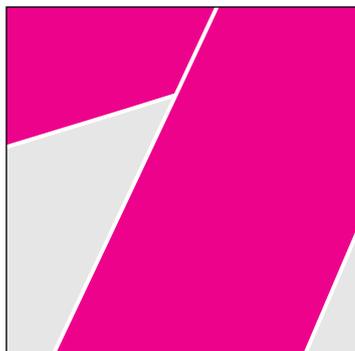
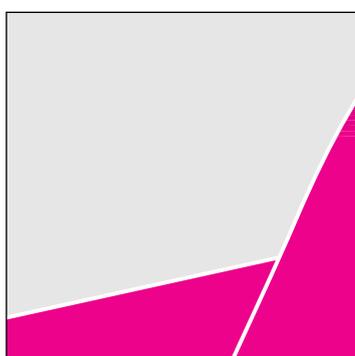


Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia



ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



Organización
mundial
de la Salud

Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas
MATERIAL FUNDAMENTAL

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) / OMS

El presente documento no es una publicación oficial de la Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Aunque la Organización se reserva todos los derechos, el documento se puede reseñar, resumir, reproducir or traducir libremente, en parte o en su totalidad, pero no para la venta u otro uso relacionado con fines comerciales.

Las opiniones expresadas en los documentos por autores cuyo nombre se menciona son de la responsabilidad exclusiva de éstos.

El presente documento no se distribuye al público en general, y la Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) se reserva todos los derechos al respecto. El documento no puede ser comentado, resumido, reproducido o traducido, ni en su totalidad ni en parte, a menos que la ONUSIDA lo autorice previamente por escrito. Ninguna parte de él puede introducirse en un sistema de almacenamiento de datos ni difundirse en forma alguna ni por medio alguno, sea éste electrónico, mecánico o de otro tipo, sin autorización escrita previa de la ONUSIDA.

Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia

ONUSIDA/OMS

ÍNDICE

Abreviaturas	3
Resumen de las recomendaciones	4

CAPÍTULO I

1. Antecedentes	5
1.1 Significación de las ETS	5
1.2 ETS e infección por el VIH/SIDA	8
1.3 Control de las ETS	9

CAPÍTULO II

1. Prevención	11
1.1 Prevención primaria	11
1.2 Prevención secundaria	12
2. Servicios de atención de ETS	13
2.1 Acceso a los servicios	13
2.2 Servicios públicos	14
2.3 Consultorios especializados en ETS	14
2.4 Estructuras generales de asistencia sanitaria	15
2.5 Servicios de derivación	15
2.6 Servicios privados	15
3. Asistencia eficaz de las ETS	16
3.1 Pautas nacionales para el manejo de casos	16
3.2 Capacitación de dispensadores de asistencia sanitaria	17
3.3 Disponibilidad de los medios de consulta y examen necesarios	17
3.4 Disponibilidad continua de medicamentos apropiados	17
3.5 Suministro continuo de preservativos	18
3.6 Asistencia aceptable para ETS	18
3.7 El papel del laboratorio en los servicios de atención de ETS	20
4. Notificación a los compañeros sexuales	21
4.1 Métodos de notificación a compañeros sexuales	21

5. Actividades adicionales de prevención y asistencia en casos de ETS	22
5.1 Promoción de un adecuado comportamiento en cuanto a la búsqueda de asistencia sanitaria	22
5.2 Determinación de objetivos de servicios	23
5.3 Detección de casos	25
5.4 Detección	26
5.5 ETS en niños y adolescentes	26
5.5.1 Abuso de niños, violación y ETS	27
5.5.2 Estrategias de control	27
5.6 Personas confinadas y servicios de atención de ETS	28

CAPÍTULO III

1. Gestión del programa de ETS	29
1.1 Papel de la gestión del programa	29
1.2 Comité Consultivo Técnico Nacional sobre ETS	29
2. Supervisión, control y evaluación	30
2.1 Supervisión	30
2.2 Control	30
2.3 Evaluación	30

ANEXOS

Anexo 1: Integración de los servicios de atención de ETS en el sistema general de asistencia sanitaria	31
Anexo 2: Manejo de casos de pacientes con ETS	33
Anexo 3: Capacitación	38
Anexo 4: Gestión del programa	41
Anexo 5: Control y evaluación	45

Abreviaturas

ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA
OMS	Organización Mundial de la Salud
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
VID	Virus de la inmunodeficiencia humana

Resumen de las recomendaciones

La prevención y la asistencia de las enfermedades de transmisión sexual constituye un mecanismo de intervención que mejora la situación sanitaria de la población y previene la transmisión del VIH. En consecuencia, el ONUSIDA y la OMS recomiendan conceder alta prioridad a la elaboración de programas encaminados hacia esa meta.

El objetivo de este documento consiste en exponer las políticas y los principios de prevención y asistencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), para ayudar a las autoridades de los Ministerios de Salud que se encargan de elaborar y aplicar programas de ETS. Aunque este documento no ha sido concebido como una descripción detallada de las actividades que pueden realizarse a los efectos de la aplicación de esos programas, se han ampliado algunos aspectos a través de anexos, de modo que puedan servir de modelos adaptables a las situaciones locales.

El ONUSIDA y la OMS recomiendan que todos los países mantengan un programa de prevención y asistencia de ETS, que convendría integrar en los programas nacionales del SIDA o coordinar estrechamente con los mismos. En todos los casos, los servicios que forman parte del programa deben prestarse en el marco del debido respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas que padecen ETS.

En el marco de los programas de ETS se recomienda :

- Realizar actividades de prevención primaria (promoción de un comportamiento sexual más seguro, suministro de preservativos) en conjunción con los programas nacionales del SIDA.
- Promover un manejo accesible, aceptable y eficaz de casos de personas con ETS a través de los sistemas de atención sanitaria públicos y privados, incluida la asistencia sanitaria de primer nivel, mediante la utilización de algoritmos simples basados en diagnósticos sindrómicos.
- Prestar servicios de prevención y asistencia de ETS en el contexto de los servicios de atención de la salud materna e infantil, prenatal y de planificación familiar.
- Tomar como objetivo unos servicios aceptables y eficaces de asistencia a pacientes de ETS, destinados a sectores de población identificados como especialmente vulnerables a la infección con ETS, inclusive a través del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Promover un comportamiento que lleve a buscar tempranamente asistencia sanitaria en casos de ETS, a lo que se añadiría una educación vinculada con el comportamiento sexual.

CAPÍTULO I

1. Antecedentes

El ONUSIDA es el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, copatrocinado por seis organismos del sistema de las Naciones Unidas: la UNICEF, el PNUD, el FNUAP, la UNESCO, la OMS y el Banco Mundial. A través del ONUSIDA se procura, principalmente, reforzar el sistema de las Naciones Unidas, especialmente los copatrocinantes, así como potenciarlo para ayudar a los países a reaccionar eficazmente ante los aspectos epidémicos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). A esos efectos, el ONUSIDA hace confluir los conocimientos, la experiencia y los recursos de los organismos del sistema de las Naciones Unidas en materia de infección por el VIH y SIDA y ETS, para ayudar a los países a reaccionar en forma más enérgica frente a esas enfermedades.

Cada vez se percibe con mayor claridad la importancia de las ETS para la salud pública, dado el grado de morbilidad y mortalidad que causan y el hecho, plenamente demostrado, de que facilitan la transmisión de la infección por el VIH. El presente documento es el resultado de la colaboración entre la OMS (un organismo especializado de las Naciones Unidas que se encarga principalmente de los aspectos internacionales de la salud y de la salud pública) y el ONUSIDA. Se pretende que sirva de guía para ayudar a los países a elaborar políticas y principios referentes a la elaboración de programas de prevención de las ETS y asistencia a quienes las padecen.

Los conocimientos y la experiencia técnica reunidos en la última década en la lucha contra la infección por el VIH, el SIDA y las ETS hicieron posible una prevención eficaz y el establecimiento de mecanismos de intervención en materia de asistencia. Ninguna estrategia podrá dar resultados por sí sola, ni ningún país puede combatir aisladamente a esas enfermedades. Para lograr repercusiones apreciables es necesario aplicar, a escala mundial, regional y local, un enfoque unificado basado en sólidos principios.

1.1 Significación de las ETS

Las ETS¹ no sólo son una causa de morbilidad aguda en los adultos, sino que pueden dar lugar a complicaciones con secuelas tales como esterilidad masculina y femenina, embarazos ectópicos, cáncer cervical, mortalidad prematura, sífilis congénita, pérdidas fetales, bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y oftalmia neonatorum.

Las ETS que son causadas por agentes bacterianos, micóticos y protozoarios se curan con antibióticos y agentes quimioterapéuticos apropiados desde hace más de 40 años. No obstante, esas ETS siguen constituyendo un problema de salud pública tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo. Sin

¹ En todo este documento se emplea la expresión «enfermedades de transmisión sexual» (ETS) para designar las infecciones y enfermedades transmitidas por vía sexual, sus complicaciones y sus secuelas. Por ejemplo, una infección transmitida sexualmente, la blenorragia, da lugar a una afección, la cervicitis, que puede originar una complicación, la salpingitis. Un trastorno permanente de la fecundidad sería una secuela.

embargo en la mayoría de los países industrializados se ha logrado un equilibrio con tasas de infección bajas (inclusive, en muchos casos, el proceso de disminución no se ha detenido). En contraste, el equilibrio logrado en muchos países en desarrollo se caracteriza por niveles de enfermedad sumamente endémicos. En muchos países en desarrollo las ETS figuran desde hace varias décadas entre las cinco principales enfermedades para las cuales los adultos tratan de obtener servicios de asistencia sanitaria. Rara vez se cuenta con mecanismos de vigilancia confiables, y es frecuente que no se conozca la magnitud exacta del problema. Cuando se dispone de datos, éstos arrojan tasas considerablemente superiores en el grupo de personas de 15 a 44 años de edad.

