human Rights: A Reader. New York: Routledge Press, 1999. p.253–64.
36. Women Living Under Muslim Laws. Nepal: Country Code (Eleventh Amendment) Bill and Women's Rights. At: <http://www.wluml.org/english/new-archives/nepal/11thamendment.htm>. Accessed 25 March 2003.
37. Regmi Research (Private) Ltd. Marriage and Conjugal Relations. Nepal Miscellaneous Series. Kathmandu: Regmi Research, 1988.
38. Tomasevski K. Special Rapporteur for Education 1999 Report E/CN.4/1999/49: Economic, Social and Cultural Rights. Proceedings of the Fifty-Fifth Session of the Commission on Human Rights, United Nations Economic and Social Council, 13 January 1999. New York: UN, 1999.

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*
TEMAS DE
SALUD
reproductiva

TEMAS EN POLÍTICAS ACTUALES

El Uso de la Rendición de Cuentas para Mejorar la Atención a la Salud Reproductiva

Asha George

Consultora de Investigación, Indian Institute of Management, Bangalore, India.
Correo electrónico: ashag@iimb.ernet.in

Resumen: *la rendición de cuentas se puede entender como un árbitro de la dinámica de las relaciones bilaterales, a menudo entre socios desiguales. En la literatura sobre el tema se distingue entre la rendición de cuentas política, fiscal, administrativa, legal y constitucional. Este artículo se enfoca en los mecanismos de rendición de cuentas en la atención de salud, y cómo funcionan de mediador entre los prestadores de servicios y las comunidades, y entre distintos tipos de personal de salud a nivel de la atención primaria. Se refiere a estudios de caso de procesos participativos dirigidos a mejorar la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva. La información, el diálogo y la negociación son elementos importantes mediante los cuales los mecanismos de rendición de cuentas pueden abordar problemas al apoyar el cambio e involucrar a los participantes. Para que tengan éxito, sin embargo, los esfuerzos por mejorar la rendición de cuentas al ampliar la participación de los usuarios deben tomar en cuenta los contextos sociales y los sistemas políticos y de prestación de servicios en los cuales se aplican, enfrentar las relaciones de poder y mejorar la representación de los grupos marginados en las comunidades y los sistemas de prestación de servicios.*

Palabras clave: rendición de cuentas, servicios de salud reproductiva, procesos participativos, relaciones proveedor-paciente.

Frecuentemente, los movimientos sociales piden mayor rendición de cuentas cuando llaman la atención hacia temas que han sido desatendidos y a grupos marginados. Cada vez más, las recomendaciones de las políticas de salud sugieren también que el mejorar la rendición de cuentas conducirá a políticas más sensibles y a servicios efectivos. Como producto de ello, actualmente se están usando diversos mecanismos de rendición de cuentas, como por ejemplo, asociaciones de consumidores, directorios de hospitales, comités de salud de aldeas, y campañas de publicidad en la implementación de políticas y programas de salud en todo el mundo. Estas medidas apoyan una amplia gama de actividades que incluyen difusión de información, monitoreo, mediación y control entre pares entre diversos actores[1-4]

¿Por qué es necesaria la rendición de cuentas? En las zonas rurales pobres, tales como el norte de Karnataka, India, los servicios gubernamentales de salud luchan por brindar atención en un contexto de corrupción, una agobiante falta de personal e infraestructura pobre. Al centrar la atención en cambios dentro de los ministerios de salud, a veces aislados de las estructuras de gobernabilidad comunal y de los esfuerzos de desarrollo, los hacedores de políticas de salud pueden perder

importantes oportunidades para mejorar los servicios en zonas carenciadas. Inversamente, el movilizar al público por derechos sexuales y reproductivos sin, simultáneamente, involucrar al personal de salud, las organizaciones comunales de base, pueden contribuir a distanciamientos que bloqueen el acceso a servicios gubernamentales importantes aunque, a veces, inadecuados. En estos contextos, los mecanismos de rendición de cuentas pueden respaldar las interacciones entre las comunidades y los servicios, para el beneficio de los proveedores de servicios y sus usuarios.

La rendición de cuentas se entiende mejor como un moderador o árbitro de las dinámicas en las relaciones de dos vías, por ejemplo, entre los proveedores de los servicios y los pacientes, diferentes niveles de entrega de servicios de atención de salud, ministros de salud y de economía, donantes y receptores de fondos, representantes elegidos y funcionarios de salud, y representantes elegidos y electores. La literatura sobre rendición de cuentas distingue entre rendición de cuentas política, fiscal, administrativa, legal y constitucional, y entre tipos de rendición de cuentas vertical (mecanismos externos usados por personas ajenas contra el gobierno) y horizontal (mecanismos internos entre las diferentes ramas y niveles de gobierno)[5-8].

Sin embargo, a pesar de su creciente importancia, son pocos, aparte de Cornwall[9], los que han examinado críticamente la manera en que opera, realmente, la rendición de cuentas en la atención de salud. Utilizando estudios de caso de procesos participativos para mejorar la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva[9-11], este artículo enfoca la forma en que la rendición de cuentas media en las relaciones entre los proveedores de servicios y las comunidades, y entre los diferentes tipos de personal de salud.

Idealmente, los mecanismos de rendición de cuentas tienen como objetivo dar apoyo a soluciones en colaboración. La buena colaboración usualmente se da entre socios que son interdependientes y que tienen la propiedad conjunta sobre las decisiones[12]. Desafortunadamente, en un mundo jerárquico, las asociaciones ideales de este tipo son escasas. Por lo tanto, las medidas de rendición de cuentas, típicamente interceden en las relaciones entre socios desiguales, con el fin de corregir los desbalances entre ambos. Para hacerlo constructivamente se necesita abordar los desafíos relacionados al poder, la representación y la transformación.

Confrontando las relaciones de poder desiguales

Una función crítica de la rendición de cuentas es el control del uso arbitrario del poder por aquéllos que lo detentan. Schedler identifica la capacidad de respuesta y la exigibilidad como dos temas principales que definen la rendición de cuentas[5]. La capacidad de respuesta, la obligación de informar y explicar, puede involucrar a los medios de comunicación, comités de monitoreo, defensores del pueblo y grupos de defensa, entre otros. Sin embargo, a pesar de su importancia, la capacidad de respuesta por sí sola puede no llevar al cambio. Los hacedores de política y los responsables de implementar programas también deben ser sensibles a los temas planteados y estar atentos a los mecanismos de exigibilidad que pueden ser usados para que cumplan su cometido.

Puede parecer muy ambicioso para algunos confrontar a las estructuras de poder, especialmente aquéllas marcadas por las desigualdades sociales. Sin embargo, las situaciones de *status quo* no son fenómenos estáticos, son construidas y mantenidas activamente. A pesar de que, convencionalmente, muchas situaciones no favorecen a los grupos marginados que buscan la rendición de cuentas, la mayoría de las autoridades requiere de un grado de apoyo y legitimidad pública para salvaguardar su estatus y mandato[7,13]. Los usuarios de los servicios de salud mental y las personas discapacitadas en el RU han usado foros para interactuar con proveedores y, a veces, han contrastado la pretensión de los proveedores de estar brindando servicios de buena calidad con sus propias malas experiencias. Ellos encontraron que, aunque no se dio un cambio fundamental en el equilibrio de poder, quienes estaban en posiciones de poder estuvieron obligados a reconsiderar sus prácticas[14].

Entender que el poder es fluido y negociado significa que siempre hay oportunidades y mecanismos para combatir las relaciones de poder de formas creativas. Incluso, cuando no se pueden

confrontar directamente, los abusos de poder no son, necesariamente, aceptados pasivamente. La resistencia existe inclusive en la forma de sabotajes insignificantes, falta de cooperación, o humor dirigido contra el poderoso[7,15]. El personal que tiene poca voz acerca de la forma de organizar su trabajo, puede protestar dejando de cooperar, trabajando más lento, o reportándose enfermo. El personal gubernamental puede pedir licencia para protestar contra las transferencias hechas contra su voluntad.

En términos del comportamiento a favor de la salud, las mujeres aspiran a tener el control sobre sus vidas reproductivas a través de una gama de acciones, que se dan a través de un *continuum* de adaptación, subversión y resistencia, a veces a costa considerable de su salud. Ellas muestran una tremenda resiliencia y valor y "no sólo afrontan pacientemente los magros recursos y las barreras culturales y sociales intransigentes... sino que desafían la tradición de la pasividad femenina: manipulando, subvirtiendo, doblegando o, a veces, desafiando directamente dichas barreras"[16].

Las identidades colectivas pueden formarse sobre la base de opresión de maneras que contradicen la dinámica de fatalismo y aislamiento, que margina a ciertos grupos sociales[14]. De esta forma, "la energía política de un adulto socialmente comprometido, preparado para aceptar el conflicto y la contradicción como parte de la vida", tiene un enorme potencial para el cambio social[17]. La experiencia también sugiere que los grupos que son internamente democráticos tienen más éxito en la búsqueda de rendición de cuentas para las personas marginadas[1], y que las estrategias de cambio son más exitosas cuando se presentan en alianzas amplias. Esto sugiere que, para tener éxito, los mecanismos de rendición de cuentas necesitan poner énfasis en la construcción de colectivos ciudadanos amplios y democráticos para apoyar el cambio social.

Representación

La construcción de colectivos ciudadanos más democráticos implica cambiar los marcos a través de los cuales son representadas las personas y los temas. De esta manera, la rendición de cuentas es más que un proceso de rendir cuentas entre dos partes desiguales[1]. También implica hacer que las preocupaciones no reconocidas y desatendidas sean representadas y abordadas en las políticas y programas. Por tanto, la rendición de cuentas es particularmente importante para los temas de salud sexual y reproductiva porque éstos están profundamente afectados por los prejuicios sociales. Las mujeres "sufren silenciosamente" las afecciones y experiencias como las infecciones del tracto reproductivo y la violencia. La entrega de servicios puede descuidar ciertas etapas del ciclo vital y discriminar a ciertos grupos de la población. La legislación continúa penalizando a las mujeres que recurren al aborto, a las trabajadoras sexuales y a los disidentes sexuales.[(*)] En tales casos resulta necesaria la representación durante la formulación y la implementación de políticas.

La representación al interior de los mecanismos de supervisión gubernamentales puede ser diseñada de diversas formas[1]. La *consulta* implica la apertura de espacios para el intercambio de información y el diálogo, pero manteniendo, los convocantes a la consulta, el firme control del uso de la información obtenida. Un segundo paso es la institucionalización del acceso continuo a los procesos de toma de decisiones. Esta presencia puede conducir a mejorar la sensibilización mutua sobre las preocupaciones, pero algunas veces también puede ser reducida por las autoridades a un intercambio burocrático. La presencia puede convertirse en *influencia* si va de la mano con el poder para exigir investigaciones y hacer cambios en las reglas y estructuras organizativas[(**)].

(*) El lenguaje que define la sexualidad está constantemente cuestionado y revisado. Uso el término 'disidentes sexuales' para abarcar las sexualidades alternativas que incluyen a las comunidades lesbiana, gay, bisexual y transgénero, a las personas que tienen relaciones con otras del mismo sexo y a los heterosexuales que apoyan los derechos democráticos con respecto a la sexualidad.

(**) Las características clave para asegurar que las personas ajenas pueden influir en los mecanismos de supervisión gubernamentales son: estatus legal de los participantes no gubernamentales, su presencia continua, procedimientos claros para las reuniones entre las personas externas y las agencias públicas, derecho a la información para las personas externas, derecho de éstas a enviar informes disidentes a los órganos legislativos, obligación de las agencias encargadas del cumplimiento de las normas de investigar el disenso y tomar acción contra aquéllos que fueran hallados culpables.

Estas diferencias de poder reflejan diferencias que distinguen a los beneficiarios, a los consumidores y a los ciudadanos[18]. En muchos contextos es importante la ampliación de las opciones para mejorar el acceso al mercado para los proveedores, servicios, medicinas o tecnologías de salud. Sin embargo, tener más opciones de consumo no significa que las necesidades sexuales y reproductivas están siendo abordadas si no se examina críticamente los contextos en los cuales estas opciones son elaboradas y usadas[19]. La investigación sobre las perspectivas de los usuarios respecto a los anticonceptivos, muestra que las mujeres pueden optar por un cierto método evaluando las ventajas y desventajas para determinar cuál es el método disponible menos malo[20]. Visto así, la aceptación o continuación de opciones predeterminadas no implica necesariamente satisfacción o rendición de cuentas[21]. Los beneficiarios y los consumidores objetivo pueden no ejercer suficiente influencia para asegurar que las opciones predeterminadas a su disposición, sean las que más se adecúan a sus necesidades.

La rendición de cuentas existe aun cuando la representación no logra contrarrestar los prejuicios contra los menos poderosos. En estos casos, la rendición de cuentas fluye en direcciones contrarias a las necesidades de los marginados por la sociedad. En la India, por ejemplo, la necesidad anticonceptiva de las mujeres fue trastocada y traducida en un enfoque más estrecho centrado en el uso de los DIUs y la esterilización, a medida que las metas anticonceptivas impuestas hacían que los trabajadores de salud respondieran más a sus supervisores que a la cobertura de las necesidades de las mujeres. Necesitamos tener más sensibilidad con respecto a cuándo las medidas de rendición de cuentas sirven para mitigar las jerarquías de edad, género, sexualidad, casta, raza y clase; y cuándo pueden exacerbarlas.

Algunos mecanismos de rendición de cuentas pueden abordar las necesidades de los beneficiarios de manera apropiada, aun cuando excluyan la representación directa de los usuarios. Las evaluaciones de las iniciativas de maternidad segura colocan la rendición de cuentas en la lista como un ingrediente clave para su éxito[22]. En Malasia se evalúa los hospitales dos veces al año, usando indicadores establecidos por especialistas clínicos, y los comités de certificación de calidad realizan revisiones de los hospitales de las afueras. De manera similar, en China se exige a los gobernadores provinciales que informen sobre el progreso en la mortalidad materna, y el financiamiento depende del progreso. Aunque estas medidas son ciertamente beneficiosas para las mujeres, la rendición de cuentas fluye ascendentemente de los funcionarios de programas a los comités de expertos y a los departamentos de finanzas. Sin embargo, no son consultadas las mujeres que son atendidas por ellos.

Aunque tales medidas de rendición de cuentas pueden funcionar bien a corto plazo sin la participación de quienes necesitan los servicios, la continuidad puede verse amenazada cuando se cambia a los burócratas clave. Por ejemplo, en Santa Bárbara d'Oeste, Brasil, cuando un nuevo alcalde asumió el poder, no vio ninguna razón para continuar con el programa de vasectomía en un proyecto iniciado por el anterior Secretario de Salud. Asimismo, percibió que el tema tenía un riesgo político. Correspondió a los representantes de la comunidad del comité ejecutivo del proyecto defender el programa, sus valores y servicios. No sólo llegaron a cambiar la mentalidad del alcalde sino que, desde entonces, se ha vuelto en el principal promotor del proyecto[23]. Por tanto, los mecanismos de rendición de cuentas necesitan ser respaldados por usuarios vigilantes para contrarrestar la presión política de los conservadores que discrepan de los valores que fundamentan los derechos y la salud sexual y reproductiva.