Mediante la utilización de información sobre la prevalencia de ETS proveniente de países en desarrollo (incluidos los de África, Asia, América Latina y el Caribe), estimaciones oficiales de la prevalencia de ETS provenientes de países industrializados e información de archivo de la OMS, tomada de informes de países determinados, se han estimado, por sexos y por regiones, tasas de prevalencia de la blenorragia, la clamidiosis, la sífilis y las infecciones por tricomonas. Se calculó la prevalencia regional en adultos correspondiente a 1995 utilizando estimaciones de población de mediana edad de adultos de 15 a 49 años de edad.

Las estimaciones sobre el chancro blando no pudieron obtenerse mediante la utilización del mismo método que el usado para la sífilis debido a que no se conocen bien la epidemiología ni la historia natural de la enfermedad, y a que no se cuenta con una prueba adecuada. Se logró una idea de la magnitud del problema de esa enfermedad tomando como base la relación entre la sífilis y el chancro blando en las anteriores estimaciones (Delphi) de la OMS correspondientes a la sífilis y al chancro blando y a las estimaciones de 1995 referentes a la sífilis. Cuando se disponga de datos publicados adicionales sobre el chancro blando se estimarán esas revisiones.

Tomando como base ese cálculo se estima el número total de enfermedades de transmisión sexual curables por año en 340 millones de nuevos casos, incluidos los correspondientes al chancro blando.

Las estimaciones se ilustran en los cuadros 1 y 2, *infra*. El cuadro 1 muestra las estimaciones correspondientes a 1995 con respecto a las ETS curables y el cuadro 2 divide las cifras por regiones (excluido el chancro blando).

Cuadro 1: Estimaciones de casos anuales de ETS curables, en todo el mundo, 1995

Enfermedad	Nuevos casos
Blenorragia	62 millones
Clamidiosis	89 millones
Sífilis	12 millones
Chancro blando	7 millones
Tricomoniasis	170 millones
Total	340 millones

Cuadro 2: Estimaciones de nuevos casos anuales de ETS curables (excluido el chancro blando) en el grupo de población de 15 a 49 años de edad, en todo el mundo, 1995

Región	Total de nuevos casos por año (x1000)	Incidencia por 1000 15 a 49 años de edad
Estados Unidos y Canadá	14 000	91
América Latina y el Caribe	36 000	145
Europa occidental	16 000	77
Europa oriental y Asia central	18 000	112
Asia oriental y el Pacífico	23 000	28
Asia meridional y sudoriental	150 000	160
Australasia	1 000	91
África del Norte y Oriente Medio	10 000	60
África subsahariana	65 000	254
Total	333 000	113

A continuación se mencionan las razones identificables que hacen que las tasas sigan siendo inaceptablemente elevadas pese a la existencia de servicios para ETS en la mayoría de los países en desarrollo.

Falta de control de las ETS

- Escasa prioridad asignada por los responsables de la política sanitaria y los planificadores a la asignación de recursos. Entre las razones figuran la vinculación de las ETS con comportamientos percibidos como deshonorosos, el hecho de que no se percibe el nexo entre las enfermedades y las complicaciones y secuelas correspondientes, ni tampoco la magnitud del problema.
- La labor de control se concentra en los pacientes sintomáticos (en general del sexo masculino), y a través de ellos no se logra identificar a personas asintomáticas (en general del sexo femenino) hasta que se producen complicaciones.
- En muchos casos la prestación de servicios se realiza a través de servicios especializados de tratamiento de ETS cuya cobertura es inadecuada y que son estigmatizantes.
- Las estrategias de tratamiento se centran en exigencias poco realistas de diagnósticos definitivos, y no en una labor práctica de adopción de decisiones.
- Por razones de economía siguen utilizándose antibióticos ineficaces de bajo costo.
- Se ha hecho poco hincapié en los programas educativos y de otro género para prevenir la infección.
- No se ha brindado una orientación autorizada a través de un conjunto racional, práctico y bien definido de actividades, que pueda servir de base para programas de prevención y asistencia.

En virtud de la frecuencia de su ocurrencia y de la morbilidad que pueden suscitar, las ETS constituyen de por sí una prioridad en la esfera de la salud pública. No obstante, ha sido la aparición de un nuevo agente patógeno de transmisión sexual (el VIH) y la pandemia, de desarrollo extraordinariamente rápido y con su complicación fatal (el SIDA), lo que ha conducido a una urgente revisión de los sistemas de control de ETS.

1.2 ETS e infección por el VIH/SIDA

En 1990 la OMS convocó una consulta sobre estrategias mundiales de coordinación de programas sobre el SIDA y las ETS. En una declaración de consenso emanada de esa reunión se reconocieron razones fundadas que aconsejan una estrecha coordinación y, cuando es conveniente, la combinación de los programas (véase *infra*).

Relación entre el SIDA y las ETS

- La modalidad predominante de transmisión del VIH y otras ETS es sexual. Otras vías de transmisión son la sangre, los productos sanguíneos, los órganos o tejidos donados y la transmisión vertical de una madre infectada a su feto o hijo recién nacido.
- Muchas de las medidas de prevención de la transmisión sexual del VIH y las ETS son idénticas, y también coinciden los sectores sociales tomados como destinatarios de esas medidas de intervención.
- Los servicios clínicos especializados en ETS son importantes puntos de contacto con personas en situación de alto riesgo de SIDA y de ETS, no sólo en materia de diagnóstico y tratamiento, sino también en lo referente a la educación.
- Cuando están presentes, otras ETS facilitan la transmisión del VIH, lo que hace del diagnóstico y el tratamiento tempranos de las ETS una importante estrategia de prevención de la transmisión del VIH.
- Las tendencias en cuanto a incidencia y prevalencia de las ETS pueden ser útiles indicadores tempranos de la variación del comportamiento sexual, y su control resulta más sencillo que el de las tendencias de seroprevalencia o incidencia del VIH.

Otra relación entre el VIH y otras ETS que no sólo ha sido postulada, sino que es objeto de experimentos por parte de algunos clínicos en zonas de gran prevalencia del VIH y el SIDA, es la alteración de la evolución de una ETS en una persona con inmunodeficiencia coexistente vinculada con la infección por el VIH. La gravedad de las manifestaciones puede incrementarse, la ineficacia puede prolongarse y acentuarse, y puede reducirse la respuesta a los regímenes de tratamiento convencionales.

Teniendo en cuenta esas relaciones confirmadas entre las ETS convencionales y el VIH, el ONUSIDA y la OMS han establecido que el control de las ETS constituye uno de los mecanismos de intervención prioritarios para la prevención de la transmisión del VIH.

1.3 Control de las ETS

En Mwanza, Tanzania, un ensayo aleatorio destinado a evaluar las repercusiones de un sistema mejorado de manejo de casos de ETS en el nivel de la atención primaria de salud demostró que la incidencia de la infección por el VIH a lo largo de dos años fue del 1,2% en la comunidad objeto de la intervención, en comparación con 1,9% en el grupo de comparación. Esta reducción del 40% evitó, según se estima, 254 infecciones.

Este estudio demostró que el tratamiento de las ETS constituye una importante estrategia de prevención de la infección por el VIH en la población en general.

Lancet, 1995, **346**: 530-36

En el pasado, los objetivos principales del control de las ETS eran :

- Interrumpir la transmisión de las infecciones adquiridas por vía sexual.
- Impedir el desarrollo de enfermedades, complicaciones y secuelas.

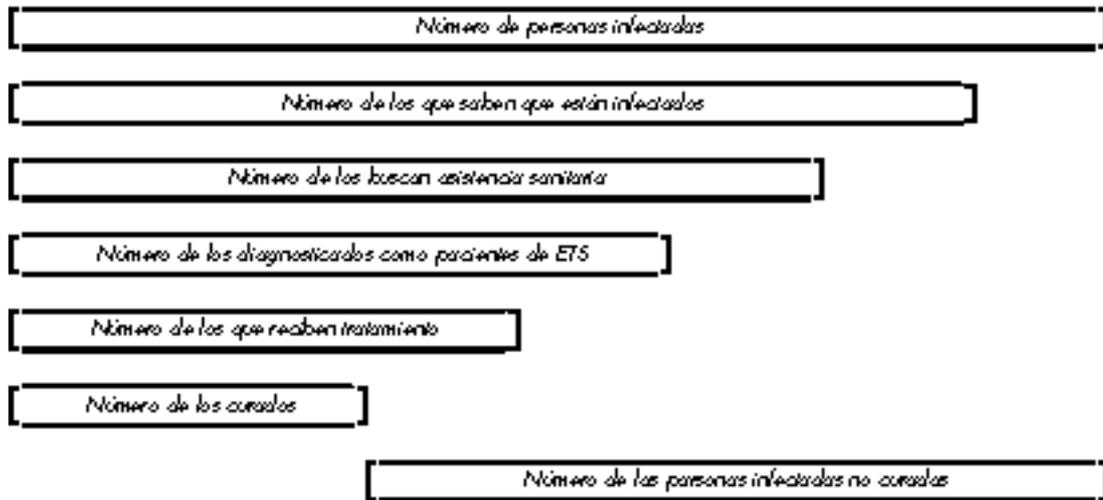
A esos objetivos debe agregarse ahora el siguiente :

- Reducir el riesgo de infección por el VIH.

Los programas pueden alcanzar esos objetivos a través de medidas de prevención primarias encaminadas a reducir la incidencia de la enfermedad, y a través de una prevención secundaria encaminada a reducir la prevalencia provocando la disminución de la duración de la enfermedad y reduciendo de ese modo al mínimo la probabilidad de complicaciones o secuelas.

La labor encaminada a reforzar la atención de personas con ETS se centra en gran medida en lograr que el tratamiento dispensado sea eficaz. Es improbable que este enfoque influya de manera importante sobre la situación, dado el gran número de personas infectadas que no reciben tratamiento. En la figura 1 se presentan algunos de los niveles en que las personas pueden no obtener medios curativos a través de un sistema de salud.