De manera similar, en la misma ciudad, los médicos de las postas empezaron a ejercer presión para retornar a patrones anteriores de horarios que servían a sus propios intereses más que a los de sus pacientes. Se las arreglaron para salir airosos debido a la falta de supervisión, hasta que el asunto fue abordado por la ONG que asesoraba el proyecto[23]. La movilización de los ciudadanos que apoyan los servicios de salud sexual y reproductiva puede, de esta manera, contrarrestar intereses creados y los efectos, algunas veces negativos, de la transferencia de personal o el cambio de regímenes políticos.

La transformación de la percepción que los participantes tienen de sí mismos

Los que están comprometidos en buscar la rendición de cuentas para la gente marginada, observan que el mismo proceso de formación de políticas puede transformar sus propios esfuerzos de representación, tanto de manera positiva como negativa. Los usuarios de servicios de salud mental y los discapacitados en el RU, hallaron que a menudo quienes toman decisiones no las tomaban seriamente por lo tanto no los veían capaces de involucrarse en los procesos de políticas[14]. Los usuarios eran acusados de presentar problemas personales que no reflejaban el panorama general. Sin embargo, cuando se organizaron para demostrar que sus temas no eran casos aislados individuales sino parte del sesgo sistemático en las políticas, fueron rotulados como "activistas" y se les acusó de no ser representativos de la gente en cuyo nombre presentaban sus argumentos. Dinámicas similares sirven para restringir las demandas de legitimidad de parte de feministas y otras mujeres que promueven y defienden la salud de las mujeres e intentan cambiar los ordenamientos sociales a favor de los derechos de las mujeres. Una manera en que las autoridades retienen el poder es a través de la legitimación de la gente como beneficiarios y consumidores, sólo si son individuos pasivos, dependientes y aislados, en vez de ciudadanos y participantes activos en su propia atención de salud.

Con respecto a la sexualidad y la reproducción, son similares las relaciones de poder que definen las normas que mantienen la desigualdad dentro de las relaciones íntimas, los hogares, las comunidades, los servicios de salud y otras instituciones sociales[24]. En tanto que los proveedores de salud y los sistemas de salud absorben y replican estas normas sociales, es necesario hacer un compromiso entre los valores sostenidos por los funcionarios públicos y los valores mantenidos por el público en general[14]. Debe revisarse periódicamente los lineamientos, las formas de supervisión y los programas de capacitación, teniendo en mente los valores con los cuales se les diseña e implementa. La capacitación de los proveedores de servicios, de manera conjunta, en equipos, puede facilitar la implementación de nuevas estrategias por cuanto promueve la comprensión grupal y el apoyo al cambio. Esto contrasta con el entrenamiento de puntos focales de género que regresan a implementar estrategias en organizaciones que no entienden ni apoyan los cambios sugeridos[25].

La mejora en la representación de los grupos marginados puede cambiar no sólo la manera cómo los proveedores de servicios perciben a los grupos marginados sino también cómo la gente marginada se percibe a sí misma. En Andhara Pradesh, India, un proyecto piloto dirigido por la Academia de Estudios de Enfermería, tuvo como objetivo lograr que el sistema de salud mejorara la rendición de cuentas realzando las interacciones entre los proveedores y las mujeres de las castas más bajas (Dr. Prakasamma, comunicación personal, 9 de noviembre de 2002). Se formó *Mahila arogya sanghas* (grupos de salud de mujeres) y se les dio capacitación para fomentar la cohesión del grupo, el empoderamiento, la autoestima y las habilidades de negociación. Estas sesiones de capacitación se centraron en el género, la salud y la acción social (cómo llevar a cabo una reunión, cómo hablar en público, cómo abordar y tratar a funcionarios del gobierno). Se usó medidas simbólicas para afirmar a las mujeres como representantes de la comunidad; el doctor del gobierno local quien había estado involucrado en la capacitación, firmó y selló las credenciales de identificación que legitimaban sus habilidades, y cada *sangha* también tenía su propia banderola que simbolizaba su orgullo por el trabajo que hacían.

Posteriormente, las mujeres de la *sangha* acompañaron a una mujer con trabajo de parto obstruido al hospital gubernamental más cercano a mitad de la noche. Cuando les impidieron entrar a los terrenos del hospital, enrrostraronn sus credenciales al guardián, que quedó tan impresionado que las dejó entrar. Cuando llegaron a la sala, la enfermera les informó que el doctor no estaba disponible. Cuando las mujeres mostraron sus credenciales nuevamente, la enfermera, luego de revisarlas, fue a buscar al doctor. No sólo fueron salvados la madre y el niño, sino que las mujeres de la *sangha* se convirtieron posteriormente en las heroínas de la aldea.

Así, el apoyo a las medidas de rendición de cuentas que alientan la participación activa de

grupos marginados puede promover la asertividad y el empoderamiento de aquéllos socialmente excluidos. De esta forma, la ciudadanía es alimentada por acciones sociales que fomentan un sentido de agencia y de titularidad de derechos[14,26]. El contar con ahorros propios y el pertenecer a un grupo comunitario o a un sindicato laboral son factores críticos que motivan un sentimiento de titularidad de derechos en las mujeres, así como la capacidad de expresarlo[16]. Los esfuerzos colectivos también ayudan a proteger a los individuos que se colocarían en una situación de riesgo si luchan contra las autoridades por cuenta propia. Algunas miembros de la *sangha* en el norte de Karnataka se han dado cuenta de que cuando acompañan a las mujeres pobres al centro de salud, su presencia colectiva evita que los trabajadores de salud exijan cobros informales[27].

Así, resulta crítico alimentar un sentimiento de titularidad de derechos, considerando que muchos temas de salud sexual y reproductiva no son abordados en parte porque están subvalorados y están cubiertos por el silencio en las comunidades, los servicios y entre las propias mujeres. Si se acepta que la "falta de poder y la inferioridad social de cara al mundo oficial son en sí mismas dimensiones de la pobreza"[28], el empoderamiento resultante de la participación en iniciativas de rendición de cuentas contribuye a una mejor salud y a mejores sistemas de salud, y también son fines importantes en sí mismos.

Se necesita información, diálogo y negociación para ayudar a asegurar que los procesos de rendición de cuentas, en general, mejoren la oferta de servicios de salud y, en particular, que éstos respondan en mayor medida a la salud sexual y reproductiva de grupos marginados.

Información

En el campo de la atención de salud, el conocimiento, sea tradicional o biomédico, es especializado y algunas veces incierto. No siempre se puede predecir las enfermedades y los males, y la experticia no siempre puede curar a los dolientes. Sin embargo, los proveedores de salud generalmente saben más sobre la salud y el cuidado de la salud que sus pacientes, y la información que brindan sobre el diagnóstico, las opciones de tratamiento y el seguimiento puede ser un poderoso factor que determine la experiencia sobre la enfermedad y el cuidado. En Mumbai, India, la investigación sobre las interacciones entre cliente y proveedor en un servicio de salud de mujeres reveló que aunque se informó al 67% de los pacientes sobre sus problemas, sólo al 43% se le dijo cuáles eran las investigaciones requeridas y al 35% se les informó en detalle sobre su tratamiento, y sólo el 28% de los proveedores se cercioraron de que sus pacientes les habían entendido[29]. Con una comunicación tan dispar, no es de sorprenderse que la «adhesión» al tratamiento o las visitas de seguimiento sean tan bajas entre las mujeres pobres. Estos hallazgos reflejan los resultados de las investigaciones sobre calidad de atención en los programas de planificación familiar a través del mundo[10,11].

El acceso a la información no sólo es esencial para mejorar la conciencia sobre la salud y el acceso a ella, sino que es imposible movilizarse hacia el cambio sin ella. La gente no puede demandar servicios y rendición de cuentas si no sabe lo que necesita y a qué tiene derecho. Pero la información, por sí sola, no puede conducir al cambio, a menos que se brinde apoyo a los derechos de acceso a la información y que las burocracias estén preparadas para responder a dichos pedidos. En la India, se han promulgado leyes de Derecho a la Información que permiten al público obtener documentos gubernamentales, y leyes de Transparencia en las Adquisiciones que facultan al público a tener acceso a la información sobre ofertas de licitaciones. No obstante, el gobierno no ha promovido el conocimiento de dicha legislación en las burocracias y entre el público[30,31]. Más aún, en la versión nacional de la legislación sobre Derecho a la Información, no existen sanciones contra las burocracias que no responden o un proceso independiente de apelaciones si el acceso es negado[32].

Teniendo en mente estas advertencias, se puede mejorar la conciencia y la rendición de cuentas a nivel de programa publicitando datos sobre el centro de salud. Estos datos son generalmente acopiados por sistemas de monitoreo supervisados por administradores de salud. En estos casos, la rendición de cuentas tiende a fluir hacia arriba, de

los proveedores de salud a los administradores. Sin embargo, los datos de este tipo, si son presentados de manera apropiada, pueden fomentar un sentido de conciencia y de propiedad de los servicios de salud por las comunidades.

De manera parecida, la auditoría también puede contribuir al comportamiento positivo usando la información para reforzar el aprendizaje y el diálogo. Pero esto puede no ser aconsejable en algunos contextos. En Indonesia se introdujo, a nivel distrital, auditorías materno-perinatales de casos difíciles, para que sirvan como una herramienta de aprendizaje[33]. A pesar de las directivas que enfatizaban que no se trataba de una herramienta correctiva, un joven doctor fue criticado por los especialistas por adoptar acciones para salvar vidas que "sólo estaban permitidas a los especialistas", a pesar de la ausencia de transporte para llevar a la mujer al hospital. Dichas experiencias han producido una resistencia a notificar los casos para la auditoría, frustrando, de esa forma, la intención original. La supervisión y las revisiones de desempeño pierden sus funciones de apoyo cuando son realizadas en organizaciones jerárquicas cargadas de divisiones sociales. Debe comprenderse el derecho de los actores menos poderosos a no participar en tales contextos, y se deben encontrar otras formas de llevar a cabo estos ejercicios útiles.

Las cartas de los ciudadanos son una forma de definir las expectativas y las reglas del compromiso, idealmente de manera que protejan los derechos de los actores menos poderosos. Las cartas de los pacientes difunden información que define los estándares que los proveedores deben comprometerse a mantener y, por lo tanto, cambian la rendición de cuentas hacia abajo, de los proveedores a los pacientes. Las cartas también pueden delinear los derechos de los trabajadores de salud para asegurar mejores condiciones laborales. Sin embargo, estos mecanismos pueden ser amenazantes para los profesionales de salud, que forman grupos de presión poderosos, especialmente si van tan lejos como al establecimiento de mecanismos para acoger quejas que pueden conducir a investigaciones y castigos. A fin de abordar sus objeciones en Mumbai, se enfatizó la necesidad de una mejor comunicación, en lugar de la demanda de rendición de cuentas de parte de ellos[29]. El desarrollo de dichas cartas públicas puede requerir de largos períodos de negociación y preparación para garantizar que los trabajadores y los establecimientos de salud puedan abordar las demandas de los pacientes.

Diálogo y negociación

Varias metodologías de calidad de atención en salud reproductiva han usado enfoques participativos para orientar el diálogo y la negociación a través de la formación de grupos de pares y el desarrollo de estándares y normas profesionales[10,11]. Tales esfuerzos pueden ayudar a mitigar los sesgos y las barreras sociales entre los profesionales de salud, mejorando así la rendición de cuentas. Por ejemplo, al abordar la salud de las mujeres en Mumbai, se capacitó conjuntamente a las enfermeras(os) y doctoras(es). Esto fue valorado, en tanto ambos grupos sintieron que era la primera vez que, en una situación de entrenamiento, habían podido aprender juntos, y unos de otros. Las doctoras(es) obtuvieron aportes de las enfermeras(os) auxiliares-parteras (ANMs, por sus siglas en inglés) sobre los problemas sociales de las pacientes mujeres, mientras que las enfermeras apreciaron las perspectivas clínicas compartidas por las doctoras(es). Dichos intentos de fomentar el diálogo ayudan a traerse abajo las concepciones erróneas que existen dentro del mundo jerárquico de los servicios de salud. Antes de este proceso de entrenamiento colaborativo, las doctoras(es) dudaban de compartir información con las ANMs, dado que no querían promover "prácticas a medias"[29].

También pueden prevalecer los supuestos negativos entre los proveedores de servicios de salud y las pacientes. Los proveedores en el Norte y Noreste de Lincolnshire, RU, pensaban que los adolescentes debían aceptar los servicios, así no cubrieran, de manera especial, las necesidades de los jóvenes, dado que tenerlos era mejor que no tener servicio alguno[34]. En la India se percibe, a veces, que los pacientes pobres mendigan la atención, y que deberían estar agradecidos por cualquier cosa que reciban de manos del Estado, sin importar su calidad[29]. Aún más dañino es el supuesto de que las mujeres pobres tienen la culpa en la generación de la pobreza por no usar

anticonceptivos[25]. El diálogo puede alentar a que la gente reflexione sobre estos supuestos. Cuando los proveedores de salud escuchan los puntos de vista de personas que provienen de posiciones sociales muy diferentes, algunas veces llegan a comprender las limitaciones de sus propias perspectivas sobre lo que es mejor para los intereses de sus pacientes.

La investigación participativa en Mumbai alentó a las ANMs a que escuchen a sus clientes, a que reflexionen sobre las vidas que llevan las mujeres y a que exploren las razones tras los problemas de las mujeres. Como resultado, dejaron de percibir a las mujeres que atienden como culpables o como casos problemáticos que necesitaban seguir órdenes. Empezaron a ver a sus pacientes como mujeres similares a ellas mismas. El conocimiento revelador es obtenido de la exploración guiada de su entorno, y el énfasis en el mejoramiento de las destrezas en la comunicación y en la facilitación de grupos con sus pacientes, fue también útil en las interacciones con sus colegas y supervisores. En sus hogares, las ANMs aprendieron a compartir responsabilidades, en lugar de cargar con todo el trabajo solas y a escuchar a los demás, especialmente a las adolescentes en sus familias[35]. Esto muestra cómo el mejorar la rendición de cuentas en una esfera puede tener efectos en otras esferas.

Los esfuerzos para mejorar el diálogo entre trabajadores de salud y comunidades pueden conducir a alianzas que negocian con autoridades de niveles superiores para obtener mejoras. En el departamento de Oruro, Bolivia, Save the Children/ EE.UU. trabajó para desarrollar un sistema de información basado en la comunidad. Ello condujo a una mejor apreciación de la problemática de salud materna e infantil, ayudando a establecer prioridades para la acción comunitaria, el acceso a recursos y la evaluación del progreso. Ello alentó a los miembros de la comunidad a expresar sus inquietudes al personal de salud del hospital: ¿Por qué el hospital seguía cobrando por las consultas cuando los medios de comunicación habían anunciado que el seguro nacional de salud daba cobertura a los niños menores de cinco años y a las mujeres embarazadas? La enfermera del distrito explicó que, dado que el alcalde municipal no había reembolsado al hospital por sus costos, el hospital se había visto obligado a cobrar por los servicios. Los líderes de la comunidad se reunieron con el alcalde para insistir en que le pagara al hospital lo que le debía. Él lo hizo así y ahora el costo de los servicios se cubre con los fondos municipales, según la política nacional[36]. De esta forma, las comunidades y los trabajadores de salud pueden trabajar juntos para formar nuevos tipos de relación, que establecen precedentes y una historia colectiva que refuerza las demandas de rendición de cuentas.