Figura 1. Pérdida de personas en etapas seleccionadas comprendidas entre la infección y la curación



Nota: La relación entre el número de personas curadas y no curadas varía de un lugar a otro conforme a las medidas adoptadas por la persona o por el servicio de asistencia sanitaria en cada etapa.

El modelo teórico que antecede es útil para identificar y cuantificar las «pérdidas» de cada etapa, determinando qué proporción de pacientes se pierde a partir del tratamiento en puntos sucesivos del proceso que va de la infección a la posible curación. Según se prevé, es posible elaborar un modelo de decisiones simple para ayudar a los países a establecer el orden de prelación de los objetivos de mejoramiento de la prestación de los servicios especializados en ETS mediante la identificación de las medidas de intervención dotadas de mayor eficacia de costos para hacer frente a las «pérdidas» significativas de cada etapa y contexto. En cada etapa de la evaluación debe recordarse que los factores que determinan las «pérdidas» pueden variar en función de la edad y del sexo. Por ejemplo, el conocimiento de la enfermedad puede ser menor en el grupo de los adolescentes que en la población adulta.

CAPÍTULO II

1. Prevención

Los determinantes de la epidemiología de las ETS son tan multifacéticos como deberían ser los enfoques de prevención y asistencia. Las medidas de intervención encaminadas a impedir la propagación de ETS y de la infección por el VIH deben elaborarse teniendo en cuenta la fisiología humana, las modalidades de comportamiento humano y las influencias socioculturales. La prevención de las ETS y de la infección por el VIH no puede realizarse exclusivamente mediante el cambio de comportamiento y los métodos de barrera. Otros factores, como las unidades y los valores familiares, el suministro de vivienda para reducir al mínimo la perturbación de la vida familiar, el empleo, la educación, la religión, la cultura, la edad, el sexo, etc., son factores que deben tenerse en cuenta en todo momento. Aunque la cobertura de estos determinantes va más allá del alcance de este documento, los gobiernos y los administradores de programas deben tenerlos en cuenta a los efectos de planificar y establecer programas de prevención y asistencia.

1.1 Prevención primaria

Las actividades de prevención primaria son esencialmente las mismas para las ETS clásicas que para el VIH transmitido por vía sexual, dado que la modalidad primaria de transmisión consiste, en ambos casos, en las relaciones sexuales. Las actividades y audiencias vinculadas con la prevención primaria son idénticas. Lógicamente, debe existir una estrecha coordinación entre los responsables de la prevención de la infección por el VIH/SIDA y los responsables de las actividades de prevención de las ETS. De hecho, es conveniente, a ese respecto, una integración plena. En materia de prevención primaria, el objetivo consiste en impedir la infección y la enfermedad. Ello puede realizarse promoviendo :

- Un **comportamiento** sexual más **seguro**.
- El uso de **preservativos** en las relaciones sexuales con penetración.

Sólo las actividades de prevención primaria pueden influir sobre las ETS actualmente incurables provocadas por infecciones víricas.

Esas actividades estarán a cargo de programas del SIDA y las ETS integrados o coordinados. La prestación de asistencia clínica para las ETS brinda importantes posibilidades de prevención primaria, al ofrecer educación, tratamiento y medios de curación eficaces a las personas que, por definición, corren un mayor riesgo de infección y de transmisión de esta última. ¡El tratamiento y la curación de una persona afectada por una ETS implica la prevención primaria para un contacto potencial!

En la mayoría de los países el programa nacional del SIDA está elaborando estrategias de prevención y ya está aplicando medidas de intervención. Es importante que estas últimas comprendan educación con respecto a las ETS. De ello emanarán, probablemente, beneficios mutuos; por ejemplo, la educación con respecto a posibles complicaciones de ETS, como la esterilidad, puede ser un medio de persuasión que lleve a reducir la actividad que provoca riesgos de ETS, incluida la infección por el VIH. En contextos de bajo nivel de infección por el VIH/SIDA, las personas pueden mostrarse más interesadas en las ETS que en el VIH. En algunos lugares los programas de ETS existentes han logrado experiencia técnica en materia de prevención primaria que pueden compartir con el programa nacional del SIDA.

La mayoría de los mensajes de prevención son aplicables al VIH y a las ETS convencionales, pero conviene incluir en los mensajes aleccionantes que se refieren específicamente a las ETS:

- La información de que muchas ETS pueden ser tratadas y curadas.
- La información de que es necesario un tratamiento temprano para evitar complicaciones y secuelas permanentes.
- La información de que los síntomas y signos pueden pasar desapercibidos, especialmente en la mujer, hasta que aparecen complicaciones.
- La descripción de los signos y síntomas reconocibles.
- Una lista de lugares en que puede obtenerse información sobre ETS (es decir servicios de asistencia sanitaria básica) y, cuando existan, consultorios para categorías de ETS y centros de asesoramiento voluntario referentes a esas enfermedades.
- La certeza de que el sector público garantiza una relación privada, confidencial y respetuosa en todos los casos en que se solicitan sus servicios.
- Asesoramiento al consultante en cuanto a la evaluación de su riesgo personal de haber adquirido una ETS, así como el riesgo que corre(n) su(s) compañero(s) sexual(es). (Si la evaluación lleva a pensar en la posibilidad de que el consultante tenga ETS corresponde aconsejar asistencia relacionada con ese tipo de enfermedades).

A fin de crear mensajes realistas, aceptables y culturalmente apropiados con respecto a las ETS es importante tener en cuenta los conocimientos, actitudes y prácticas de la audiencia. Será necesario realizar una investigación simple para obtener información de las comunidades, inclusive en materia de:

- Conocimiento y percepciones referentes a la importancia de las ETS.
- Comportamiento encaminado a buscar asistencia sanitaria.
- Dificultades para procurar asistencia relacionada con ETS.

1.2 Prevención secundaria

La prevención secundaria comprende el suministro de tratamiento y asistencia a personas infectadas y afectadas. Las actividades respectivas deben comprender:

- La promoción de un comportamiento encaminado a procurarse asistencia sanitaria vinculada no sólo con los síntomas de ETS, sino también con el aumento del riesgo de contraer ETS, incluida la infección por el VIH.
- La prestación de servicios clínicos accesibles, aceptables y eficaces, y que ofrezcan diagnóstico y un tratamiento eficaz de pacientes con ETS —síntomáticos y asintomáticos— y sus compañeros sexuales.
- Servicios de apoyo y consejo para pacientes con ETS y VIH.

Son escasos los conocimientos y la experiencia en materia de promoción de un comportamiento encaminado a la búsqueda de asistencia sanitaria para mujeres y hombres adultos, y jóvenes, en relación con las ETS. El ONUSIDA y la OMS reconocen el carácter prioritario de la elaboración de métodos óptimos para diferentes contextos en esta esfera. Deberá proporcionarse orientación a medida que se obtenga información. Es necesario realizar investigaciones operativas adicionales en el ámbito de la asistencia relacionada con las ETS.

2. Servicios de asistencia de ETS

El suministro de servicios de asistencia accesibles, aceptables y eficaces constituye una piedra angular de todo programa de control de las ETS.

2.1 Acceso a los servicios

En la mayoría de los países en desarrollo e industrializados, los pacientes pueden optar dentro de una gama de servicios de asistencia de ETS. A continuación se mencionan posibles fuentes.

Fuentes potenciales de asistencia relacionada con ETS

Sector público :

- Consultorios especializados en ETS o clínicas de dermatovenereología.
- Departamentos de consulta externa de otras especialidades, en hospitales.
- Asistencia de primer nivel, incluida la que se ofrece en salas de emergencia, dispensarios, centros de salud.
- Consultorios de salud reproductiva y de atención de la salud maternoinfantil.
- Consultorios de planificación familiar.

Sector privado :

- Consultorios privados especializados en ETS.
- Departamentos de consulta externa de hospitales privados.
- Médicos privados que prestan servicios de asistencia sanitaria de primer nivel y asistencia referente a diversas especialidades (dermatología, ginecología, urología, medicina general, etc.).
- Farmacéuticos (en los casos en que es legal dispensar antibióticos sin receta médica).
- Organizaciones no gubernamentales, a través de servicios de asistencia sanitaria de primer nivel, departamentos de consulta externa de hospitales.
- Consultorios especializados.
- Consultorios de servicios que se prestan en el lugar de trabajo.

Sector informal :

- Curanderos tradicionales.
- Farmacéuticos (cuando es ilegal dispensar antibióticos sin receta médica)
- Facultativo médico no calificado ("charlatanes").
- Vendedores de antibióticos.

Al brindar un acceso universal a adecuados programas de asistencia de ETS debe reconocerse el hecho de que los pacientes buscan asistencia en una combinación de proveedores públicos y privados. En muchos países, la mayor parte de la asistencia de ese género proviene de proveedores ajenos al sector público. En la planificación de un programa equilibrado e integral debe considerarse la posibilidad de reforzar la situación de todos los dispensadores de asistencia sanitaria que estén en condiciones de prestar servicios de buena calidad.

2.2 Servicios públicos

Los servicios de atención de ETS del sector público deberían formar parte de las estructuras de asistencia sanitaria existentes, como los departamentos de consulta externa, los servicios de asistencia sanitaria de primer nivel, los consultorios de salud materno-infantil y los consultorios de planificación familiar. Debería procurarse cobertura a mujeres y hombres adultos, y jóvenes.

2.3 Consultorios especializados en ETS

La prestación de servicios verticales a través de consultorios especializados en ETS o en dermatovenereología² suele ser insatisfactoria tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo, lo que obedece, entre otras razones, a escasa accesibilidad y aceptabilidad. Es prácticamente imposible establecer consultorios especializados a los que tenga acceso expedito toda la población de las zonas rurales y urbanas. Además, acudir a esos consultorios puede ser estigmatizante, en especial para las mujeres. Por lo tanto, aunque los servicios especializados en ETS del sector público se prestan a través de un sistema vertical, seguirá siendo necesario ofrecer asistencia para esas enfermedades a través de los servicios generales de asistencia sanitaria. Si la misma no puede obtenerse en el sector público se presionará a los profesionales privados y al sector informal para que los preste.