De modo parecido, al ser apoyadas por supervisores de mentalidad más flexible, las ANMs en la zona rural de Karnataka, reaccionaron frente al alejamiento de las metas anticonceptivas de formas más sensibles a las necesidades de la comunidad. A pesar del aumento en las cargas laborales, ganaron el respeto tanto de las comunidades como de los supervisores, lo que sirvió para transformar su trabajo para bien[37]. Sin embargo, para que esta desviación positiva sea reforzada, es necesario examinar críticamente las jerarquías dentro del sistema de atención de salud. A pesar de lo importantes que son, es ingenuo pensar que los esfuerzos participativos que buscan mejorar las relaciones paciente-proveedor pueden abordar por sí solos todas las restricciones a las que se enfrenta la oferta de servicios en contextos de pobreza.

Desafíos

En este sentido, las medidas de rendición de cuentas requieren que quienes tienen el poder estén abiertos a los cambios que éstas conllevan. Los comités de vigilancia de la salud en Bangladesh, formados como un esfuerzo conjunto Estado-comunidad-ONG para monitorear el desempeño de servicios, se encontró en problemas porque se juzgaba que los miembros del comité no estaban suficientemente calificados como para cuestionar a las doctoras(es). Más aún, no contaban con mecanismos para monitorear a la ONG que dominaba la iniciativa. La jornada de un día de entrenamiento probó ser insuficiente para habilitar al comité con las habilidades técnicas y organizativas necesarias para ejercer presión para el cambio. En consecuencia, su rol se limitó a mejorar la conciencia sobre salud de la comunidad y motivar a los usuarios pobres a

que accedan a los servicios. Cuando se intentó en serio de realizar un monitoreo de desempeño, éste se restringió a la limpieza de las instalaciones, en vez de ocuparse del desempeño profesional o de servicio de los proveedores[26]. Los gobiernos deben de tener la apertura para apoyar y ampliar de manera efectiva las medidas de rendición de cuentas a fin de que ellas tengan éxito. Para que así sea, se debe mostrar más sensibilidad hacia el contexto social y los intereses estratégicos de los diferentes tipos de proveedores de salud involucrados[38-40].

Los procesos participativos pueden abrir los mecanismos de rendición de cuentas para que representen a segmentos más amplios de la sociedad y a los actores menos poderosos dentro de los servicios de salud, haciéndolos más sostenibles, efectivos y equitativos. Sin embargo, no se les puede tratar como soluciones carentes de problemas, porque los métodos participativos no son automáticamente inclusivos. Pueden ser usados activamente para construir fronteras en torno a comunidades o a grupos de usuarios a través de la deslegitimación de algunas voces y no de otras[41]; reflejando e incluso exacerbando las divisiones sociales que marcan a las comunidades[42]. En las etapas tempranas del proyecto que buscó mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud municipales brasileños en Santa Barbara d'Oeste, la formación y participación de una organización de mujeres local ayudó a asegurar que las inquietudes de las mujeres sobre la salud reproductiva estuvieran representadas en el comité del proyecto y en sus intervenciones. No obstante, no fue sino hasta el momento en que las mujeres más pobres de la comunidad participaron que se abordaron los temas de acceso[23]. Las personas comprometidass en lograr la rendición de cuentas deben estar preparadas para cuestionar quién está representado y quién puede haber sido dejado fuera, a fin de garantizar que las estructuras de las políticas y de los programas contribuyan a la causa de la equidad.

Observaciones finales

Las medidas de rendición de cuentas, como parte de los esfuerzos regulatorios o de supervisión, están relativamente desatendidas dentro de los sistemas de salud en comparación con los esfuerzos para organizar y financiar los servicios[43]. Ellas deberían estar desempeñando roles decisivos para asegurar que los programas para la atención a la salud sexual y reproductiva sean implementados adecuadamente de manera que respondan a las necesidades. Teniendo en consideración el tiempo, la capacitación, la supervisión y la potencial reorganización de la administración del servicio que acarrean, es necesario comprometer recursos sostenidos para ello.

En términos de investigación, es preciso ocuparse de la comprensión de la manera en que están funcionando actualmente la capacidad de respuesta y el cumplimiento de las normas dentro de los sistemas de salud. Esto implica analizar qué tipo de información se recoge y cómo es usada por los sistemas de monitoreo y supervisión. Esto tiene que seguirse con la revisión del tipo de acciones que se está empleando para premiar a las buenas prácticas y amonestar a las malas. Para tener impacto, se debe transmitir de manera efectiva la reflexión y el aprendizaje de dichas experiencias a grupos más grandes.

Este artículo se ha centrado en la manera en que los esfuerzos para mejorar la rendición de cuentas puede asociar a las comunidades con trabajadores de salud de niveles inferiores para mejorar la entrega de servicios de salud en la salud reproductiva. La visión de servicios de salud reproductiva, según fue codificada en El Cairo, implica comprometerse con las mujeres como usuarias de servicios de salud y como socias paritarias no sólo en las relaciones sexuales, en las familias y en las comunidades, sino también en el planeamiento e implementación de servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, las bajas expectativas y la pasividad de las mujeres, el paternalismo histórico de los profesionales de la atención de salud y la reducida participación de la comunidad en el diseño de la mayoría de los programas de salud han limitado la eficacia de las reformas previstas por las promotoras y defensoras de la salud reproductiva[11]. La rendición de cuentas sirve como un recurso importante para la mediación de las relaciones entre los usuarios de servicios, los proveedores y los administradores para que superen estos desafíos. Ello se logra mejor a través

de procesos negociados, iterativos que representan a los participantes involucrados, sus relaciones y los contextos sociales en los que operan. En ello yacen sus limitaciones, pero también su poder dinámico.

Reconocimientos

Agradezco a Hilary Standing, Andrea Cornwall, Gita Sen, Jennifer Jalal, Aditi Iyer y Mary Bachman por sus consejos y apoyo. Una versión previa de este artículo fue publicada como documento de trabajo del Harvard Centre for Population and Development Studies, Working Paper, Vol. 13, No. 1. Los comentarios del personal docente del Centro fueron recibidos con aprecio. La presente investigación es apoyada financieramente por una Young Researchers Grant de la Alliance for Health Systems and Policy Research, que es una iniciativa de Global Forum for Health Research, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud.

Referencias

1. Goetz AM, Gaventa J. Bringing Citizen Voice and Client Focus into Service Delivery. IDS Working Paper 138. Brighton: Institute of Development Studies, 2001.
2. Mackintosh M. Informal regulation: a conceptual framework and application to decentralized mixed health care systems. In: Mackintosh M, Roy R, editors. Economic Decentralization and Public Management Reform. Cheltenham: Edward Elgar, 1999.
3. Mackintosh M, Gilson L. Nonmarket relationships in health care. Open Discussion Papers in Economics. No. 19. Milton Keynes: Open University, 2000.
4. Brugha R, Zwi A. Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies. Health Policy and Planning 1998;13(2):107–20.
5. Schedler A. Conceptualising accountability. In: Schedler A, editor. The Self-Restraining State: Power and Accountability in New Democracies. London: Lynne Reinner, 1999.
6. O'Donnel G. Horizontal accountability in new democracies. In: Schedler A, editor. The Self-Restraining State: Power and Accountability in New Democracies. London: Lynne Reinner, 1999.
7. Newell P, Bellour S. Mapping Accountability: Origins, Contexts and Implications for Development. IDS Working Paper 168. Brighton: Institute of Development Studies, 2002.
8. Goetz AM, Jenkins R. Hybrid forms of accountability: citizen engagement in institutions of public-sector oversight in India. Public Management Review 2001;3(3):363–83.
9. Cornwall A, Lucas H, Pasteur K, editors. Accountability through participation: developing workable partnership models in the health sector. Institute of Development Studies Bulletin 200031(1).
10. Cornwall A, Welbourn A, editors. Realising Rights: Transforming Approaches to Sexual and Reproductive Well-Being. London: Zed Books, 2002.
11. Haberland N, Measham D, editors. Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning. New York: Population Council, 2002.
12. Waters H, Hatt L, Axelson H. Working with the Private Sector for Child Health. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington DC: World Bank, 2002. Cited in: Peters, DH. The role of oversight in the health sector: the example of sexual and reproductive health services in India. Reproductive Health Matters 2002; 10(20):82–94.
13. Schneider A, Ingram H. Social construction of target populations: implications for politics and policy. American Political Science Review 1993;87(2):334–47.
14. Barnes M. Users as citizens: collective action and the local governance of welfare. Social Policy and Administration 1999;33(1):73–90.
15. Scott J. Weapons of the Weak: Everday Forms of Peasant Resistance. New Haven: Yale University Press, 1985.
16. Petchesky RP, Judd K, editors. Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives Across Countries and Cultures. London: Zed Books, 1998.
17. Oakley A. Who cares for health? Social relations, gender, and the public health. Journal of Epidemiology and Community Health 1994;48:427–34.
18. Cornwall A. Beneficiary, Consumer, Citizen: Perspectives on Participation for Poverty Reduction. SIDA Studies No. 2, 2000.

19. Wajcman J. Delivered into men's hands? The social construction of reproductive technology. In: Sen G, Snow R, editors. Power and Decision: The Social Control of Reproduction. Boston: Harvard School of Public Health, 1994.
20. Walsh J. Contraceptive choices: supporting effective use of methods. In: Ravindran TKS, Berer M, Cottingham J, editors. Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception. London: Reproductive Health Matters, 1997.
21. Heise LL. Beyond acceptability: reorienting research on contraceptive choice. In: Ravindran TKS, Berer M, Cottingham J, editors. Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception. London: Reproductive Health Matters, 1997.
22. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organising delivery care: what works for safe motherhood? Bulletin of World Health Organization 1999;77(5):399–406.
23. Díaz M, Simmons R, Díaz J, et al. Action research to enhance reproductive choice in a Brazilian municipality: the Santa Barbara Project. In: Haberland N, Measham D, editors. Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning. New York: Population Council, 2002.
24. Cottingham J, Myntti C. Conceptual mapping and evidence. In: Sen G, George A, Östlin P, editors. Engendering International Health: The Challenge of Equity. Cambridge: MIT Press, 2002.
25. Ramachandran V. Mainstreaming gender in the health sector: reflections on South Asian experience. New Delhi, 2001. (Unpublished)
26. Mahmud S. Making rights real in Bangladesh through collective citizen action. Institute of Development Studies Bulletin 2002;33(2):31–39.
27. Gender and Health Equity Karnataka Case Study Planning Meeting, Bangalore, 9 November 2002.
28. McGee R, Norton A. Participation in Poverty Reduction Strategies: A Synthesis of Experience with Participatory Approaches to Policy Design, Implementation and Monitoring. IDS Working Paper 109. Brighton: Institute of Development Studies, 2000.
29. Khanna R, de Koning K. Women's health, human rights and the public health system: a case study of the women centred health project. (Unpublished)
30. Comparative Table of RTI Laws and Bills in India. Commonwealth Human Rights Initiative/Consumer Rights Education and Awareness Trust. Distributed on 10 November 2002.
31. Workshop on Operationalisation of Karnataka Right to Information Act 2000. Commonwealth Human Rights Initiative/Consumer Rights Education and Awareness Trust. Bangalore, 10 November 2002.
32. Gopalkrishnan A. Information by Right. Frontline 2003; (17 January):100–102.
33. Geefhuysen CJ. Safe motherhood in Indonesia: a task for the next century. Berer M, Ravindran TKS, editors. Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues. London: Reproductive Health Matters, 1999.
34. Westerby M, Harris J. At your service: participatory evaluation in practice. In: Cornwall A, Welbourn A, editors. Realising Rights: Transforming Approaches to Sexual and Reproductive Well-Being. London: Zed Books, 2002.
35. Khanna R, de Koning K, Khandekar S, et al. ''As our friends or sisters'': the role of participatory research in sensitising Auxiliary Nurse Midwives to a woman-centred approach to health care in Mumbai, India. In: Cornwall A, Welbourn A, editors. Realising Rights: Transforming Approaches to Sexual and Reproductive Well-Being. London: Zed Books, 2002.
36. Howard-Grabman L, Willis CP, Arteaga E, et al. A dialogue of knowledge approach to better reproductive, sexual and child health in rural Andean A George / Reproductive Health Matters 2003;11(21):161–170 communities. In: Cornwall A, Welbourn A, editors. Realising Rights: Transforming Approaches to Sexual and Reproductive Well-Being. London: Zed Books, 2002.
37. Murthy N, Ramachandar L, Pelto PJ, et al. Dismantling India's contraceptive target system: an overview and three case studies. In: Haberland N, Measham D, editors. Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning. New York: Population Council, 2002.
38. Nichter M. The primary health centre as a social system: primary health care, social status, and the issue of team-work in south Asia. Social Science and Medicine 1986;23(4):347–55.
39. Atkinson S, et al. Going down to the local: incorporating social

organisation and political culture into assessments of decentralised health care. Social Science and Medicine 2000;51: 619–36.
40. Tendler J. Good Government in the Tropics. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.
41. Cornwall A. Locating citizen participation. Institute of Development Studies Bulletin 2002;33(2):49–58.
42. Guijt I, Kaul Shah M, editors. The Myth of Community: Gender Issues in Participatory Development. London: Intermediate Technology Publications, 1998.
43. Peters DH. The role of oversight in the health sector: the example of sexual and reproductive health services in India. Reproductive Health Matters 2002;10(20):82-94.

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*
TEMAS DE
SALUD
reproductiva

COMENTARIOS

Consideraciones sobre la Sexualidad y el Género en el contexto del Sida

Gary W. Dowsett

Profesor Asociado, Department of Sociomedical Sciences, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, NY, USA. Correo electrónico: gd2106@columbia.edu

Resumen: *el género se ha convertido en una de las principales herramientas conceptuales para comprender la pandemia del VIH a nivel global. Como tal, ofrece una manera poderosa de ver la estructura de las relaciones entre hombres y mujeres como un factor central en varias epidemias y refuerza nuestra comprensión de la infección del VIH como algo más allá de la experiencia individual de la enfermedad. Sin embargo, como concepto, el género tiene su lado ciego. En este artículo se plantea que hay cuatro temas centrales, a nuestra comprensión, del movimiento y el desarrollo de la pandemia del VIH, los cuales no necesariamente se entienden mejor mediante un análisis que usa solamente el género. Ellos son: la vulnerabilidad de las mujeres, la culpabilidad de los hombres, los intereses sexuales de los jóvenes y las culturas sexuales marginadas. Se plantea usar la sexualidad como marco conceptual para analizar estos temas y pretende aumentar la capacidad de responder a la crisis del VIH/SIDA agregando al género las novedades en las investigación crítica sobre la sexualidad.*

Palabras clave: roles de género y temas de género, sexualidad, VIH/SIDA, teoría social.

Puede que no sorprenda decir que el género y la sexualidad son cosas distintas. Pero esas diferencias son más profundas que la conciencia que solemos tener de ellas, y tienen consecuencias para nuestra forma de entender las diversas epidemias de VIH en el mundo. El género, más que cualquier otra variable –o estructura social como podríamos llamarle con mayor utilidad– domina la pandemia[1]. El Diccionario Inglés de Oxford define el género como, "[e]n uso mod. (esp. feminista), un eufemismo de sexo de un ser humano, con la intención usual de enfatizar las distinciones sociales y culturales, en oposición a las biológicas, entre los sexos". En este sentido, el género puede a veces entenderse simplemente en referencia a las características de la división de los sexos biológicos en dos categorías distintas de personas con diferentes atributos y/o capacidades y posiciones (generalmente desiguales), derechos y recursos en la sociedad.

Sin embargo, podemos reconocer el género como algo muy poderoso cuando reconocemos que hay algo sumamente sistemático sobre esta división (y esta desigualdad), que está profundamente enraizado en la historia y la cultura de muchas sociedades como para considerarlo accidental o como "opciones" culturales. Podemos considerarlo como algo que apuntala la mismísima organización y los sistemas de la vida cotidiana de manera que parecen «naturales» y que no siempre son obvias para nosotros –es como si la vida siempre hubiese sido así–. Es esta capacidad organizativa y la caracterización histórica las que pueden ser llamadas estructura social; bajo este uso, el género tiene más afinidad con raza/etnicidad o edad/generación o clase social/casta al actuar como un principio organizativo: nos trasladamos desde el reconocimiento de las diferencias y la división a la producción de la diferencia y el ordenamiento de esa división (y desigualdad). Estas dos nociones de

género –una como descripción de la diferencia y la división, la otra como principio estructurante– son importantes en la comprensión de lo que está sucediendo en la pandemia global del VIH.

El género da sustento a la mayoría de los modelos epidemiológicos que empleamos en la descripción del VIH/SIDA. Se le emplea de manera laxa para describir la epidemia en el Asia y el África en particular y, como consecuencia, arrastra a otros infectados con, y afectados por, el VIH hasta el final en una diversidad de oposiciones binarias y efectos subsecuentes. Por esto se quiere decir que una de las principales formas de describir el VIH/SIDA es distinguir entre tasas de infección entre mujeres y entre hombres como categoría primaria de análisis. Por cierto, esto es importante porque las mujeres se están infectando a mayores velocidades que los hombres en muchos países y regiones. Esa diferencia se debe, en cierta medida, a la biología (parcialmente porque las mujeres pueden infectarse más fácilmente que los hombres durante el coito vaginal), pero también se debe a causas estructurales, en particular al acceso casi universalmente desigual de las mujeres a los recursos sociales y económicos que suelen conducir a la impotencia, a la mayor pobreza y a la desigualdad, y a sus consecuencias (p.ej., la violencia sexual, el recurso al trabajo sexual como fuente de ingresos, y así). Estos análisis estructurales más profundos del género son cruciales para la comprensión del crecimiento de la pandemia[2].

Sin embargo, debido a la atención centrada en el género, con frecuencia quedan ocultas otras formas estructurales en las que se transmite el VIH. Por ejemplo, en muchos lugares es la gente joven la que está en mayor riesgo. Si bien las mujeres jóvenes están en mayor riesgo, los hombres jóvenes en estos lugares también han incrementado el riesgo; así, la edad/generación también está teniendo un efecto como el género. De modo similar, en muchos países la epidemia ha actuado, y aún actúa, poderosamente entre personas *gay* y otros hombres homosexualmente activos (generalmente denominados "hombres que tienen sexo con hombres" o "HSH"). Y las repúblicas del Asia Central están ahora experimentando rápidos aumentos en las tasas de infección del VIH como producto del creciente uso de las drogas inyectables, el aumento del trabajo sexual y el crecimiento rápido de las enfermedades de transmisión sexual (cofactor importante en la infección por VIH).

Este artículo sugiere que el género debe ocupar su lugar entre éstas y otras fuerzas estructurales que apuntalan la creciente pandemia del VIH, tales como la desigualdad entre los países desarrollados y en desarrollo, la pobreza, la migración masiva y los movimientos de refugiados, la guerra, y las transiciones sociales y culturales que la globalización ha traído consigo. Pero el argumento central de este artículo es que la sexualidad –también como estructura social– está más desatendida que muchas de estas fuerzas debido, en parte, a que nuestras formas de pensar el género suelen incluir u oscurecer nuestra conceptualización clara de la sexualidad.

Parece ser incuestionable la primacía y lógica del género. Por supuesto, hay dos sexos biológicos, masculino y femenino. Cualesquiera excepciones a ello no hacen sino comprobar la regla. Sin embargo, las diferencias entre el cuerpo humano masculino y femenino son, de hecho, mínimas: dos ojos, dos orejas, una boca, una columna vertebral, dos piernas, un corazón, un cerebro, y así. Es cierto que hay diferencias: por ejemplo, las mismas células genitales fetales se subdividen en dos tipos de genitales usualmente distintos, aunque las personas nacidas con ambos sexos están cuestionando los intentos biomédicos para ubicarlos, de manera forzada, en uno de los dos sexos. Por cierto, son muchas las culturas, tales como las de la India, Indonesia, Tonga, Filipinas, Tailandia, Australia, Norteamérica y Europa (y más) que tienen formas sociales, tanto de larga data como recientemente realzadas tecnológicamente, en las que la división nítida entre masculino y femenino queda desvaída, revertida o transformada. Estas formas están siendo crecientemente reunidas bajo el término transgénero (no sin alguna argumentación en cuanto a que el término es claramente "occidental" y, por lo tanto, posiblemente inapropiado). En otras palabras, muchas culturas parecen haber encontrado y están encontrando formas de vivir con más de dos sexos.

La literatura que se ocupa de la diferencia psicosocial del sexo sí mide las diferencias menores, pero en el grueso de esta investigación las mujeres

y los hombres son, de lejos, más parecidos que diferentes. No obstante, lo que sea que tengamos en común, son nuestras diferencias las que dominan el discurso, a tal punto que a menudo dejamos de ver las diferencias más dramáticas dentro de un mismo sexo. Si incluímos los rasgos conductuales, las diferencias a encontrar en la comparación del mismo sexo a través de las culturas con frecuencia pesan más que las simulitudes entre hombres y mujeres en cualquier cultura. Por ejemplo, considérese el muy comentado contraste entre lo reservado del comportamiento público de las sociedades predominantemente anglosajonas y el derivado de las culturas latinas en materia sexual o en las respuestas emocionales demostrativas frente a los eventos. Los hombres y las mujeres al interior de cada cultura son más parecidos en términos de conductas y rasgos culturales de lo que es cada sexo a través de las culturas. También sabemos que las así llamadas características y conductas masculinas y femeninas son variables y cambian a lo largo del tiempo y en distintas circunstancias; no son sistemáticas a través de las culturas y de la historia. Tómese como ejemplo simple el uso del cabello largo.

Podría seguir haciendo la lista de las similitudes y diferencias o la falta de ellas. El punto es, sin embargo, la predominancia de la idea de la "diferencia", y la subordinación de la noción de "similitud" en nuestra forma de comprender el género. El resultado es que posicionamos el género, cuando se le entiende como diferencias de sexo, en un lugar central en nuestros análisis casi automáticamente, en vez de hacerlo críticamente. Por ejemplo, la noción de que las mujeres son más pobres, económicamente, que los hombres, suele verse universalmente como una clara y definitoria diferencia de género; pero hay muchas mujeres muy ricas en el mundo y muchísimos más hombres muy pobres; el género puede no ser la única característica definitoria de la pobreza y de la distribución desigual de la riqueza, y pueden estar escondiéndose otras estructuras subyacentes de desigualdad económica.

Este foco en el género como diferencias de sexo es la primera de las principales características del género que dominan nuestro pensamiento sobre el VIH/SIDA. Ha sido un análisis muy útil hasta cierto punto, pero con frecuencia está deficientemente utilizado como reemplazo de la palabra "mujer"; es decir, lo que está pasando a las mujeres en el VIH/SIDA como grupo, más que lo que está produciendo diferencias entre la vulnerabilidad entre hombres y mujeres frente a la infección, y la experiencia interconectada de la pandemia. Los análisis "Género = mujeres" han ofrecido abundante descripción útil sobre la situación de las mujeres. Muy pocas veces han ofrecido mayor análisis sobre cómo se estructura esta situación; y con frecuencia oscurecen las diferencias entre mujeres –por ejemplo, las vidas tremendamente distintas de las mujeres en el Norte y en el Sur–. También nos dicen muy poco sobre los hombres. Esto quiere decir que ponemos la atención en la distinción entre mujeres y hombres primero, antes de enfocar otras distinciones para comprender las epidemias, tales como la orientación sexual, edad/generación, uso de drogas, pobreza, la economía sexual del trabajo sexual o la cultura sexual particular de cualquier sociedad dada.

Pero, con certeza, se trata simplemente de "sexo" utilizado como una variable; el análisis de "género" es otra cosa. Es cierto que uno de los principales dualismos conceptuales que ha dominado el pensamiento del siglo XX es la "distinción sexo-género", idea que no está exenta de controversias (especialmente en el debate feminista)[3-5]. Dicho simplemente, esta distinción refuerza la idea de que el sexo es naturaleza, el género es aprendido. Nacemos biológicamente sexuados, pero la sociedad nos incorpora al género. Nuestros cuerpos son materia prima moldeada para convertirse en una gama de formas culturalmente derivadas, siendo dos las formas principales: mujeres y hombres. Estamos "socializados" (para usar uno de los términos menos precisos de la teoría social) en dos formas de carácter y de comportamiento: femenina y masculina. En esta formulación, el género magnifica la diferencia sexual; pero de ninguna manera actúa así, realmente. Es mucho más complejo, como lo muestran continuamente los trabajos recientes sobre el género del feminismo poscolonial, de los estudios críticos de la masculinidad y la teoría posestructural de la sexualidad[6-9]. Además, los alegatos cada vez más fuertes de las personas transgénero en muchos países hacen aparecer como simplista e inadecuada cualquier

pretensión superficial y superordinada de un sistema de género de dos sexos, más aún si sostenemos la posición de que el género es una distinción socialmente construida.

Son muchas las otras fuerzas implicadas en la producción de vidas y de cuerpos, y poco de la teoría nueva y más compleja sobre el género parece llegar al discurso sobre el VIH/SIDA. La industria del SIDA sigue sustentándose en la vieja comprensión del sustrato biológico del género como un sistema binario que dio forma a la fascinación con la salud sexual y reproductiva a través del siglo veinte. Ésta es la segunda característica clave del género: está obsesionado con la reproducción humana por su lógica. Todo lo demás se considera secundario al hecho de que, como especie, la mayoría de nosotros puede, y de hecho ocasionalmente consigue, concebir. En realidad, somos notablemente infértiles si se piensa en los miles de millones de óvulos y los kilotrillones de espermas que están allá desesperadamente buscándose el uno al otro y fallando, mayormente. Piense un poco sobre cuánto sexo realmente está sucediendo en este preciso minuto en el planeta. Sin duda, la mayor parte (pero en verdad no todos) de estos actos sexuales suceden con la sola idea relativa a la concepción de niños ¡de evitarla!

Buena parte del legado de esta obsesión por la salud reproductiva ha sido heredada por el VIH/SIDA, de los esfuerzos del siglo veinte por mejorar la salud reproductiva, limitar el vertiginoso crecimiento poblacional planetario, reducir globalmente las tasas de mortalidad materna e infantil y, más recientemente, rebajar la carga de las enfermedades de transmisión sexual. Éstas son causas meritorias y han dominado, con justicia, las agendas de organizaciones e instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Population Council y muchas otras agencias nacionales, internacionales y bilaterales. En el curso de los años, la industria de la investigación académica ha desarrollado modelos e instrumentos para monitorear el progreso e investigar la causa y efecto en la arena de la salud reproductiva con algunos grandes éxitos (incluyendo allí los relativos a la infertilidad). En particular, la salud reproductiva de las mujeres ha dominado esta agenda, correcta y lógicamente. Sin embargo, el reto preciso del VIH/SIDA ha sido aprender a pensar en la expresión sexual tal como existe y es moldeada por la cultura y la historia, precisamente donde esa expresión *se cruza* o bien *no se cruza* con la reproducción humana pues es en estos lugares que se encuentra la mayoría de los patrones de transmisión viral peculiares a la infección por VIH. El avance en el nuevo pensamiento sobre la sexualidad (no sólo la salud sexual y reproductiva) ha desafiado los paradigmas y marcos vigentes usados en la conceptualización sobre el sexo (incluyendo la sexología así como la investigación clásica sobre el sexo[10,11]), y es en el contexto de este desafío que se ubica este artículo.

El legado de esta obsesión por la salud reproductiva es una de las grandes máquinas discursivas que impulsan el pensamiento sobre el VIH/SIDA, rara vez cuestionadas o evaluadas en cuanto a su corrección, sesgos o aplicación errada. Matiza nuestra reflexión sobre la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH –uno de los grandes teoremas del VIH/SIDA– y respalda la bifurcación espúrea de las mujeres en, por un lado, fuentes de infección (generalmente trabajadoras sexuales) y, por el otro, víctimas inocentes (usualmente esposas), perspectiva que no es ajena al discurso actual sobre el VIH/SIDA, incluso si ahora se considera que la frase "víctimas inocentes/culpables" está más allá de los límites. Esta manera de pensar sobre las mujeres y el sexo tuvo una descripción famosa de la feminista australiana Anne Summers como "las prostitutas condenadas y la policía de Dios";[12] y regresa con sorprendente frecuencia –aunque en términos menos duros– cuando la situación de las mujeres casadas en el África, por ejemplo, se enmarca en las discusiones de la así llamada epidemia "heterosexual" en ese continente[13].

Más aún, esta obsesión por la salud reproductiva también le da forma a buena parte de nuestra mirada sobre la gente joven; en este caso, acecha torvamente el teorema del embarazo no deseado o adolescente como abyección. Esta obsesión también da sustento a nuestro entendimiento de que la prevalencia del SIDA es históricamente mayor entre los hombres, en un teorema de perpetración; tanto así que el

Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (UNAIDS, por sus siglas en inglés) tituló su Campaña Mundial del SIDA 2000-2001 de la siguiente manera: "Los hombres hacen una diferencia", para tratar de cambiar las nociones prevalecientes de que los hombres son vulnerables al VIH/SIDA. Finalmente, esta focalización de la salud reproductiva en el género amalgama la marginalización de las trabajadoras sexuales y las personas *gay* y otros hombres homosexualmente activos y los regresa al teorema de la desviación; ello debido a que cuando las relaciones entre hombres y mujeres con respecto al sexo constituyen el centro de atención, se les asume que son normales porque son normativas (es decir, más frecuentes y extendidas, el promedio estadístico) y cualesquiera otros intereses sexuales o formas de expresión sexual se convierten en "no normas", no normativas y, por tanto, no "normales".