Se sostiene que el personal clínico especializado de los consultorios puede brindar asistencia de alta calidad en materia de ETS, pero la inaccesibilidad, la inaceptabilidad y el hecho de que se requiere un gran volumen de recursos humanos y económicos lleva a que éste sea un método poco práctico para la prestación de servicios para la población en general. No obstante, los consultorios especializados en ETS pueden constituir centros de referencia y derivación (véase infra).

La función de los consultorios especializados en ETS

Aunque el ONUSIDA y la OMS recomendaron la integración sistemática de los servicios especializados en ETS en los servicios de atención primaria de salud, los consultorios especializados en ETS pueden utilizarse para la prestación de servicios primarios, en contextos urbanos, a grupos específicos, como prostitutas y sus clientes, trabajadores migratorios, camioneros y todo otro grupo que tenga escaso acceso a la asistencia sanitaria.

Por otra parte, dada la concentración de experiencia técnica en materia de ETS, esos consultorios pueden ofrecer servicios de derivación referentes a servicios de asistencia primaria, departamentos de consulta externa de hospitales, facultativos privados, etc. En algunos casos seleccionados los consultorios especializados también deben reforzarse como centros de referencia para proporcionar capacitación en ETS a dispensadores de asistencia sanitaria, información epidemiológica (por ejemplo prevalencia de agentes etiológicos dentro de los síndromes y sensibilidad a los antimicrobianos) e investigaciones operativas (es decir estudios sobre la factibilidad y validez de ciertos enfoques algorítmicos).

² Los servicios de atención de ETS se proporcionan aún a través de los consultorios de dermatovenereología, que atienden tanto los problemas cutáneos como los de las ETS. En cierta medida, esto reduce el estigma asociado con los consultorios que se ocupan sólo de la ETS. A menudo, sin embargo, los consultorios de dermatovenereología se concentran en el tratamiento de los pacientes sintomáticos que se presentan espontáneamente, y desatienden las preocupaciones de salud pública, la prevención y la detección de casos entre los pacientes asintomáticos. Los servicios de dermatovenereología son frecuentes, por ejemplo, en Asia y América Latina.

2.4 Estructuras generales de asistencia sanitaria

Los servicios generales de asistencia sanitaria, que brindan la posibilidad de llegar a toda la comunidad, ofrecen recursos en gran escala, hoy día no aprovechados en su mayor parte, para reducir el problema de las ETS.

Una de las principales orientaciones de los programas debe consistir en el acceso a una asistencia sistemática aceptable y eficaz con respecto a las ETS a través de servicios generales de asistencia sanitaria.

En muchas situaciones, el sector de la salud pública está experimentando crisis financieras y de personal. Por lo tanto es esencial que la labor encaminada a integrar los servicios de ETS presione en la menor medida posible las estructuras existentes. Las recomendaciones que abajo aparecen con respecto a la prestación de servicios de asistencia aceptables y eficaces con respecto a las ETS se formulan teniendo en cuenta lo que acaba de expresarse.

En el anexo 1 se examinan algunas de las estrategias de inserción de la asistencia sistemática de casos de ETS en la estructura de los servicios generales de salud.

2.5 Servicios de derivación

Cuando la asistencia sistemática para casos de ETS está a cargo de los servicios generales de salud, cierta proporción de pacientes —probablemente entre el 5% y el 10%— deberán ser trasladados para que reciban asistencia especializada. Esa asistencia secundaria puede estar a cargo de consultorios especializados en ETS o departamentos de dermatovenereología, cuando existen. Se admite que, en el caso de la comunidad rural, el acceso a los servicios de derivación se ve afectado por la distancia, las deficiencias de los servicios de transporte y los costos de viaje. Por este motivo es importante descentralizar los servicios de derivación de modo que se presten en servicios regionales de asistencia sanitaria general. Debe estudiarse la posibilidad de reforzar los servicios de derivación en niveles de asistencia sanitaria intermedios, como los hospitales de distrito o equivalentes.

2.6 Servicios privados

En general, en los programas de ETS la atención está centrada en los servicios que brinda el sector público. No obstante, es importante reconocer que en muchos contextos el sector privado capta una proporción considerable del mercado de asistencia sanitaria. No es probable que esta situación cambie significativamente hasta que se haya alcanzado la meta a largo plazo de un fortalecimiento global de la infraestructura de los sistemas de salud. No debe pasarse por alto este influyente sector privado, que en muchos contextos puede llegar a proporcionar más del 70% del tratamiento de las ETS. Es importante mejorar en la mayor medida posible el manejo de casos en todas las fuentes de asistencia.

El suministro de pautas de tratamiento, la formación del respectivo personal sanitario, la disponibilidad de información sobre medicamentos eficaces y la información sobre suministro y uso de preservativos deberán figurar en el programa de ETS.

3. Asistencia eficaz de las ETS

La asistencia de casos de ETS en el primer punto de contacto con un paciente de una ETS debe ser de alta calidad. No se trata de un objetivo inasequible, ni siquiera para programas con escasos recursos financieros. Además, es probable que una asistencia de buena calidad dé lugar a una utilización más eficiente de los recursos, porque serán mayores los beneficios de las medidas de intervención para la salud pública y personal.

Sea cual fuere la elección que efectúe una persona para obtener asesoramiento, tanto en la esfera pública como en el sector privado, el programa de ETS debe garantizar un apropiado y eficaz manejo del caso.

La asistencia para casos de ETS, independientemente de que se proporcione en un país rico o pobre en recursos, debe encaminarse a brindar un manejo de casos de igual generalidad, que comprenda diagnóstico (sindrómico o basado en pruebas de laboratorio), tratamiento curativo, reducción del comportamiento que hace asumir riesgos y el tratamiento de los compañeros sexuales. A los efectos de que la asistencia de los casos de ETS sea eficaz, es necesario poner en acción los factores que a continuación se mencionan.

3.1 Pautas nacionales para el manejo de casos

El objetivo del manejo de casos de pacientes con ETS consiste en:

- Efectuar un diagnóstico correcto.
- Proporcionar un tratamiento eficaz.
- Reducir o prevenir futuros comportamientos que supongan riesgos.
- Asesorar al paciente sobre observancia del tratamiento.
- Promover el uso y suministro de preservativos.
- Disponer lo necesario para que los compañeros sexuales sean notificados y tratados apropiadamente.

Para promover un manejo de casos de calidad invariablemente alta, deben elaborarse y hacerse circular entre todo el personal de salud que brinde asistencia en casos de ETS pautas basadas en modalidades identificadas de infección y enfermedad. La preparación de esas pautas debe estar a cargo del Comité Consultivo Técnico Nacional sobre ETS, en tanto que su adaptación a las circunstancias y posibilidades de los diferentes servicios y prestadores de asistencia sanitaria debe estar en manos del personal del programa.

El ONUSIDA y la OMS recomiendan categóricamente la adopción del **diagnóstico y tratamiento sindrómicos** de las ETS.

El manejo sindrómico de casos se basa en la clasificación de los principales agentes causales que dan lugar a determinadas manifestaciones clínicas (síndrome), como el síndrome de exudado uretral en los hombres. Luego se utilizan gráficos de flujo que ayudan al dispensador de servicios sanitarios a llegar a un diagnóstico y decidir el tratamiento. Este último abarca todas las causas importantes del síndrome.

Deben elaborarse y distribuirse pautas nacionales para el manejo de un paciente con ETS. Las pautas deben ser generales pero de fácil aplicación. Deben referirse a los temas del diagnóstico, los protocolos de tratamiento, la notificación de los compañeros sexuales, la educación sanitaria y el suministro de preservativos. En el anexo 2 se analizan en mayor detalle las pautas y el fundamento del tratamiento sindrómico de las ETS.

3.2 Capacitación de dispensadores de asistencia sanitaria

Las pautas, por sí solas, no bastan. La capacitación en manejo de casos de ETS para el personal de salud de nivel básico y otro personal que dispensa asistencia para esas enfermedades es un factor decisivo para el éxito de un servicio integrado. Entre otras, pueden realizarse las siguientes actividades :

- Capacitación en servicio.
- Capacitación en el marco de cursos básicos.
- Cursos postbásicos, con utilización de experiencia técnica en venereología, concentrada en los consultorios especializados seleccionados como centros de derivación y referencia.
- Formación de capacitadores, para procurar que el personal de salud capacite a sus colegas (principio «de cascada»).
- Distribución de pautas nacionales de modo que las mismas puedan ser comprendidas y utilizadas sin necesidad de capacitación especial adicional.

En el anexo 3 se analizan pautas detalladas referentes a estrategias de capacitación.

3.3 Disponibilidad de los medios de consulta y examen necesarios

En todos los contextos de asistencia sanitaria en que se ofrezca asistencia para casos de ETS, tanto en el sector público como en el privado, debe ser factible realizar una labor de manejo de casos.

Un requisito esencial será siempre el carácter privado de la consulta. Según la fuente de asistencia de que se trate, también puede ser necesario contar con :

- Mesas o camas de examen con adecuada iluminación.
- Los suministros que sean necesarios para el servicio (por ejemplo guantes, jeringas, espéculos, equipo de esterilización y material de laboratorio cuando corresponda).

En las recomendaciones del ONUSIDA y la OMS sobre manejo de casos se reducen al mínimo las necesidades referentes a la prestación de servicios de ETS, para que sea posible brindar la asistencia necesaria inclusive en contextos de escasos recursos.

3.4 Disponibilidad continua de medicamentos apropiados

Los protocolos terapéuticos para el tratamiento de organismos específicos que provocan síndromes formarán parte de las pautas de manejo de casos elaboradas por el Comité Consultivo Técnico Nacional sobre ETS. Una vez que haya examinado la sensibilidad a los antibióticos de los organismos prevalentes, el comité deberá recomendar a las entidades nacionales que elaboran la política farmacéutica los medicamentos que resulten eficaces en ese país.