El género, en este contexto, nos hace un flaco servicio al no conceptuar la sexualidad. Incluso en los análisis más sofisticados del género, la sexualidad suele reducirse al componente de género[14]. Por cierto, la sexualidad frecuentemente queda subsumida dentro del campo emocional y relacional de las familias con roles de género y de formas de heterosexualidad culturalmente prevalecientes. Como consecuencia de ello, por ejemplo, la sexualidad se convierte en una parte menor de la reproducción humana en nuestros programas de educación sexual, en lugar de tratársele en relación al placer y el deseo. Se le reduce a un mecanismo (o vector) en la salud reproductiva y en las preocupaciones globales sobre la población desde la demografía –las mujeres quedan embarazadas o contraen enfermedades a través del sexo–. Es un mal necesario para muchas religiones; pero éstas recogen en su razonamiento las preocupaciones por el linaje y la herencia y así el tema tiene que ver, en gran medida, con el control de la fecundidad de las mujeres y con la garantía de que los herederos de los hombres sean, en verdad, suyos. En todas estas formas la sexualidad humana queda reducida a los actos y disposiciones con respecto a las relaciones entre hombres y mujeres y sus inclinaciones y potencial reproductivos, particularmente las "heteronormativas" (significando con ello la noción occidental prevaleciente de sexo opuesto, monógama, sexualmente reproductiva –es decir, únicamente el coito vaginal– relaciones matrimoniales).

Pues bien, tal vez no debería ser así.

Hay otras maneras de entender la sexualidad como una estructura de ideas, un conjunto de discursos y sensaciones, como la encarnación de placeres y la formación de opciones frente al objeto sexual, y el desarrollo sin fin de categorías de deseo. Podría haber formas de entender el VIH/SIDA más útilmente si lo configuráramos como una "epidemia de gente que tiene sexo"[15] –es decir, como un problema de la sexualidad humana, y no simplemente como un problema de la salud reproductiva–.

Lo que sucedería si consideráramos seriamente lo anterior:

- el VIH/SIDA es en realidad una epidemia de deseo;
- en muchos lugares el VIH se transmite en actos sexuales que ocurren por fuera del ámbito de la heteronormatividad y su imperativo reproductivo; por ejemplo, impulsados por el trabajo sexual transaccional, o el ejercicio sexual extramatrimonial, sea tácitamente aprobado o no, o el coito anal entre mujeres y hombres;
- las instituciones producen *regímenes de sexualidad*, que construyen el sexo como una moneda que moldea el deseo a sus propios propósitos (p.ej., el sexo como castigo en las prisiones), revelando nuevamente lo maleable que el deseo es en realidad[16];
- las economías sexuales[16] de nuestra culturas sustentan patrones de transmisión del VIH ("economías sexuales" alude a las fuerzas organizacionales y los recursos que las sostienen como, por ejemplo, el trabajo sexual en prostíbulos o el turismo sexual, o las tradiciones de larga data en las que el sexo entre hombres que ocurre en ciertos ambientes o culturas[17-19]);
- ciertas culturas sexuales en circunstancias de pobreza producen patrones particulares de vulnerabilidad al VIH, p.ej., el trabajo sexual asumido por niños de la calle en muchos países y por los Hijra (transgénero) en Asia Meridional Oriental;

- alrededor del mundo se producen tasas desconocidas de transmisión del VIH en los actos sexuales entre hombres, la mayoría de los cuales no están dentro de los discursos o subculturas *"gay"*, y son tan variados que tiene sentido categorizar a estos hombres simplemente como "hombres" también o como parte de una sexualidad masculina singular;
- en muchos países, el uso de drogas inyectables tiene una conexión profunda y compleja con las vidas sexuales; por ejemplo, en el trabajo sexual o en relación con la actividad sexual recreativa –es esto a lo que se alude con la frase "sentir el acero"–, que es el reconocimiento de que hay algo en el inyectar como acto que registra una forma de deseo (ciertamente, algunas personas que se inyectan usan la palabra "penetrar") más allá del hecho de que sea una modalidad de administración de drogas[20].

No se trata de argüir que el género no tiene lugar en nuestra comprensión del VIH/SIDA; es para abogar por una conceptualización más sofisticada de cómo funciona el género y cómo se conecta con otras fuerzas que estructuran la vida social y sexual. Por ejemplo, se pensó por mucho tiempo que las epidemias en muchos países africanos estaban impulsadas heterosexualmente, y que las trabajadoras sexuales eran el grupo que con mayor probabilidad constituía el motor de la transmisión. Un buen análisis de género observa que hay hombres aquí involucrados –es decir, los clientes y parejas de las trabajadoras sexuales– y que también debe investigarse y comprenderse mejor la contribución de los intereses sexuales de los hombres a las epidemias. Además, puede ser útil la comprensión de las culturas que producen dichos patrones de intereses sexuales masculinos para entender la vulnerabilidad de estos hombres particulares a la infección frente a la infección por VIH. El trabajo reciente ha confirmado que los hombres que tienen sexo con hombres y el sexo anal entre hombres y mujeres pueden haber sido desatendidos epidemiológicamente en la apreciación de la manera en que el virus se está moviendo en muchos de los mismos países africanos; y que esto puede ser el producto de las tradiciones culturales y fuerzas sociales distintas de las relaciones de género heterosexuales tradicionales por sí solas[21].

Más aún, las subculturas de hombres que tienen sexo con hombres en muchos países pueden conllevar un mayor riesgo de infección por VIH por razones distintas a las que afectan a los hombres *gay* en Occidente. Por ejemplo, los "Kothis" son hombres, principalmente hombres afeminados jóvenes, que tienen sexo con otros hombres, usualmente mayores y casados, a veces por dinero, y que se encuentran en la mayoría de las culturas del Asia Meridional Oriental. No son transgénero u hombres *"gay"*, sino que se perciben a sí mismos como una forma cultural de hombres que tienen sexo con hombres, distintiva del Asia Meridional Oriental. Su vulnerabilidad frente al VIH no puede reducirse al hecho de ser hombres *per se*, sino que se debe en gran medida a que son sexualmente activos con parejas masculinas de mujeres en alto riesgo, pues sus parejas también tienen sexo con trabajadoras sexuales y amigas. Un teorema simplista guiado por el género de "hombres como perpetradores" únicamente puede abordar la vulnerabilidad específica de los KOTHIS frente a la infección por VIH si los declara "no hombres"[22].

Sin embargo, las tasas desproporcionadamente altas de infección por VIH entre las mujeres afroamericanas de los EE.UU. parecería ser una diferencia de género primaria para la comprensión de la epidemia en los EE.UU. Pero, con certeza, debe incorporarse la raza como estructura social a cualquier comprensión real de este riesgo incrementado, puesto que los hombres afroamericanos también están desproporcionadamente infectados. También deben tener un papel los factores compuestos del uso de drogas inyectables y la desigualdad. Sin embargo, hay estudios recientes sobre hombres de color en la categoría "bajo bajo" (es decir, que tienen sexo con otros hombres, pero que no se consideran a sí mismos *"gay"*) que revelan culturas antiguas pero cambiantes de relaciones sexuales entre hombres, a menudo hombres casados, que también podrían estar conduciendo parte de la epidemia de los EEUU, y que tendrán consecuencias también para sus parejas mujeres[23]. No se trata de una simple epidemia

relacionada al género únicamente como diferencia o división, sino de la intersección de patrones de expresión sexual humana con otras fuerzas sociales complejas.

Si analizáramos nuestras diversas y variadas epidemias en términos de la sexualidad o de culturas sexuales como éstas, podríamos desarrollar una visión bastante diferente de cómo se mueve el virus, qué es lo que acelera o aminora esa transmisión, y qué es lo que da forma a los patrones en lugares determinados. Podríamos comprender de manera diferente la transmisión como algo distinto a la voluntad individual (o la "culpa" de alguien); algo alimentado y estructurado por las culturas del deseo, tales como el turismo sexual, las comunidades *gay*, el trabajo sexual (como industria), el sexo institucional e impuesto en prisiones o universidades, e incluso el sexo entre mujeres (un caso reciente de transmisión del VIH entre dos lesbianas requiere volver a pensar rápidamente en el riesgo asociado al sexo entre mujeres[24]). También buscaríamos explicaciones que reconocen las jerarquías en la sexualidad que privilegian ciertas formas de actividad e intereses sexuales, y marginan otras; que deslegitiman los deseos en algunas culturas, deseos que son aceptables en cualquier otra. Podríamos entonces admitir el hecho de que la transmisión por VIH es relacional y ocurre en economías sexuales históricamente estructuradas, dentro de patrones variados de tener sexo, o de buscar parejas sexuales, o de ubicar el sexo al interior de un espectro de significados distintos al compromiso o amor, como sexo no reproductivo, como placer, como privilegio, como poder, o incluso sumisión.

También necesitamos incluir las fuerzas sociales en transformación que sitúan al sexo en diferentes campos de acción (tales como la violación sexual en las guerras, las aventuras sexuales en las vacaciones, la interrupción de las relaciones familiares durante la migración de refugiados, y como resultado de la acelerada urbanización en el mundo en desarrollo que transforma los tipos

FRANCESCO ZIZOLA / MAGNUM PHOTOS

Demostración de uso del preservativo en festival escolar en Maputo, Mozambique, 2002.

tradicionales de constituir parejas y de hacer vida familiar). Cada uno de éstos ofrece un ejemplo (y hay muchos otros) de vulnerabilidad frente al VIH –y por lo tanto posibilidades de transmisión– que es superior a los ofrecidos por los términos simplistas y bastante desorientadores que a menudo usamos muy sueltos de huesos, tales como la epidemia "heterosexual", para describir a la mayoría, sino a todas las infecciones que ocurren durante las relaciones sexuales entre hombres y mujeres. Como ha argüido por mucho tiempo Carol Jenkins, reconocida antropóloga con amplia experiencia en el trabajo sobre el VIH/SIDA en Asia y el Pacífico, categorizar como "heterosexual" cualquier transmisión de VIH que podría ocurrir durante la violación de una mujer por una pandilla es no comprender que los hombres infectados durante tal evento muy probablemente serán infectados por el semen de los otros hombres (¿debería, entonces, clasificarse como transmisión "homosexual"?), a pesar de que la infección de cualquier mujer durante un evento similar se describa como tal.

Un ejemplo clásico de los tropiezos fáciles que facilitan los análisis de género por sí solos tiene que ver con los intereses sexuales de la gente joven. La investigación transversal a las culturas muestra continuamente culturas sexuales diversas y diversificantes entre la gente joven[25-27]. En algunas culturas la actividad sexual empieza a edad muy joven, está delimitada claramente por la edad y, ciertamente, no tiene en el centro de la atención y de la práctica la intención reproductiva. Las personas jóvenes son notablemente emprendedoras en la búsqueda de sus intereses sexuales, sea que los adultos consideren ésta prematura, desafortunada o preocupante. La cultura juvenil global ha reposicionado a los jóvenes reconociendo la legitimidad de sus preocupaciones y posibilidades eróticas. ¿Cómo podríamos entender mejor las epidemias del VIH entre los jóvenes si quisiéramos configurarlas como producto de su construcción en el marco de culturas sexuales emergentes y globalizantes y no sólo en relación con temas asociados a la distinción entre mujeres y hombres jóvenes y su salud sexual?

Mientras tanto, ahora último se sabe que existen hombres sexualmente interesados en otros hombres, en culturas en las que su existencia y la vulnerabilidad frente al VIH habían sido negadas en las dos décadas de la pandemia. Quienes han trabajado con subculturas masculinas homoeróticas desde el principio de la pandemia no están asombrados, en absoluto, de que estemos descubriendo tradiciones homoeróticas en, por ejemplo, Zimbabwe, a pesar de la insistencia sumamente politizada del Presidente Mugabe de que tales cosas son prácticas occidentales decadentes. Aún vemos a líderes asiáticos asumiendo posturas de rechazo a sus ya viejas culturas de actividad entre personas del mismo sexo, mientras que han aumentado exponencialmente las presentaciones de estudios sobre la actividad sexual hombre-hombre en esa región durante los tres últimos años de conferencias internacionales del SIDA. Si las consecuencias no fueran tan trágicas, podríamos limitarnos a conocer la negación que hacen muchos países islámicos de siglos de tradiciones artísticas y literarias que glorificaban el amor entre hombres,[28] al tiempo que afrontan epidemias crecientes en países como Indonesia, Malasia, Nigeria y muchas repúblicas del Asia Central[29]. La religión definitivamente no constituye la protección adecuada frente al virus.

Mientras tanto, la hipocresía de las iglesias cristianas no conoce límites, y los líderes políticos siguen el juego con las agendas de moralidad de los políticos de derecha. Esto sucede principalmente porque temen que finalmente se reconozca que la sexualidad es fluida, mutable y que no se la puede comprender dentro del sistema binario simplista heterosexual u homosexual –como algo que no se presta fácilmente al control político y moralista–. Los intereses sexuales pueden adoptar muchas formas diferentes, y de hecho lo hacen, con el transcurrir del tiempo, en diferentes escenarios, durante el curso de la vida, en ciertos momentos (como lo revelaron Alfred Kinsey et al. hace más de 50 años[30,31]). Esto se sabe muy bien, y está bien investigado y documentado en la experiencia humana. Los análisis de género por sí solos no pueden dar cuenta de la notable variabilidad de la expresión y el deseo sexual, y estas negaciones obstruyen seriamente nuestros esfuerzos por detener esta pandemia.

Armamos nuestra perplejidad frente a la naturaleza sexual de la pandemia del VIH, no sólo con estas confusiones de sexo y género, sino también pensando que el sexo es sólo "comportamiento". La reducción de la actividad sexual a conductas constituye una de las tristes y penosas reificaciones en la investigación del VIH/SIDA. De lejos, el mayor volumen de investigación no biomédica sobre el VIH/SIDA está compuesto de investigación conductual, generalmente empleando los métodos de la encuesta por muestreo, contando los actos sexuales de la gente, las parejas, las preferencias, los lugares, tiempos y razones para tener sexo, y evaluando los niveles de riesgo de adquirir la infección por VIH. Un repaso de las revistas científicas y de los resúmenes presentados en las inmensas conferencias globales y regionales sobre el SIDA revela que predomina, en gran medida, la visión del sexo como comportamientos. Sin embargo, la noción de comportamientos desnuda al sexo de todo significado y placer. Obvia, en consecuencia, que el significado y el placer se sustentan en el contexto, que el contexto ejemplifica a la cultura, y que la cultura está estructurada por la historia y el discurso. Cuando basamos nuestra comprensión de la epidemia únicamente en las conductas, no llegamos a comprender que muchos de los determinantes sociales del comportamiento están más allá de la aprehensión consciente de los actos y voluntades inmediatas; es decir, las conductas sexuales están incorporadas en las prácticas sociales[32]. Si no logramos comprender que los determinantes del riesgo y la vulnerabilidad frente al VIH son profundamente sociales –y por social se entiende lo relacional, lo contextual, lo cultural, lo político, lo económico, lo histórico, lo simbólico y lo discursivo– habremos fracasado en el intento de alcanzar una mejor comprensión de cuál es la mejor forma de intervenir.

Además, en las mencionadas encuestas por muestreo conductuales con frecuencia nos preocupa más el sexo de la pareja sexual que el significado del sexo sin condón o la comprensión de cuáles son las circunstancias dentro de una estructura económica sexual que ponen en riesgo, digamos, el placer o la intimidad, o la membresía social o un acto de autoactualización. La investigación llevada a cabo a mediados de la década de los años noventa entre jóvenes en siete países en desarrollo, comisionada por el entonces Programa Global de SIDA de la OMS y completada por UNAIDS, reveló la importancia de cambiar los significados sexuales, las culturas sexuales y las identidades sexuales en los patrones de actividad sexual, formas de emparejamiento, y significados de la seguridad sexual para la gente joven en el marco de culturas que atraviesan cambios rápidos[33]. Esto es más complejo que las relaciones de género, aunque las involucra. No es distinto lo que ocurre en el caso de los adultos.

Los llamados para analizar el género de manera más estructural –lo que a veces se conoce como "poder de género" o, mejor, "orden de género"– están corriendo en la dirección correcta, pero hay una tendencia firme para que esta formulación retorne nuevamente a los teoremas de la "vulnerabilidad femenina" y la "perpetración de los hombres". Lo que en realidad necesitamos es ir dando más importancia a otras conceptualizaciones estructurales, tales como la sexualidad, para desarrollar en paralelo la capacidad analítica. Esto también vale para otras estructuras sociales poderosas: raza-etnicidad, edad-generación, desigualdad económica (sea basada en la clase o en la casta), y los virajes políticos y culturales causados por la globalización. El reto que yo quisiera que tomemos es el de poner a prueba nuestros supuestos subyacentes antes de desplegar el género *a priori* para comprender el VIH/SIDA, el de hacer un alto y pensar antes de hablar de epidemia "heterosexual" o "vulnerabilidad femenina", o de colocar en un mismo saco a todos los hombres en alguna noción singular de la irresponsabilidad sexual de los hombres, o de abreviar categorías complejas de expresión sexual en ese ubicuo pero aún irremisiblemente opaco acrónimo conocido como "HSH".

A estas alturas debe estar claro para todos que mientras las epidemias siguen creciendo exponencialmente, nuestros modelos están siendo inadecuados hasta la fecha. El género sólo está ofreciendo una parte de los análisis necesarios. Ésta no es una posición antigénero, sino, más bien, un llamado para que se reconozca la contribución importante del género como un marco conceptual

para el VIH/SIDA, que precisa combinarse con las fortalezas teóricas y las capacidades críticas de otros análisis, particularmente de la sexualidad como campo de estudio, para ampliar nuestra comprensión de cómo el VIH está siguiendo su trayectoria entre la población de este planeta. Puede que necesitemos, seriamente, registrar que buena parte de la vida social está *estructurada sexualmente*[34]. Entonces, la sexualidad –como campo crítico de investigación, teoría y análisis– podría aportar algunas nuevas respuestas de las que estamos muy necesitados.

Las implicancias de tal cambio para la lucha contra el VIH/SIDA son muy importantes. El secretismo sobre la sexualidad humana es una forma crucial de esconder aquellos aspectos del deseo que no son aprobados, y hacerlos vulnerables a la persecución. Pero ese secretismo no protegerá a la gente del VIH. La negación de las prácticas sexuales y de las culturas que sobre ellas se construyen simplemente exacerbará las epidemias. En cualquier país está condenada a ser difícil la confrontación de la realidad de las complejas vidas sexuales de sus ciudadanos, y nadie ha hallado que esto sea fácil en relación al VIH/SIDA. Pero la historia de esta pandemia nos enseña que, eventualmente, cada país tendrá que hacerlo; no sólo en relación a la sexualidad sino también en relación al uso de drogas, al trabajo sexual, a los intereses sexuales de los jóvenes, y a los supuestos sobre la heteronormativa que esconden la gran variación en la práctica sexual entre hombres y mujeres. El precio de no confrontar esta realidad, de no implementar buenos programas de educación sexual realistas frente a la sexualidad, de no ofrecer campañas públicas veraces de educación en salud sobre VIH y sexo, drogas y riesgo, de no proveer de condones (y equipos de inyectables), y de no hacerlo de las maneras y en los lugares que reflejen las realidades de las culturas sexuales (p.ej., prisiones y escuelas, para mencionar sólo dos) seguirá siendo medido en vidas perdidas al SIDA.

Reconocimentos

Ésta es una versión revisada de un artículo originalmente escrito para una presentación oral por invitación en la Bridging Session on Gender and Sexual Difference en la XIV Conferencia Internacional de SIDA, Barcelona, julio de 2002.

Referencias

1. Connell RW. Gender. Cambridge: Polity Press, 2002.
2. Liguori AL, Lamas M. Commentary: gender, sexual citizenship and HIV/AIDS. Culture, Health and Sexuality 2003;5(1):87–90.
3. Rubin G. The traffic in women. In: Reiter RR, editor. Toward an Anthropology of Women. New York: Monthly Review Press, 1975.
4. Rubin G. Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. Reprinted in: Parker R, Aggleton P, editors.Culture, Society and Sexuality: A Reader. London: UCL Press, 1999.
5. Gatens M. A critique of the sex–gender system. In: Allen J, Patton P, editors. Beyond Marxism? Leichhardt, NSW: Intervention Publications, 1985.
6. Butler J. Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity. London: Routledge and Kegan Paul, 1990.
7. Parker R, Barbosa RM, Aggleton P. Framing the Sexual Subject: The Politics of Gender, Sexuality and Power. Berkeley: University of California Press, 2000.
8. Hodgson DL. Gendered Modernities: Ethnographic Perspectives. New York: Palgrave, 2001.
9. Whitehead SM. Men and Masculinities. Cambridge: Polity Press, 2002.
10. Weeks J, Holland J, Waites M, editors. Sexualities and Societies: A Reader. Cambridge: Polity Press, 2003.
11. Bancroft J, editor. The Role of Theory in Sex Research. Bloomington: Indiana University Press, 2000.
12. Summers A. Damned Whores and God's Police. Revised edition. Ringwood VIC: Penguin, 1994.
13. Patton C. Inventing AIDS. New York: Routledge, 1990.
14. Connell RW. Gender and Power. Sydney: George Allen and Unwin, 1987.
15. Crewe M. Case study: Southern Africa. Oral presentation in: Track E Symposium—Educating Desire: Case Studies in HIV/AIDS and Sexuality Education. XIV International Conference on AIDS, Barcelona, July 2002.

16. Dowsett GW. Practicing Desire: Homosexual Sex in the Era of AIDS. Stanford: Stanford University Press, 1996.
17. Law L. Sex Work in Southeast Asia: The Place of Desire in a Time of AIDS. London: Routledge, 2000.
18. Ryan C, Hall CM. Sex Tourism: Marginal People and Liminalities. London: Routledge, 2001.
19. Murray SO, Roscoe W. Boy Wives and Female Husbands: Studies in African Homosexualities. New York: Palgrave, 1998.
20. Dowsett GW, Turney L, Woolcock G, et al. Hepatitis C Prevention Education for Injecting Drug Users in Australia: A Research Report. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care, 1999.
21. Brody S, Potterat JJ. Assessing the role of anal intercourse in the epidemiology of AIDS in Africa. International Journal of STD & AIDS 2003;14:431–36.
22. Dowsett GW. HIV/AIDS and homophobia: subtle hatreds, severe consequences and the questions of origins. Culture, Health and Sexuality 2003; 5(2):121–36.
23. Denizet-Lewis B. Double lives on the down low. New York Times Magazine 2003;3 August (Section 6):28–33, 48, 52–53.
24. Kwakwa HA, Ghobrial MW. Female to female transmission of human immunodeficiency virus. Clinical Infectious Diseases 2003;36:e40–41.
25. Cleland J, Ferry B, editors. Sexual Behaviour and AIDS in the Developing World. London: Taylor and Francis, 1995.
26. Shaw C, Aggleton P. Preventing HIV/AIDS and Promoting Sexual Health among Especially Vulnerable Young People. WHO/HIV/2002.03. Geneva: WHO, 2002.
27. Dowsett GW, Aggleton P. A Comparative Report on Studies of Contextual Factors Affecting Risk-Related Sexual Behaviour among Young People in Developing Countries. Geneva: UNAIDS, 1999.
28. Murray SO, Roscoe W. Islamic Homosexualities: Culture, History, and Literature. New York: New York University Press, c. 1997.
29. UNAIDS. Epidemic Update 2002; Geneva. At: <http://www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/ Epiupdate.html>.
30. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. Sexual Behavior in the Human Male. Philadelphia: WB Saunders, 1948.
31. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, et al. Sexual Behavior in the Human Female. Philadelphia: WB Saunders, 1953.
32. Bourdieu P. The Logic of Practice. Nice R, translator. Stanford: Stanford University Press, 1990 [1980].
33. Dowsett GW, Aggleton P, Abega S-C, et al. Changing gender relations among young people: the global challenge for HIV/AIDS prevention. Critical Public Health 1998;8(4): 291–309.
34. Connell RW, Dowsett GW. The unclean motion of the generative parts. In: Connell RW, Dowsett GW, editors. Rethinking Sex: Social Theory and Sexuality Research. Philadelphia:Temple University Press,1993.

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*
TEMAS DE
SALUD
reproductiva

El VIH/SIDA en la sombra de las Intervenciones sobre la Salud Reproductiva

Lisa Ann Richey

Profesora Asistente, Department of Geography and International Development Studies, Roskilde University, Roskilde, Denmark; y Asociada del Soros Reproductive Health and Rights, Heilbrunn Department of Population and Family Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, USA. Correo electrónico: lri@cdr.dk

Resumen: *en diciembre 1999, el Presidente de Tanzania declaró el VIH/SIDA un desastre nacional. Al momento de publicar la Política Nacional de VIH/SIDA en 2001, aproximadamente 750,000 mujeres en edad reproductiva estaban infectadas. Sin embargo, a pesar del impacto del VIH sobre la salud reproductiva, todavía se consideran y se implementan los programas de SIDA y de salud reproductiva por separado, para el perjuicio de ambos. Sin embargo, aunque el SIDA permanece a la sombra de las intervenciones en salud reproductiva, el silencio respecto al SIDA no amortigua el impacto de la enfermedad sobre las vidas de las personas. Durante observaciones participativas realizadas durante un total de 25 meses de trabajo de campo en 10 clínicas de salud materno-infantil/planificación familiar en las regiones de Morogoro, Fuvuma y Kilimanjaro, rara vez escuché hablar del SIDA. Este artículo intenta explicar el por qué. Las burocracias de salud materno-infantil/planificación familiar y de género y desarrollo –que históricamente compiten entre sí– no se unifican fácilmente con un programa vertical del VIH/SIDA bajo el paraguas de la "salud reproductiva". Tampoco se puede, simplemente, insertar la prevención, tratamiento y cuidado del VIH/SIDA en los programas existentes de planificación familiar retitulados como programas de "salud reproductiva". Mientras la epidemia del VIH esté transformada por las nuevas tecnologías, se verán cuestionadas las políticas y prioridades de la salud reproductiva y nos veremos obligados a mirar el estado del sistema de salud africano, las redes de cuidado, y la manera en que fallan los individuos y comunidades cuando no existen mecanismos de seguridad socioeconómica.*

Palabras clave: VIH/SIDA, servicios de salud reproductiva, integración de servicios, Tanzania.

En 1983 se reportó en la Región Kagera los primeros casos de SIDA en Tanzania. En diciembre de 1999 el Presidente Mkapa declaró el estado de desastre nacional debido a la epidemia. Hasta la emisión de la Política Nacional de VIH/SIDA a finales del año 2001, el 7.8% de adultos en Tanzania estaba infectado con el VIH,[1] incluyendo un estimado de 750,000 mujeres en edad reproductiva, y el SIDA era la principal causa de muerte entre mujeres de salud reproductiva. Ya entre 1992 y 1995 el SIDA respondía por más del 36% de todas las muertes en tres regiones de Tanzania[2]. Sin embargo, y a pesar del impacto del VIH en la salud reproductiva, se sigue conceptualizando por separado los programas de SIDA y de salud reproductiva, y se les implementa a través de canales distintos, en detrimento de agendas igualmente importantes en Tanzania. De manera parecida, en algunas áreas de investigación el énfasis en el SIDA eclipsa a todas las demás problemáticas del desarrollo, mientras que en otras áreas el SIDA ha tenido un efecto desdeñable[3,4]. No obstante, aunque el SIDA sigue estando escondido en la sombra de las intervenciones sobre la salud reproductiva, la falta de mención del SIDA no reduce el impacto de la enfermedad en las vidas de las personas.

Los esfuerzos de control del SIDA empezaron en Tanzania en 1986, con el establecimiento del Programa Nacional de Control del SIDA; pero las tasas de prevalencia siguen subiendo en la mayor parte del país[5]. Este programa ha sido criticado por haberse extendido muy superficialmente, por carecer de liderazgo efectivo, por enfocar el SIDA principalmente como una problemática de salud,[6] desatendiendo sus aspectos conductuales y socioeconómicos. Sin embargo, el Programa sentó las bases para el desarrollo de una Política Nacional de Control del VIH/SIDA (noviembre 2001) y para la creación de la Comisión para el SIDA de Tanzania, encargada de liderar una respuesta nacional mulitsectorial bajo la Oficina del Primer Ministro.

Se pretende satisfacer las necesidades de salud reproductiva en Tanzania mediante una estructura clínica integrada diseñada para combinar los servicios de planificación familiar y de salud materna e infantil. Estos servicios integrados pueden estar situados dentro de diferentes tipos de estructuras de atención de salud: (1) un dispensario, que es el tipo más pequeño de establecimiento de salud, diseñado para servir a un pabellón con una población de 6,000 personas, aproximadamente; (2) un centro de salud, con entre 20 y 30 camas, y que se espera que funcione como un hospital pequeño; o (3) un hospital, que puede estar clasificado como distrital, regional, o de consulta[7]. También están disponibles los servicios privados, por una tarifa determinada, ofrecidos por algunos proveedores ya sea asociados a alguna iglesia o de ONGs (tales como la Clínica Marie Stopes, o UMATI, la Asociación de Planificación Familiar de Tanzania). De todos modos, el 75% de todas las mujeres que emplean la anticoncepción moderna obtienen sus anticonceptivos de las fuentes gubernamentales,[7] y más del 60% de todos los servicios de salud son entregados por el gobierno,[8] lo que subraya la importancia de la provisión de los servicios públicos para el acceso a la salud reproductiva en Tanzania.