En todo programa de control de ETS es absolutamente necesario disponer de un tratamiento eficaz.

Es necesario coordinar la labor con el Programa de Medicamentos Esenciales a fin de que los medicamentos necesarios figuren en la lista de medicamentos esenciales del país y que su distribución se realice en forma oportuna y adecuada. La coordinación debe ser continua, para poder enmendar la lista de medicamentos a medida que se detecten modificaciones a la sensibilidad a los antibióticos de los organismos que producen ETS.

Para que se lleve a cabo un tratamiento eficaz, los medicamentos seleccionados como parte de las pautas nacionales deben estar constantemente disponibles. En todo contexto público éste será un importante rubro presupuestario, y es probable que las autoridades responsables a nivel nacional, estatal o provincial, o de distrito, se muestren reacias a comprometer un gran volumen de recursos sin obtener nada a cambio. En muchos países los pacientes están acostumbrados a pagar los medicamentos, o por lo menos a efectuar cierto aporte, por lo cual cabe considerar como alternativa la aplicación de una política de recuperación de costos.

También debe disponerse de medicamentos para un tratamiento eficaz, y el sector privado debe usarlos. Será necesario brindar capacitación para promover su uso.

3.5 Suministro regular de preservativos

Los medios a través de los cuales se realiza en el sector público la adquisición y distribución de preservativos a escala nacional puede diferir de un país a otro. El programa del SIDA y las ETS debe disponer lo necesario para que el método sea eficaz y adecuado. En todos los servicios ordinarios de salud debe ser posible obtener preservativos, que, por lo tanto, deben estar a disposición de los pacientes con ETS. Además, el programa del SIDA y las ETS tendrá que garantizar la disponibilidad de preservativos en consultorios especializados en ETS y a través de todos los servicios periféricos destinados a sectores objetivo y a la población en general.

El programa de ETS debe facilitar también la introducción de mecanismos de mercadotecnia social para complementar e incrementar la disponibilidad de preservativos de calidad adecuada para el público.

3.6 Asistencia aceptable para ETS

Por accesibles y eficaces que sean los servicios, los mismos resultan inútiles a menos que los potenciales pacientes estén dispuestos a utilizarlos. Es probable lograr la máxima aceptabilidad posible haciendo que la asistencia forme parte de los servicios sanitarios regulares; la asistencia es menos aceptable cuando se presta a través de departamentos de dermatovenereología, y el nivel mínimo corresponde a servicios que se prestan a través de consultorios especializados en ETS. Los siguientes son ejemplos de obstáculos a la aceptabilidad; algunos se superponen con las dificultades de acceso y eficacia:

- Horario de apertura inconveniente y largos períodos de espera.
- Instalaciones físicas deficientemente mantenidas y poco atractivas.
- Actitudes críticas de parte del personal.
- Escasas aptitudes de comunicación del personal.
- Estigmatización de quienes procuran asesoramiento con respecto a ETS.
- Falta de alivio de los síntomas.
- Cargos económicamente inaccesibles.
- Entorno falto de privacidad y sensación de falta de confidencialidad.

Obstáculos a la aceptabilidad de los consultorios de ETS

Horario de espera inconveniente :

En general, tanto a los hombres como a las mujeres les resulta difícil pedir licencia en el trabajo para procurarse tratamiento por ETS, lo que lleva a postergar la búsqueda de tratamiento o a automedicarse. Al planificar los programas debe buscarse la manera de superar esas dificultades en los servicios integrados de ETS.

Actitudes críticas de parte del personal :

Cuando sea necesario debe volverse a capacitar al personal de salud para que la asistencia de los casos de ETS se realice sin actitudes críticas y moralistas inconvenientes. Esas actitudes pueden ser un disuasivo a la búsqueda de asistencia sanitaria, en especial en el caso de los adolescentes y las mujeres jóvenes no casadas.

Escasas aptitudes de comunicación del personal :

Se requieren especiales esfuerzos y cierta actitud de alerta para detectar las diferentes percepciones de los adultos y los adolescentes con respecto a las enfermedades. La comunicación debe estar adaptada a la audiencia a la que va dirigida, y el personal de salud debe saberlo. Cuando sea necesario debe ponerse en marcha un proceso de formación del personal de salud para mejorar sus aptitudes en materia de comunicación, en especial con respecto a la asistencia de los adolescentes que sufren ETS.

Estigmatización :

Los estigmas se originan en valores de la sociedad y pueden ser agravados por los sistemas institucionales. Los servicios de ETS destinados a las prostitutas profesionales, por ejemplo, pueden estigmatizar a las mismas personas que presuntamente se trata de servir. A través de un servicio integrado que atienda las necesidades de esas personas junto con otros sectores sociales se promoverá la desestigmatización de las ETS.

Cargos económicamente inaccesibles :

Los programas deben determinar qué sectores de la población se ven afectados por los cargos de usuarios, aun cuando éstos no sean exorbitantes. Deben preverse los medios necesarios para brindar asistencia a esos grupos sociales. Esto no debería aplicarse sólo a los servicios de atención de ETS, sino que debería abarcar también otras necesidades sanitarias de esos grupos (en relación, por ejemplo, con embarazos no deseados o abuso de drogas).

Entorno no privado y sensación de falta de confidencialidad :

El carácter mismo de las ETS y algunos de los aspectos jurídicos del tratamiento de las mismas en menores pueden dar una impresión de deterioro del principio de confidencialidad. Los asuntos confidenciales deben manejarse en un entorno privado. Debe existir la sensación de que los servicios de atención de ETS se brindan en una atmósfera privada y confidencial. Esto es especialmente importante para los adolescentes.

3.7 El papel del laboratorio en los servicios de atención de ETS

En contextos de bajos recursos, el costo y la insuficiente disponibilidad de suministros, respaldo y experiencia técnica reducen gravemente, en cuanto a practicidad y disponibilidad, las investigaciones de laboratorio. En el caso de algunos organismos transmitidos por vía sexual, inclusive cuando existen recursos adecuados no puede confiarse en los diagnósticos de laboratorio. Por ejemplo, *Haemophilus ducreyi*, que causa el chancro blando, es una bacteria fastidiosa que no puede cultivarse fácilmente. Las pruebas relativas a *Chlamydia trachomatis* son costosas y la recolección de especímenes es invasiva y desagradable, tanto para hombres como para mujeres. El diagnóstico de la sífilis primaria requiere un microscopio y capacitación especiales, e inclusive en las mejores manos quizá no puedan visualizarse las espiroquetas.

Por estas razones y otras arriba mencionadas, las pautas de manejo de casos recomendadas por el ONUSIDA y la OMS (que se analizan en el anexo 2) hacen posible, en casos de ETS, una asistencia adecuada que no requiera —salvo, a lo sumo, en escasa medida— apoyo de laboratorio. Ese apoyo debe limitarse a situaciones en que resulte esencial para adoptar decisiones clínicas o programáticas, como en las siguientes tareas :

Gestión de programas

- Formación de personal de salud y personal de laboratorio.
- Encuestas epidemiológicas y microbiológicas.
- Controles de sensibilidad a los antimicrobianos.
- Gráficos de flujo de validación.
- Vigilancia «centinela»

Manejo de pacientes

- Para la detección de casos de sífilis en todas las mujeres embarazadas.
- Confirmación mediante diagnóstico de casos selectivos en centros de derivación.

Investigación

- Elaboración de nuevas pruebas de diagnóstico.
- Elaboración de nuevos medicamentos.
- Investigación clínica.

El gestor del programa de ETS se encargará de evaluar la capacidad y las necesidades de respaldo de laboratorio en el ámbito de las ETS.

Lo mejor es orientar todo excedente de capacidad de laboratorio hacia el diagnóstico y la detección de casos de blenorragia y clamidiosis en mujeres, con respecto a los cuales el diagnóstico sindrómico tiene el mínimo grado de sensibilidad y especificidad.

4. Notificación a los compañeros sexuales

Debe considerarse la posibilidad de realizar esa notificación en todos los casos en que se diagnostican ETS, en cualquier contexto.

La notificación de que se trata consiste en las actividades de salud pública a través de las cuales se notifica a los compañeros sexuales de personas con ETS, se les da a conocer el riesgo que corren y se les ofrece tratamiento y servicios de apoyo. Para lograr la limitación de la transmisión de ETS, esa notificación debe encaminarse hacia los siguientes objetivos :

- Tratar a los compañeros sexuales del paciente con ETS (por lo menos los que haya tenido en los tres meses anteriores).
- Tratar a los compañeros sexuales por la misma ETS (y por toda ETS adicional que se detecte) como en el caso del paciente índice.

La atención a los compañeros sexuales del enfermo debe guiarse también por los principios de la confidencialidad y la ausencia de coerción. A los efectos de las notificaciones es importante tener en cuenta la cuestión del sexo de la persona notificada. Las consecuencias y repercusiones de la notificación del compañero sexual del paciente índice pueden ser diferentes si este último es del sexo masculino, en lugar de femenino. Debe brindarse el apoyo necesario y el asesoramiento que sea preciso.

4.1 Métodos de notificación a compañeros sexuales

Para ponerse en contacto con los mismos pueden utilizarse dos métodos, cada uno de los cuales puede examinarse y adaptarse al contexto de que se trate. El método de información a cargo del dispensador de servicios constituye una labor costosa y que en general no da resultado cuando crea en el paciente la sensación de que el contacto puede no ser confidencial. El ONUSIDA y la OMS recomiendan el método de notificación a cargo de los pacientes, una vez que éstos han sido adecuadamente instruidos y asesorados.

Información a cargo del paciente

En esta alternativa se encomienda al paciente, una vez que ha recibido educación y asesoramiento adecuados, que se comunique con sus compañeros sexuales y les pida que se presenten para recibir tratamiento.

Información a cargo del dispensador de servicios

Este método consiste en pedir al paciente que proporcione al agente de salud los nombres y direcciones de sus compañeros sexuales para que los funcionarios de salud puedan comunicarse con ellos y solicitarles que se presenten para recibir tratamiento.