Tanzania ha tenido éxito en la implementación del componente de planificación familiar de su estrategia de salud reproductiva. Según tres Encuestas Demográficas y de Salud (DHS, por sus siglas en inglés), el uso de la planificación familiar, se duplicó en los años noventa, elevándose desde 10.4% de mujeres unidas que usaban algún método en 1992 a 18.4% en 1996, y alcanzando el 25.4% según la encuesta de 1999[8,10,11]. También hubo una tendencia sistemática a la baja en la tasa de fecundidad total, la que pasó de 6.5 en el Censo de 1988[12] a 5.6 en la Encuesta de Salud Reproductiva e Infantil[8]. Sin embargo, el éxito ha sido menor en la mejora de otros aspectos de la salud reproductiva. Por ejemplo, la proporción de nacimientos atendidos por personal médico profesional ha bajado constantemente, y es menos probable que en los años setenta, las mujeres reciban atención profesional en el parto[9]. A menudo las clínicas carecen de los abastecimientos esenciales, incluyendo entre éstos los medicamentos básicos. Además, una reciente encuesta nacional representativa de establecimientos halló que menos del 1% de los dispensarios gubernamentales tenían una fuente de electricidad para trabajar, laboratorio o refrigeradora[8]; y un problema continuo es la escasez de equipos básicos y provisiones en las clínicas de Tanzania[8,13,14]. Sólo puede plantearse como hipótesis el impacto del VIH/SIDA y de otras enfermedades relacionadas sobre el ya menoscabado sector público sanitario. Sin embargo, como nos lo recuerda Tibaijuka[15], "El deplorable estado de los establecimientos de salud pública en el país puede seguir contribuyendo a la difusión de la enfermedad, incluyendo el VIH".

Observación de visitas a clínicas de planificación familiar: apenas si se menciona el VIH/SIDA

En dos viajes de campo a Tanzania, en 1995-96 y 2000, conduje entrevistas con proveedores y mujeres que acuden en busca de atención, y observé las visitas clínicas en las clínicas de salud materna e infantil/planificación familiar (MI/PF). En el primer viaje, que se extendió por más de 18 meses, visité diez sedes de clínicas (igualmente distribuidas entre áreas urbanas y rurales) en las Regiones Morogoro, Ruvuma y Kilimanjaro, entrevistando a 200 mujeres. El grueso de mi observación participante se desarrolló en clínicas de las que también extraje muestras para mis entrevistas de clientes; sin embargo, fueron menos frecuentes las visitas a otras clínicas en las que conduje investigación parecida con fines exploratorios y comparativos. Invertí no

menos de tres semanas de observación en cada lugar, y pude visitar regularmente algunas sedes urbanas y una aldea durante un período de siete meses. Los principales lugares estuvieron constituidos por cinco clínicas urbanas y cinco aldeas al interior de tres regiones. En la segunda visita pasé seis meses en la Región del Kilimanjaro. Más adelante hice un corto viaje de regreso a Dar es Salaam y al Kilimanjaro, en 2002, con el propósito de difundir la investigación. Se escogió estas regiones y sedes para que representen a las áreas con tasas altas, medias y bajas de uso anticonceptivo, y se escogió las sedes de las clínicas en consulta con los coordinadores distritales y regionales de modo que reflejaran una variedad de escenarios de entrega de servicios. Los detalles de la metodología del estudio y de los hallazgos están publicados en otro lugar[8,13].

Durante la observación de las visitas a las clínicas de planificación familiar, rara vez escuché hablar sobre el SIDA. Había proyectos de ONGs relacionados con el SIDA, los que generalmente operaban en los pueblos, en algunos casos en clínicas dedicadas a enfermedades de transmisión sexual (ETS) dentro de hospitales y en el marco del Programa de Control del SIDA del gobierno en Tanzania. Pero en el curso de la visita "normal" por participación familiar, se confinaba al SIDA a una breve mención durante la consejería para la elección informada, en la que se les decía a las mujeres que los condones previenen las ETSs como el VIH, cosa que no hacen otros métodos. A pesar de que los proveedores de servicios que observé nunca se mostraron tímidos para brindar consejos, solicitados o no, sobre el cuidado de la salud a sus clientes, el VIH/SIDA no fue un tema de estas conversaciones. ¿Por qué era tan conspicua la ausencia del SIDA de las interacciones en las clínicas de MI/PF?

Petchesky[16] sostiene que en el tema de los derechos y el empoderamiento de las mujeres, la indivisibilidad de los derechos tiene importancia crítica. Sin embargo, las burocracias en competencia histórica entre planificación familiar, salud materna e infantil, género y desarrollo, y VIH/SIDA no se pueden unificar fácilmente bajo el paraguas de "salud reproductiva". Un discurso acerca de la población dominado por la preocupación sobre el control de la fecundidad, sea para mujeres, parejas o gobiernos, impide la adecuada incorporación de los retos que trae el SIDA a las políticas de atención de la salud. Hoy en día, los programas de salud reproductiva en muchos países en desarrollo siguen implementándose a través de las mismas estructuras que dieron cabida a las viejas políticas poblacionales. Cuando el VIH/SIDA está en el centro de las vidas de las mujeres –aunque no se hable de ello– y los servicios de salud reproductiva no contienen intervenciones significativas para la prevención y el tratamiento, el SIDA amenaza con tornar insignificantes los otros logros importantes de la agenda de la salud reproductiva. En medio de la pandemia del SIDA en muchas comunidades africanas, la mejor manera de entender la "salud reproductiva" sería como la capacidad de conservarse saludable el tiempo suficiente para reproducir y criar hijos. En este contexto Bangser arguye que: "La necesidad fundamental para establecer en Tanzania las bases para la salud reproductiva es, tal vez, el renovado compromiso con la atención primaria de salud"[17].

Karanga Clinic (no es el nombre real), una de las mejores clínicas de MI/PF que visité en Tanzania, brindaba a las mujeres, en grupos pequeños, una charla sobre educación en salud y consejería para la elección informada; de allí cada mujer seleccionaba individualmente un método con su proveedora de servicio. En el curso de la charla se les informaba a las mujeres sobre las ventajas y desventajas de los métodos en la modalidad estándar tipo «cafetería», a partir de un menu de anticonceptivos que se les ofrecía. En la mayor parte de las clínicas urbanas de MI/PF, este menú consistía en píldoras anticonceptivas, DIUs, inyectables, espuma anticonceptiva y condones. Se podía, además, referir a las mujeres a otro servicio para recibir los implantes anticonceptivos o acceder a la esterilización quirúrgica. Aunque se suponía que los diafragmas eran parte del método mixto pero, en la práctica, éstos no estaban a disposición de las mujeres. En cuanto al riesgo de la infección por VIH, una charla típica a la que asistí incluía el mensaje de que los condones eran el único anticonceptivo que protege contra las enfermedades de transmisión sexual, tales como el VIH, pero nada más. O, en palabras de otro proveedor de servicios de Tanzania que observé:

"Debería usar uno si está preocupada por ese tipo de cosas".

Si bien se distribuye los condones en las clínicas de MI/PF, los hombres en Tanzania, como en otros lados, suelen tomar la decisión final sobre el uso del condón, y los hombres están casi universalmente ausentes de las clínicas de MI/PF.

El VIH es el peor problema pero "ya es demasiado"

Una de los ginecobstetras más respetables de Morogoro me sorprendió durante una entrevista cuando le pregunté: ¿"Cuál es el mayor problema ginecológico aquí, en Morogoro?", y ella me respondió, "A la gente le falta educación sobre planificación familiar. Tienen siete o incluso ocho hijos cada una". Según la Encuesta de Salud Reproductiva e Infantil de 1999, en el 93.5% de todos los casos de parejas, ambos conocían un método moderno de anticoncepción[8]. Dado el conocimiento casi universal de la planificación familiar en el país, me sorprendí de que éste fuera *el* problema mayor que observaba en su práctica. En el ánimo de comprender mejor su trabajo en otras áreas de la salud reproductiva, le pregunté: "¿Cuáles son las ETSs que usted trata con mayor frecuencia?". Inmediatamente ella respondió: "Sífilis", pero luego paró y añadió: "El VIH, por supuesto, pero ya es demasiado". De modo que podía tratar la sífilis y alguna gonorrea, podía distribuir condones y otros anticonceptivos a sus pacientes, pero el VIH era ya demasiado.

Me sorprendió encontrar una falta de atención al VIH/SIDA entre los proveedores de servicios como ella, de quienes se podría esperar que lo traten más directamente. Un doctor que trabaja en la clínica de una ONG dijo que ése era el caso debido a que no había una clínica de ETS en su localidad, la que, de existir, presumiblemente debería haber llevado a cabo esta tarea. En 1996, la especialista en ETS en la Clínica Karanga dijo que la mayoría de la gente en Morogoro compra medicamentos y

JAN BANNING / PANOS PICTURES

A pesar del impacto del VIH sobre la salud reproductiva, todavía se implementan estos programas por separado.

se automedica en relación a las ETSs porque "tienen vergüenza y no vienen [a la clínica]". Cuando sospechaba que un paciente tenía VIH, lo refería al Hospital Regional. El Hospital, reportaba ella, le decía a la persona que estaban haciendo el despistaje de tifoidea pero, en realidad, estaban haciendo la prueba del VIH. Si la prueba daba un resultado positivo, no se lo informaban a la paciente por el temor a que él o ella se suicidara. La brecha entre los protocolos para el despistaje del VIH y las verdaderas respuestas de las instituciones locales fue inmensa a mediados de los años noventa. No obstante, encontré a partir de las entrevistas que conduje en 1995-96 que el conocimiento sobre SIDA –p.ej., que se transmite sexualmente y que no tiene cura– era casi universal. ¿De dónde, pues, venía esta falta de voluntad de los trabajadores de salud reproductiva para discutir sobre el SIDA?(*)

Restricciones estructurales del sistema de salud sobre la atención integrada

¿Por qué la necesidad de combatir el VIH/SIDA no está teniendo un efecto sinérgico en la mejora del sistema de atención de salud e impulsando el desarrollo económico en países como Tanzania? Hay restricciones tanto locales como globales a la entrega de servicios de salud reproductiva a mujeres seropositivas. Generalmente se aborda los problemas del SIDA mediante políticas y proyectos que, se percibe, están compitiendo con el financiamiento a la salud reproductiva; no se les aprecia en su contribución a la reflexión sobre las políticas y prioridades de la salud reproductiva. La incertidumbre financiera, los esfuerzos descoordinados de los donantes y las tensiones en la descentralización de la entrega de servicios han llevado a que los esfuerzos de integración a través del sistema de atención de salud de Tanzania pierdan impulso[18]. De forma parecida, no es fácil incorporar las perspectivas de la agenda de la salud reproductiva, del matrimonio, del empoderamiento y del derecho a la atención de salud en los modelos conductuales de las intervenciones en VIH/SIDA.

Para el año 2000 ya se había propagado efectivamente en Tanzania la importancia de mejorar la salud reproductiva de las mujeres. El Programa Nacional de Planificación Familiar fue rebautizado como Sector Nacional de Salud Reproductiva e Infantil (NRCHS, por sus siglas en inglés), y consistía de seis unidades: Planificación Familiar, Salud Escolar, Atención de Salud basada en la Comunidad, Gestión Integrada de Enfermedades de la Niñez, y la Iniciativa de la Maternidad Segura[18]. A finales de la década, sin embargo, el Informe Anual de 1998 aún reportaba que, a nivel nacional, las clínicas estaban bien abastecidas de anticonceptivos, pero eran sumamente inadecuadas para la entrega de otros servicios de salud reproductiva[19]. En cuanto al desafío critico frente a la salud reproductiva que el VIH/SIDA presenta para la implementación de los programas diseñados para evitar nacimientos, y no la enfermedad, el último "hallazgo general principal" del informe de Tanzania enuncia que: "La integración de ETS/VIH/SIDA en la mayoría de clínicas de MI/PF *no ha empezado*"[19] [el énfasis es mío]. Los programas verticales de VIH/ETS y MI/PF separados y parapetados, comunes a través del territorio africano[20] no pueden afrontar las necesidades de las mujeres en países como Tanzania. Por otro lado, el VIH/SIDA no puede simplemente insertarse en programas existentes de planificación familiar, bajo el nuevo nombre de programas de salud reproductiva. La agenda de la salud reproductiva puede beneficiarse de las lecciones aprendidas al cabo de años de tratar de insertar "mujeres" en el "desarrollo" a través de los programas de Mujer y Desarrollo. Al final tuvo que cambiarse la conceptualización de los problemas y las soluciones, y el colocar el género en el centro de la atención ha invitado a pensar nuevamente sobre el significado del desarrollo y de las relaciones de poder que determinan quién hace el desarrollo y para quién. El VIH/SIDA debe producir un cambio de paradigma análogo dentro de la agenda de la salud reproductiva; el SIDA nos presenta el reto no sólo de expandir el ámbito de las viejas políticas de población con intervenciones para enfrentar la enfermedad, sino de reflexionar

(*) Puede que esta falta de voluntad haya disminuido desde entonces debido a que en la Política Nacional sobre el VIH/SIDA de 2001 se trata explícitamente sobre la confidencialidad, la consejería y la notificación en VIH.

sobre las justificaciones de estas políticas, sus principales actores y sus objetivos.

Con suerte, el esfuerzo revitalizado de parte del gobierno de Tanzania y sus donantes, como ha quedado en evidencia en la formulación de objetivos de la Comisión del SIDA de Tanzania, de 2001, conducirá hacia un abordaje multisectorial que pondrá en equilibrio los esfuerzos en la entrega de servicios, en el financiamiento y en la coordinación a lo largo y ancho del país.

Mientras que el cambio de discurso desde el control poblacional hasta la salud reproductiva de las mujeres se ha dado con mucho retraso, el SIDA nos desafía a pensar creativamente sobre los múltiples aspectos de esta agenda. El costo de tratar a un adulto con SIDA en Tanzania está estimado en US$295 –sin medicamentos antirretrovirales que salvan vidas– en un país que invierte tan sólo US$10 *per capita* en atención de salud[21]. A medida que la epidemia del SIDA se transforma mediante nuevas tecnologías, se cuestionará las prioridades de las políticas de salud reproductiva. El SIDA nos obliga a auscultar el estado del sistema de atención de salud africano, las redes de atención, y a cobrar conciencia del fracaso de los individuos y de las comunidades cuando no hay redes de seguridad socioeconómicas.

A medida que se produce más trabajos que vinculan la epidemia médica del SIDA con la fragmentación social y la abyección económica del África,[22,23] se comprobará la utilidad de la amplitud del paraguas de la salud reproductiva. Como sucedió antes con la preocupación global sobre el exceso poblacional, el SIDA puede ser la crisis que movilice a los diseñadores de política, a los donantes y a los activistas a nivel de la comunidad; pero el ámbito de acción debe abarcar más allá de la planificación familiar y comprometer a otros sectores, además del sector salud. Si las metas de la CIPD en El Cairo, en 1994, para la promoción del empoderamiento de las mujeres y para la lucha contra muchas formas de inequidad no han inspirado el compromiso suficiente de por sí –aunque deberían haberlo hecho– tal vez la inmensidad de la epidemia del SIDA finalmente nos dé un empujón más allá de la "política de siempre".