En el anexo 2 se examina en mayor detalle la cuestión de la notificación de los compañeros sexuales.

5. Actividades adicionales de prevención y asistencia en casos de ETS

Al igual que en otras enfermedades comunicables, la prevención de las ETS no puede lograrse exclusivamente mediante la prestación de asistencia a las personas que se presentan espontáneamente a los establecimientos de salud.

Es importante identificar y proporcionar tratamiento a las personas infectadas que no tratan de obtener asistencia sanitaria de manera espontánea. Muchas de ellas serán del sexo femenino, no presentarán síntomas, o éstos serán mínimos, no comprenderán la importancia de los síntomas o, de hecho, no se ocuparán de los síntomas por razones de vergüenza, temor o porque se sienten estigmatizadas. Además, en algunos países, los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, especialmente los bisexuales y los varones homosexuales que no se identifican como tales, pueden abstenerse de buscar y obtener tratamiento, por razones semejantes.

Las personas jóvenes pueden experimentar especiales dificultades para tener acceso a establecimientos de asistencia sanitaria. Ello puede deberse a apremios financieros, dificultad de comunicación o actitudes del personal de asistencia sanitaria. Análogamente, las mujeres en general pueden experimentar dificultades para comunicarse en relación con las ETS. En algunas culturas, el hecho de que una mujer tenga una ETS supone que es incapaz de satisfacer a su hombre, que a su vez ha buscado satisfacción sexual con otra persona. La mujer, en consecuencia, puede culparse de la infección o sentir vergüenza de presentarse para obtener asistencia por ETS.

En el actual programa de ETS deben incluirse varios enfoques. Los mismos se analizan en las seis subsecciones siguientes.

5.1 Promoción de un adecuado comportamiento en cuanto a la búsqueda de asistencia sanitaria

El desarrollo y fortalecimiento de la prestación de asistencia por ETS debe ir acompañada por la educación de los potenciales usuarios de los servicios con respecto a la disponibilidad y a los beneficios de los mismos. A esos efectos deben tenerse en cuenta las razones que pueden llevar a las personas a abstenerse de buscar un tratamiento temprano. Algunos quizá no se procuren ningún tratamiento hasta que la enfermedad es identificada al acudir a un servicio médico por otra afección, no vinculada con ETS.

Las siguientes son algunas de las razones que llevan comúnmente a no buscar asistencia sanitaria :

- Desconocimiento de las ETS y sus posibles consecuencias.
- Inexistencia de signos o síntomas, especialmente en la mujer.
- Falta de conocimiento de las fuentes de asistencia sanitaria.
- Reluctancia a hablar de cuestiones sexuales.
- Temor de que otros se enteren (especialmente en el caso de los adolescentes).
- Temor de un enfoque crítico de parte del dispensador de asistencia sanitaria.
- Reluctancia de las mujeres a ser examinadas, especialmente por un hombre.
- Falta de confianza en servicios del sector público.
- Leyes y restricciones (algunas de origen religioso o cultural) con respecto a la asistencia sanitaria para menores de edad.

Aunque la expresada es la base para que en los programas se adopten medidas de respuesta y se establezcan estrategias de intervención, en el marco de los programas de ETS se debe tratar de comprender, en la esfera local, las razones que impiden un adecuado comportamiento en cuanto a búsqueda de asistencia sanitaria, a fin de elaborar adecuadas estrategias de intervención. El ONUSIDA y la OMS consideran sumamente importante elaborar enfoques que mejoren el comportamiento en lo referente a la búsqueda de asistencia sanitaria.

Comportamiento en materia de búsqueda de asistencia sanitaria para ETS

Motivación del cliente

La necesidad de un comportamiento que conduzca a buscar asistencia sanitaria en casos de ETS puede ser percibida por una persona si evalúa los riesgos que corre, a través :

- Del reconocimiento de los riesgos de infección provocados por su propio comportamiento sexual.
- Del reconocimiento de los riesgos provocados por el comportamiento sexual de un compañero.

En el componente educativo de todos los programas del SIDA y las ETS debe destacarse la importancia de un reconocimiento temprano de las enfermedades adquiridas por vía sexual y de la obtención de tratamiento. Los siguientes son algunos de los métodos de promoción de un comportamiento que lleve a la persona a procurarse asistencia sanitaria :

- Campañas nacionales y locales en los medios de difusión.
 - Educación para jóvenes en los colegios y fuera de ellos.
 - Iniciativas comunitarias (por ejemplo iniciativas de educación entre compañeros, clubes).
 - Educación en salas de espera de establecimientos de salud.
 - Educación enmarcada en las consultas clínicas por ETS.
 - Educación orientada hacia los sectores de población cuyo comportamiento incrementa su riesgo (por ejemplo profesionales del sexo y sus clientes).
 - Programas de educación sobre el SIDA y las ETS en los lugares de trabajo.
-

Por sí solos, los mensajes referentes al comportamiento consistente en la búsqueda de asistencia sanitaria pueden no ser suficientes para lograr que las personas utilicen servicios clínicos de ETS. Será necesario aplicar en forma convergente otras medidas complementarias. La más importante de esas últimas consiste en una mejor prestación de los servicios de salud.

Comportamiento consistente en la búsqueda de asistencia sanitaria por ETS

Prestación de servicios

Quizá los pacientes perciban el riesgo que corren y admitan la necesidad de recibir tratamiento, pero a falta de servicios adecuados quizá no intenten obtener tratamiento. Es importante que en el marco del programa referente a las ETS se ponga en marcha una campaña destinada a :

- Mejorar las actitudes del personal de atención sanitaria con respecto a los pacientes con ETS.
 - Mejorar los servicios clínicos y el suministro de medicamentos.
 - Hacer que los centros de asistencia sean accesibles y les resulten aceptables a los pacientes.
 - Insertar los servicios para ETS en otras disciplinas sanitarias, para reducir al mínimo la estigmatización.
-

5.2 Determinación de objetivos de servicios

Las personas que tienen más de un compañero sexual son especialmente vulnerables a las ETS y, por lo tanto, es más probable que transmitan la infección a otros compañeros sexuales. Los miembros de esos «grupos básicos» tienden a influir desproporcionadamente en el mantenimiento de altas tasas de ETS, lo que hace conveniente orientar hacia ellos servicios y actividades de prevención referentes a ETS.

Es muy posible que los integrantes de esos grupos básicos se muestren reacios a procurarse asistencia por ETS y a revelar su comportamiento riesgoso. Una de las actividades de coordinación de los programas del SIDA y las ETS consistirá en obtener la información necesaria para programar medidas de intervención útiles, como las tendientes a dar respuesta a las siguientes preguntas :

- ¿Cuáles son los grupos vulnerables, y dónde se encuentran?
- ¿En qué consiste el comportamiento de esos grupos de población en relación con la búsqueda de asistencia sanitaria?
 - ¿Dónde procuran obtener asistencia?
 - ¿Qué razones los llevan a efectuar esa elección?
 - ¿Qué dificultades experimentan para recibir asistencia sanitaria?

A continuación se ofrecen ejemplos —aunque la lista no es exhaustiva— de integrantes de categorías vulnerables. En función de las respuestas provenientes de la investigación básica, algunas de las posibles medidas de intervención pueden aparecer en la segunda.

Grupos potencialmente vulnerables

- Personas de ambos sexos que ejercen la prostitución
 - Grupos identificados de clientes de las mismas, tales como :
 - Personal militar.
 - Conductores de camiones de larga distancia.
 - Turistas y empresarios.
 - Navegantes.
 - Trabajadores migratorios, refugiados, personas desplazadas.
 - Hombres solteros en contextos urbanos.
 - Hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, como :
 - Hombres homosexuales que se identifican como tales.
 - Hombres bisexuales y homosexuales que ocultan su condición.
 - Consumidores de drogas, por ejemplo usuarios de drogas intravenosas y sus compañeros sexuales (revisten especial importancia cuando existe un alto nivel de infección por el VIH entre los usuarios de drogas intravenosas; cuando se utiliza la prostitución para financiar ese hábito, o ambas cosas).
 - Presos, especialmente cuando los infractores juveniles están mezclados con reclusos que sufren largas condenas.
 - Jóvenes (personas de 10 a 24 años de edad) especialmente cuando no asisten a clase y están desempleados (por ejemplo niños de la calle).
-

Prestación de asistencia por ETS orientada hacia objetivos

- Servicios de asistencia de ETS orientados específicamente a grupos vulnerables (básicos):
 - Servicios integrados destinados a ser aceptables a profesionales del sexo, mujeres jóvenes no casadas e individuos que mantienen relaciones sexuales anales u orogenitales (por ejemplo, horas convenientes, actitud no crítica por parte del personal, beneficios adicionales, como asistencia sanitaria infantil y asesoramiento en materia de servicios jurídicos y sociales).
 - Servicios adecuadamente accesibles para grupos de clientes.
 - Centros de asesoramiento y tratamiento voluntario.
 - Mejoramiento de los servicios existentes:
 - Mayor sensibilidad a la existencia de grupos vulnerables (básicos).
 - Formación de funcionarios en aptitudes interpersonales (por ejemplo reducción de la actitud crítica hacia las mujeres que tienen múltiples compañeros sexuales, hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, consumidores de drogas).
 - Examinar la posibilidad de ampliar los horarios de funcionamiento de los consultorios.
 - Actividades encaminadas a una reducción acelerada de las tasas de ETS:
 - Tratamiento epidemiológico en gran escala o en gran escala selectivo.
 - Examen y tratamiento periódicos de grupos vulnerables (básicos) identificables.
-

Las actividades de manejo de casos ofrecidas a los grupos vulnerables dependerán de la fuente de asistencia. Se recomienda la promoción y el seguimiento, tanto en los servicios de salud privada como en los públicos, de las pautas nacionales recomendadas por el programa de ETS.

5.3 Detección de casos

La detección de casos consiste en la realización de pruebas de ETS en personas que procuren asistencia sanitaria por razones no vinculadas con esas enfermedades. Una aplicación muy importante de la labor de detección de casos es el suministro de asistencia en relación con ETS en los servicios de salud materno-infantil y de planificación familiar. Esos servicios brindan la oportunidad de ofrecer asistencia por ETS en contextos aceptables y no críticos y también permiten a los dispensadores de asistencia sanitaria evaluar la probabilidad de infección en mujeres que no saben que han corrido riesgos de infección. En todo programa de control de ETS debe considerarse cuidadosamente la posibilidad de complementar la prestación de servicios de asistencia de rutina relacionados con ETS mediante la integración de los servicios de ETS en esos servicios dotados de especificidad con respecto al sexo.

Un ejemplo de detección de casos al que siempre debe darse alta prioridad consiste en la realización de pruebas sistemáticas de mujeres embarazadas para detectar la sífilis en consultorios prenatales y unidades de maternidad. El tratamiento de las personas seropositivas con respecto a la sífilis previene las enfermedades de largo plazo en la mujer y la infección congénita del niño. Se ha comprobado que ese control de la sífilis materna posee gran eficacia de costos. También debe ofrecerse tratamiento a los compañeros sexuales, teniendo en cuenta las consecuencias de la notificación de los mismos cuando el paciente índice es del sexo femenino. Si es necesario deben brindarse servicios de respaldo y asesoramiento.

Las actividades de detección dan lugar a especiales posibilidades de violación de derechos individuales. Debe preservarse la confidencialidad (por ejemplo, la información obtenida no debe darse a conocer a la administra-

ción ni a los empleadores). No debe denegarse empleo en forma arbitraria o injusta. Deben establecerse servicios de asesoramiento y tratamiento, y debe ofrecerse información sobre la necesidad de tratamiento y el lugar en que puede obtenerse.

La búsqueda y detección de casos, salvo las realizadas en el marco de la asistencia prenatal, constituyen servicios optativos que deben dispensarse cuando se cuenta con recursos.

5.4 Detección

La actividad de detección consiste en la realización de pruebas relacionadas con ETS en personas que no procuran directamente obtener asistencia sanitaria de ningún tipo. Puede realizarse en donantes de sangre, tejidos y semen, por lo menos para detectar la sífilis, el VIH y los marcadores de la infección por el virus de la hepatitis B, a fin de proteger al receptor. Esa labor debe estar a cargo de los servicios de transfusión de sangre, más bien que del programa de ETS, pero será necesario establecer un sistema de coordinación a fin de realizar un adecuado manejo de casos en los donantes en quienes se detecten infecciones. Aunque es posible realizar actividades de detección de ETS curables en poblaciones tales como el personal militar (en el curso de exámenes médicos de rutina) o empleados (en el contexto de planes de salud laboral) y otros grupos, el ONUSIDA y la OMS recomiendan que en los casos en que se estudie la posibilidad de realizarlos se preserve debidamente la confidencialidad y se adopten salvaguardias para los derechos humanos.

5.5 ETS en niños y adolescentes

Conforme a la definición de la OMS, se entiende por adolescentes las personas del grupo de los 10 a los 19 años de edad, y por jóvenes las personas del grupo de los 15 a los 24 años de edad. La categoría de las «personas jóvenes» constituye una combinación de esos dos grupos que se superponen, y abarca la gama de los 10 a los 24 años de edad. (*The health of youth: Facts for action. Youth and Nutrition. Document A42/Technical Discussions/2*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud - OMS, 1989a).

Entre los objetivos del programa de control de ETS debe figurar la prestación de asistencia de ETS en los adolescentes sexualmente activos y en los niños que sufren abusos sexuales.

Abundan cada vez más las pruebas de que las ETS constituyen un grave problema entre los adolescentes, tanto en el entorno urbano como en el rural. Por falta de suficientes estudios sobre ese sector de población no se conoce plenamente la magnitud del problema, especialmente en los países en desarrollo.

Según un reciente análisis realizado por la OMS sobre el comportamiento reproductivo de los adolescentes, en muchos países en desarrollo existen coeficientes especialmente altos de experiencia sexual y reproducción entre los adolescentes. Esos mismos comportamientos están vinculados con la adquisición y transmisión de ETS.

Datos de edades específicas provenientes de muchos países indican que la máxima incidencia de ETS se registra en el grupo de los 15 a los 29 años de edad. Entre los adolescentes sexualmente activos, la incidencia de la infección alcanza su más alto nivel entre los más jóvenes. Encuestas basadas en la población entre comunidades abiertas y poblaciones estudiantiles de África y el Oriente Medio indican que la prevalencia de la blenorragia es mayor entre las personas de 15 a 29 años de edad, y que en la gama de los 15 a los 29 años la prevalencia tiende a alcanzar el mayor nivel entre las personas de 15 a 19 años de edad (*Sexually transmitted diseases amongst adolescents in the developing world: A review of published data*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993 - WHO/ADH/93.1).

No obstante, los servicios de prevención y asistencia por ETS frecuentemente no resultan accesibles, aceptables o apropiados a ese segmento de la población. Por lo tanto es esencial comprender que los adolescentes constituyen un importante grupo objetivo de los programas de prevención y asistencia de ETS. En estos deben establecerse mecanismos que permitan hacer frente a la cuestión de las ETS curables y no curables en niños y adolescentes, debiendo prestarse especial atención a quienes no han llegado a la mayoría de edad legal. Los gobiernos deben establecer políticas claras de orientación de la planificación de los programas en cuanto a la prestación de asistencia referente a las ETS en personas que no hayan llegado a la mayoría de edad y a los niños y niñas que sufren abusos sexuales. Deben estudiarse y aplicarse mecanismos de asesoramiento. Debe tenerse en cuenta que también los padres pueden necesitar educación y asesoramiento.

Dado el marco jurídico en que hay que actuar, las variadas normas culturales, los diferentes niveles de infraestructura de prestación de servicios sanitarios entre distintas zonas y las diferentes categorías de adolescentes, se requiere un mayor número de locales para realizar la prestación de servicios de ETS para ese grupo.

5.5.1 Abuso de niños, violación y ETS

El abuso sexual infantil se está convirtiendo en un grave problema social y médico que requiere la atención de los responsables de la elaboración de políticas, los educadores y otros profesionales que dispensan servicios sociales y sanitarios. El tratamiento de esas víctimas es un importante aspecto de la asistencia sanitaria de niños y jóvenes, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo.

Debe procurarse que los agentes de asistencia sanitaria conozcan la posible vinculación entre el abuso sexual y las ETS en los niños y adolescentes. A la inversa, no debe presumirse que las personas de esas categorías que padecen ETS han adquirido la infección a través de contactos no sexuales.

En los casos de violación deben establecerse pautas con respecto a las medidas que deben adoptarse (por ejemplo, qué especímenes deben tomarse en previsión de futuros procedimientos judiciales). Los especímenes deben recogerse en forma diestra, para evitar o reducir al mínimo los traumatismos psíquicos para los niños.

5.5.2 Estrategias de control

Acceso a la información

- Revisten importancia la información, las aptitudes y los servicios que pueden ayudar a niños y adolescentes a comprender sus funciones sexuales y ponerse a cubierto de embarazos no deseados, del SIDA y el VIH y del ulterior riesgo de esterilidad y muerte prematura.
- El suministro de educación sobre el sexo y aptitudes de negociación antes de la adolescencia y la pubertad garantiza que la información se transmita antes de que los jóvenes pasen a ser sexualmente activos. Deben establecerse mecanismos para atender a los grupos dentro y fuera de los centros de enseñanza. En algunas sociedades esto es especialmente importante para las jóvenes.
- Deben proporcionarse información y conocimientos técnicos en diferentes contextos para llegar a diferentes conjuntos de jóvenes y deben tenerse en cuenta los aspectos referentes al sexo.

Acceso a los servicios

- Los servicios clínicos existentes deben adaptarse mejor a los niños y adolescentes. Indudablemente, ello exige la capacitación del personal de salud, para modificar actitudes y modalidades de prestación de servicios sanitarios. Será necesario que los agentes de salud dispongan de información y conocimientos que les permitan trasladar a los jóvenes a otros contextos que puedan ayudarlos a crear aptitudes interpersonales.
- Será preciso evaluar los protocolos de tratamiento existentes para confirmar su eficacia a los efectos de identificar la infección, especialmente en las adolescentes, de las cuales hasta el 95% pueden ser asintomáticas a la infección clamidiana. Las preguntas que actualmente se recomiendan para determinar puntajes de evaluación de riesgos son inadecuadas, y no permiten identificar riesgos positivos en los adolescentes. Es necesario realizar investigaciones adicionales entre los adolescentes para identificar métodos más sensibles de determinación de riesgos positivos y de infección por ETS.
- La disponibilidad de medicamentos es importante para el tratamiento de los jóvenes. Aunque en el consultorio se les entrega a las personas jóvenes una receta para adquirir medicamentos, es improbable que los obtengan, porque pueden tener que pedir el dinero a sus padres. Además, es especialmente importante que se imparta una educación cabal sobre observancia.
- Debe facilitarse y financiarse el acceso a los métodos de barrera (preservativos) para protegerse frente a embarazos no deseados e infecciones. La promoción de esos métodos favorece prácticas sexuales menos peligrosas entre quienes ya son sexualmente activos y no está probado que promueva la promiscuidad sexual.
- Para que los servicios inspiren confianza y puedan ser utilizados por jóvenes, deben salvaguardarse los derechos de los adolescentes a un tratamiento en privado, a la confidencialidad, al respeto y a un consentimiento informado.

Políticas sobre niños objeto de abuso

- Debe existir una política clara, o pautas que deba observar el personal de salud, con respecto al manejo de niños o adolescentes que hayan sido objeto de abusos sexuales. Esa política y esas pautas deben elaborarse en colaboración con el Ministerio de Justicia del país y con el Departamento de Servicios Sociales o entidad equivalente.
- En las pautas deben describirse la función de los dispensadores de asistencia sanitaria, el papel del padre o guardián del niño, los servicios de asesoramiento y seguimiento y los aspectos jurídicos del abuso de niños.