Referencias

1. UNAIDS/United Republic of Tanzania. Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections, 2002. At: <http://www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/fact_sheets/pdfs/Tanzania_en. pdf>. Accessed 15 July 2003.
2. Adult Morbidity and Mortality Project. Policy Implications of Adult Morbidity and Mortality. Dar es Salaam: AMMP, 1997.
3. Barnett T, Whiteside A. AIDS in the Twenty-First Century: Disease and Globalization. London: Palgrave Macmillan, 2002.
4. Boone C, Batsell J. Politics and AIDS in Africa: research agendas in political science and international relations. Africa Today 2001;48(2/Summer).
5. Prime Minister's Office, Tanzania Commission for HIV/AIDS. National Multi-Sectoral Strategic Framework on HIV/AIDS 2003–2007. Dar es Salaam, January 2003.
6. Baylies C, Bujra J, editors. AIDS, Sexuality and Gender in Africa: Collective Strategies and Struggles in Tanzania and Zambia. Social Aspects of AIDS. London: Routledge, 2000.
7. Bureau of Statistics, Planning Commission, et al. Tanzania Service Availability Survey 1996. Dar es Salaam: Tanzania, Bureau of Statistics, Planning Commission, 1997. p.53.
8. National Bureau of Statistics Tanzania, MEASURE Evaluation Tanzania. Reproductive and Child Health Facility Survey 1999. Technical Report Series No. 7. Dar es Salaam: MEASURE Evaluation Tanzania, 2000.
9. Richey LA. Women's reproductive health and population policy: a case study from Tanzania. Review of African Political Economy 2003;96.
10. Kapiga SH, Ruyobya I, et al. Tanzania Demographic and Health Survey 1991–1992. Columbia, MD: Macro International, 1993.
11. Bureau of Statistics, Planning Commission. Tanzania Demographic and Health Survey 1996. Calverton, MD: Macro International, 1997.
12. Bureau of Statistics, President's Office, Planning Commission. 1988 Population Census:

National Profile: The Population of Tanzania, The Analytical Report. Dar es Salaam: Bureau of Statistics; 1994. p.122.
13. Richey LA. From the policies to the clinics: the reproductive health paradox in postadjustment health care. (Submitted for publication 2003)
14. Rajani R. Situation Analysis of Children in Tanzania. New York: UNICEF, 2002.
15. Tibaijuka A. AIDS and economic welfare in peasant agriculture: case studies from Kagabiro village, Kagera Region, Tanzania. World Development 1997;25(6):963–75.
16. Petchesky RP. Human rights, reproductive and sexual health and economic justice—why they are indivisible. Reproductive Health Matters 2000; 8(15):12–17.
17. Bangser M. Tanzania. In: Forman S, Ghosh R, editors. Promoting Reproductive Health: Investing in Health for Development. Boulder, CO: Lynne Rienner Publishers; 1999. p.183–217.
18. Oliff M, Mayaud P, Brugha R, et al. Integrating reproductive health services in a reforming health sector: the case of Tanzania. Reproductive Health Matters 2003;11(21):37–48.
19. Tanzanian Ministry of Health, Reproductive Health Unit. National Family Planning Annual Report: January–December 1998. Dar es Salaam: Ministry of Health; 1999. p.7.
20. Lush L, Walt G, Cleland J, et al. The role of MCH and family planning services in HIV/AIDS control: is integration the answer? African Journal of Reproductive Health 2001;5(3):29–36.
21. Forsythe S. Assessment of Private Sector HIV/AIDS Politics and Activities in Tanzania. Dar es Salaam: HIV/AIDS POLICY Project/Futures Group International, May 2002. (Draft)
22. Katz A. AIDS, individual behaviour, and the unexplained remaining variation. African Journal of AIDS Research 2002;1(2):125–42.
23. Stillwaggon E. HIV/AIDS in Africa: fertile terrain. Journal of Development Studies 2002;38(6):1–22.

Resultados de Investigaciones

Empleo de la investigación para la promoción y defensa, y para la implementación del cambio de políticas

Como lo demuestra el experimento de las ETS en Mwanza, resulta fundamental que los investigadores tomen en cuenta las potenciales implicaciones de política de sus hallazgos, en vez de centrar la atención únicamente en los aspectos técnicos. Si se espera que se incremente la probabilidad de que la investigación producida tenga un mayor impacto, los investigadores deben estar conscientes de los contextos en los cuales interactúan la investigación y las políticas, y entender los modos en los que los contextos políticos cambiantes afectan la manera en que se recibe los resultados de las investigaciones. El experimento de Mwanza, llevado a cabo en Tanzania en el período 1991-94, mostró la efectividad del tratamiento mejorado de las ETSs para la prevención de la infección por VIH. Posteriormente, y sobre una base regular, se adoptó los servicios de control de las ETS, especialmente la administración por síndrome, como uno de los principales componentes de los programas de prevención del VIH, junto con la educación y la promoción del condón. Sin embargo, lo que posibilitó la transición desde la investigación hasta las políticas fue que el ambiente de políticas en la época fue el propicio, que muchos investigadores y diseñadores de políticas habían reconocido el SIDA como un problema serio, y que estaban buscando estrategias y soluciones efectivas. También había un contacto estrecho y un sentido de bien compartido entre los investigadores, el gobierno de Tanzania, los donantes y las ONGs durante el período de estudio. Esto fue facilitado aún más por las conexiones de larga data entre investigadores clave y decisores de política unidos tanto por la convicción como por el interés en todo momento, y no sólo en la etapa posterior a la investigación. Finalmente, la compleja data epidemiológica producida se redujo a una única conclusión, y el experimento mismo vino a ser conocido principalmente por un resultado estadístico en particular –la reducción en 42% de la infección por VIH en el lugar de la intervención, comparada con las áreas de control–. Esto tuvo la ventaja de ser fácilmente comprendido, lo que contribuyó a los esfuerzos de promoción y defensa. No obstante, también levantó falsas expectativas de que los resultados serían aplicables a todos los demás contextos demográficos, epidemiológicos y conductuales[1].

1. Philpott A, Maher D, Grosskurth H. Translating HIV/AIDS research findings into policy: lessons from a case study of the «Mwanza trial». Health Policy and Planning 2002;17(2):196–201.

La desactivación de los genes que desencadenan el cáncer cervical

Más del 90% de los cánceres cervicales humanos arrojan positivo en la prueba del papilomavirus humano (PVH) y se sabe que dos genes del virus conducen la proliferación anormal de células que tiene lugar. Los investigadores han detenido con éxito la expresión de los genes en las células y la subsecuente proliferación de células, usando secuencias cortas de interferencia de ARN (ácido ribonucléico) que bloquean los mensajes de estos genes. El silenciamiento de uno de los genes permitió algún crecimiento limitado en las células, en tanto que el silenciamiento del otro detuvo

completamente la proliferación de células, resultando en la muerte celular por apoptosis, un mecanismo normal que deja de funcionar con células cancerígenas, que proliferan sin morir. La técnica no tuvo efectos en células que no estuvieran infectadas con el PVH. Esta es la primera demostración de que puede ser posible desactivar los efectos causantes del cáncer inducidos por el PVH sin necesariamente interferir con el desarrollo normal de las células[1].

1. Jiang M., Milner J. Selective silencing of viral gene expression in HPV-positive human cervical carcinoma cells treated with siRNA, a primer of RNA interference. Oncogene 2002;21(39):6041 – 48. [Medline abstract].

No se halla asociación entre la estimulación ovaria para el tratamiento de la esterilidad y el cáncer del ovario

Se han expresado inquietudes sobre las implicaciones de largo plazo para la salud a partir del tratamiento de estimulación ovaria para la esterilidad, y han surgido preguntas acerca de si ésta aumentaría el riesgo de cánceres de mama, uterinos y del ovario. Un reciente estudio no encontró evidencias de asociación alguna entre la estimulación ovaria como parte del tratamiento de la esterilidad y el incremento del riesgo de cáncer de ovario[1].

1. MacLean, A.B. Epithelial ovarian cancer and infertility treatment. Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002;22(1):7 – 8.

No hay un mensaje claro sobre la terapia de reemplazo hormonal (TRH)

El trabajo sobre la etiología de la enfermedad coronaria en las mujeres ha estado dominado por la idea de que el estrógeno tiene un papel protector en las mujeres menopáusicas, y que la hormona de reemplazo debería mantener dicha protección. Sin embargo, la evidencia contraria a esta idea parece estar en aumento. Algunos análisis de datos de mortalidad sugieren que el estrechamiento de la brecha entre hombres y mujeres posmenopáusicas se debe más a la desaceleración de las tasas de mortalidad masculinas que a los cambios en las tasas de mortalidad femeninas[1]. Un estudio llevado a cabo en los EE.UU., que comparaba los efectos del empleo prolongado de la combinación de estrógeno + progestágeno, y de estrógeno solo, tuvo que ser detenido luego del descubrimiento de un riesgo pequeño, pero en aumento, de enfermedad cardiovascular, así como de cáncer de mama, de coágulos sanguíneos y de infartos, en mujeres que estaban bajo el régimen combinado[2]. A raíz de la data del experimento de los EE.UU., también se ha detenido prematuramente un experimento en el Reino Unido, con el argumento de que ahora parece improbable que se produzca una gran reducción del riesgo de enfermedades coronarias[3].

El uso prolongado de la TRH sí tiene algunos beneficios que están claramente documentados, incluyendo la disminución de la osteoporosis y de los cánceres de colon[2]. Ahora los investigadores están observando su papel en la prevención de la demencia. Los resultados son variados, incluyendo los de algunos investigadores que no logran detectar beneficio alguno en el uso del estrógeno,[4] mientras que otros afirman que el uso prolongado de la TRH puede proteger a las mujeres de la enfermedad del Alzheimer[5]. Con tal evidencia en conflicto y la diversidad de metodologías, buena parte de esta investigación está abierta a interpretaciones alternativas. Los artículos de respetables revistas especializadas están ofreciendo ahora opiniones contradictorias; así, por ejemplo, la BMJ (British Medical Journal) recomienda el uso prolongado de la TRH para la prevención de la osteoporosis,[6] mientras que la JAMA (Journal of the American Medical Association) recomienda en contra del empleo del estrógeno o el progestágeno para las enfermedades crónicas[7]. Muchas mujeres están en la incertidumbre con respecto a lo que deben hacer.

1. Lawlor DA, Ebrahim S, Smith GD. Role of endogenous oestrogen in aetiology of coronary heart disease: analysis of age related trends in coronary heart disease and breast cancer in England and Wales and Japan. BMJ 2002;235:311–12.
2. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002;288:321–33.

3. White C. Second long term HRT trial stopped early. BMJ 2002;325:987.
4. Grady D, Herrinton D, Bittner V, et al. Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: heart and estrogen–progestin replacement study follow-up (HERS II). JAMA 2002;288:49–57.
5. Zandi PP, Carlson MC, Plassman BL, et al. Hormone replacement therapy and incidence of Alzheimer disease in older women: the Cache County Study. JAMA 2002;288:2123–29.
6. Stevenson JC, Whitehead MI. Hormone replacement therapy. BMJ 2002;325:113–14.
7. Fletcher SW, Colditz GA. Failure of estrogen plus progestin therapy for prevention. JAMA 2002; 288:366–68.

Los investigadores de los países en desarrollo están muy poco representados en las revistas médicas de mayor prestigio

Una encuesta de cinco revistas médicas internacionales con evaluación de pares –Lancet, BMJ, New England Journal of Medicine, JAMA, y Annals of Internal Medicina– halló que la proporción del espacio otorgado a artículos sobre los países en desarrollo es baja. Fueron pocos los artículos específicamente relevantes para la salud en Europa Oriental, América del Sur y Central, el Caribe, África del Norte o el Oriente Medio. Las enfermedades infecciosas, particularmente el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis fueron temas comunes. La mayoría de los autores, especialmente en el caso de las páginas editoriales y las de comentarios, eran de países desarrollados, si bien la mayoría de artículos de investigación tenían como coautores a investigadores de países desarrollados y en desarrollo. Esto sugiere que hay un desequilibrio Norte–Sur en la producción y diseminación del conocimiento, y que la mayor probabilidad que tiene un investigador de un país en desarrollo de que un artículo suyo sea publicado en una de esas revistas descansa, únicamente, en la colaboración con un científico de un país desarrollado[1].

1. Obuaya C. Reporting of research and health issues relevant to resource-poor countries in high-impact medical journals. European Science Editing 2002; 28(3):72–77.

Lo que la gente les dice a sus parejas sexuales

Una encuesta, dirigida a los jóvenes que cubrió a 150,000 personas en 34 países en todas las regiones del mundo, halló que el 45% de la gente no le contaría a su pareja estable que estaba sufriendo de una ITS en el momento, cifra que variaba entre el 10% en Hungría y el 90% en Malasia. El 51% divulgaría el número de sus parejas sexuales previas, pero sólo el 38% admitiría haber sido infiel. Alrededor de las dos terceras partes hablaba sobre sus fantasías sexuales con la pareja[1].

1. Durex global sex survey 2003. At: <www.durex.com>.

Prospectos de una vacuna para prevenir la malaria en los primeros embarazos

La infección con malaria en el embarazo deriva, frecuentemente, en una elevada parasitemia y anemia en la madre, y bajo peso al nacer en la criatura, y puede llevar a la muerte de hasta 370,000 niños menores de un año en el mundo entero. Las mujeres que viven en áreas endémicas y que, por lo tanto, han desarrollado una inmunidad parcial, son más susceptibles a la malaria durante el embarazo que las que no están embarazadas. No ha sido explicado satisfactoriamente este fenómeno. Las teorías planteadas, tales como que a las mujeres embarazadas generalmente se les suprime la inmunidad, o que la placenta es un nicho particularmente nutritivo para el parásito, no explican por qué la susceptibilidad aumentada decrece con cada uno de los siguientes embarazos luego del primero. Sin embargo, el descubrimiento reciente de que los parásitos aislados de la placenta de las mujeres infectadas se prenden a una molécula que sólo se encuentra en la placenta, puede ayudar a explicar este fenómeno. Los experimentos que emplean los sueros de mujeres multíparas de todo el mundo sugieren que las mujeres pueden desarrollar anticuerpos a los parásitos, anticuerpos que no se encuentran en los hombres o en las mujeres en su primer embarazo. Esto sugiere la posibilidad del desarrollo de una vacuna que apunte a la malaria asociada al embarazo[1].

1. McCarthy M. Preventing pregnancy malaria. Lancet 2004;363:132–33.

La incidencia del cáncer de mama varía con el nivel socioeconómico en Dinamarca

El cáncer de mama es el cáncer más común en las mujeres en el mundo occidental, con una incidencia de toda la vida de 1 en 10. La incidencia en Dinamarca se elevó de 43 por 100,000 mujeres en 1945 a 83 por 100,000 mujeres en 1996, si bien la mortalidad aumentó menos durante el mismo período, de 23 a 27 por 100,000 mujeres. Este estudio pone en evidencia que el riesgo de desarrollar el cáncer de mama en Dinamarca varía entre diferentes grupos socioeconómicos, teniendo las académicas (mujeres con un mínimo de cinco años de educación universitaria) el doble de riesgo que las trabajadoras agrícolas. Las mujeres que están en el comercio urbano (autoempleadas y en pequeñas empresas), las funcionarias (oficinistas, maestras y enfermeras), las trabajadoras calificadas, las trabajadoras no calificadas y las no activas económicamente están en un nivel intermedio, entre los dos grupos. No hubo diferencia en los parámetros de atención de la salud o en la distribución por edades entre los grupos.

1. Dano H, Andersen O, Ewertz M, et al. Socioeconomic status and breast cancer in Denmark. International Journal of Epidemiology 2003;32:218–24 .