5.6 Personas confinadas y servicios de atención de ETS

Las personas que sufren confinamiento, como las que se encuentran en prisiones, hospitales psiquiátricos, albergues para refugiados y hogares infantiles deben tener acceso a servicios sanitarios y de medicina preventiva. Los servicios sanitarios deben facilitar mensajes de prevención contra las ETS y la infección por el VIH, así como los medios de protección contra la adquisición o transmisión de la infección. Debe tenerse en cuenta que las personas confinadas se interrelacionan no sólo dentro de su ámbito de reclusión sino también, cuando ya no están confinadas, con la población en general.

CAPÍTULO III

1. Gestión del programa de ETS

Las actividades necesarias para el control de la infección por el VIH/SIDA y las que requiere el control de las ETS son complementarias. Es conveniente que los programas del SIDA y las ETS se integren plenamente o, si se mantienen separados, que se coordine la planificación o integración de actividades seleccionadas de los mismos (véase el anexo 4).

1.1 Papel de la gestión del programa

La forma precisa que haya de darse a un programa de ETS dependerá del sistema de asistencia sanitaria general. No obstante, la existencia de una estructura de gestión claramente definida es esencial para el éxito del control de las ETS. Se recomienda establecer una asignación presupuestaria específica. En la medida de lo posible debe descentralizarse la aplicación de los programas, pero la estructura de gestión central puede tener que seguir siendo competente en los siguientes ámbitos:

- Promoción de medidas en la esfera política.
- Decisiones de política nacional, incluida la selección de prioridades para la realización de actividades.
- Asignación de recursos de prevención y tratamiento de ETS.
- Planificación y orientación de la prestación de servicios sistemáticos y de los sistemas de derivación que se necesiten.
- Sostenibilidad de los servicios.
- Planificación de actividades específicas para el control de las ETS (por ejemplo medidas de intervención orientadas hacia grupos vulnerables).
- Elaboración y control de la capacitación.
- Elaboración y distribución de orientación sobre manejo de casos.
- Disponibilidad de medicamentos recomendados.
- Supervisión de la cobertura y la calidad de los servicios.
- Análisis de situación y verificación del cumplimiento de investigaciones operativas esenciales.
- Sistemas de vigilancia.
- Evaluación del programa.

Por lo tanto, lo ideal es que la gestión del programa nacional abarque las esferas de la promoción, la aplicación, la planificación y la coordinación.

1.2 Comité Consultivo Técnico Nacional sobre ETS

Deberá existir un Comité Consultivo Técnico Nacional sobre ETS, encargado de brindar asesoramiento al gestor del programa de ETS sobre cuestiones técnicas y científicas y de elaboración de políticas vinculadas con el control de las ETS. En ese comité deberán figurar expertos en asistencia clínica de ETS, problemas femeninos, salud pública, microbiología, epidemiología, infección por el VIH/SIDA, ciencias del comportamiento humano y administración sanitaria. También debe considerarse la posibilidad de dar cabida a representantes de entidades académicas y profesionales, de la comunidad y de organizaciones no gubernamentales que presten servicios de asistencia relacionados con ETS.

2. Supervisión, control y evaluación

2.1 Supervisión

La supervisión es un proceso biunívoco, en virtud del cual el gestor observa los acontecimientos y se mantiene en contacto con ellos, lo que permite al ejecutor proporcionar información de retroalimentación, dialogar y obtener confirmación y respaldo.

2.2 Control

El control constituye un proceso continuo utilizado para evaluar los programas, efectuar modificaciones y mejoras y detectar fallas. Normalmente la supervisión y el control se realizan en forma concurrente.

2.3 Evaluación

La evaluación es el proceso de examen del sistema y de las actividades, y de estimación del nivel de avance hacia las metas establecidas. Los mecanismos de gestión y supervisión del sistema de asistencia sanitaria a nivel de distrito deberán incluir servicios de atención de ETS insertos en la estructura sanitaria general. Deben establecerse mecanismos para que los servicios envíen información de retroalimentación a los distritos y éstos al centro de gestión de la información, por ejemplo mediante una declaración activa de datos sobre casos y sobre epidemiología.

La supervisión y evaluación del grado de control de las ETS alcanzado proporciona información esencial para mejorar aún más los programas de ETS y del SIDA. A través del proceso de control y evaluación se debe dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿El programa es apropiado?
- ¿El conjunto de actividades del programa es compatible con el entorno en que se aplican?
- ¿Determinadas actividades se están llevando a cabo correcta y oportunamente?
¿Brindan cobertura adecuada? ¿Se realizan dentro de sus límites presupuestarios?
- ¿A través de las actividades se está logrando el objetivo?

Este ámbito se analiza en mayor detalle en el anexo 5.

ANEXO 1 - INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE ETS EN EL SISTEMA GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA

Definición de servicios sanitarios integrados

El concepto de integración puede definirse en términos funcionales y orgánicos. En términos funcionales consiste en una serie de operaciones destinadas a conjugar estructuras administrativas, funciones y actitudes mentales que de lo contrario serían independientes, de modo de combinarlas para que formen un conjunto. Desde el punto de vista orgánico se entiende por integración la conjugación de los servicios necesarios para la protección sanitaria de determinada zona y la prestación de esos servicios en el marco de una misma unidad administrativa, o de varias entidades, previéndose adecuadamente su coordinación. (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 295, 1965).

En términos prácticos, la integración de los servicios sanitarios consiste, por definición, en el proceso destinado a hacer confluir funciones comunes dentro de una misma organización y entre distintas organizaciones de modo de resolver problemas comunes, con la determinación de compartir conceptos y metas y de utilizar tecnologías y recursos comunes para alcanzar esas metas (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 861, 1996).

La integración no es una estrategia a la que pueda acudir cuando se agotan los fondos de los programas verticales, ni se realiza incrementando los cometidos de los dispensadores de servicios sin el correspondiente aumento de los recursos. Tampoco supone prescindir de disciplinas, programas, personal y servicios especializados. No significa necesariamente que todos los servicios hayan de estar a cargo de trabajadores pluriespecializados.

Dada la amplitud de la gama de situaciones epidemiológicas, históricas e institucionales existentes, no es posible elaborar ningún proyecto estándar para la inserción de la asistencia y la prevención de las ETS en los sistemas nacionales generales de asistencia sanitaria. No obstante, la experiencia adquirida con los programas destinados a hacer frente a otros problemas de asistencia sanitaria permite identificar algunas pautas; a saber:

- Debe comenzarse por las estructuras de atención primaria de salud existentes y, más específicamente, las que funcionan en forma razonablemente adecuada. Lejos de proponer enfoques piloto, es esencial que durante una fase de promoción de conceptos, la inserción de un conjunto de medidas referentes a ETS en el sistema general de asistencia sanitaria se realice en condiciones propicias. No tiene sentido insertar un conjunto de medidas referentes a ETS en una estructura prácticamente inexistente o que funcione en forma inadecuada. Cuando un distrito sanitario funciona en forma razonablemente adecuada, es probable que la inserción de un conjunto de medidas referentes a las ETS se realice ordenadamente, produzca resultados satisfactorios y constituya un incentivo y un modelo para otros distritos.
- En la medida de lo posible, el conjunto de medidas referentes a las ETS debe ser sencillo, para facilitar su inclusión en las actividades cotidianas de rutina de los servicios de salud. Cuanto menos se altere la rutina tanto menos resistencia opondrá el personal.
- En primer lugar se debe integrar el conjunto de prevención y asistencia de ETS. Una vez que los mecanismos de prevención y asistencia sistemática de las ETS estén en funcionamiento será posible pasar a la segunda etapa, con actividades específicas encaminadas a la detección de casos, la extensión de la labor a grupos básicos de alto riesgo, etc.
- Debe elaborarse una estrategia concreta para superar una previsible resistencia, especialmente porque la carga de trabajo y los bajos salarios tienden a ser factores restrictivos. Los siguientes son dos tipos de resistencia que se presentan frecuentemente:
 - Resistencia del personal de salud, basada en temor a lo desconocido, prejuicios y escaso interés en asumir responsabilidades adicionales (la educación y la formación de aptitudes sanitarias deben comenzar con el personal de atención sanitaria).

— Resistencia de los especialistas en ETS, basada en el temor de pérdida de calidad y de pérdida de su posición de poder. Esto puede superarse demostrando la utilidad y las posibilidades de la descentralización y describiendo claramente a los especialistas las tareas que habrán de cumplir en el nuevo sistema (derivación, control de calidad, capacitación, investigación y vigilancia de operaciones).

- Incorporar un sistema de seguimiento y supervisión desde el comienzo mismo. No basta hacer posible la prevención y la asistencia para casos de ETS : es necesario promover su realización.

A los políticos, planificadores y asesores médicos puede resultarles atractivo centrar la atención en servicios especializados de alta visibilidad para programas de prevención y asistencia. Toda elaboración de estructuras especializadas, como laboratorios de referencia, investigaciones de alta tecnología, consultorios especializados en ETS o instalaciones de hospitalización, debe regirse por los siguientes criterios :

- Las tareas de esas estructuras especializadas son esenciales, y no pueden estar a cargo de los servicios existentes, aunque se les introduzcan mejoras.
- No deben crearse nuevas necesidades antes de que se hayan satisfecho las necesidades básicas detectadas.
- Las inversiones en esas estructuras especializadas no deben hacerse a expensas del respaldo necesario para insertar la asistencia por ETS en los servicios sanitarios generales.
- La ventaja comparativa de las estructuras especializadas se da tanto a largo como a corto plazo.

La experiencia muestra que si esos criterios no se cumplen, las estructuras especializadas desvían recursos que podrían destinarse a fortalecer la red de atención primaria de salud, y es difícil desmantelarlas aunque resulten ineficaces, ineficientes o contraproducentes.

Sostenibilidad de las actividades referentes a ETS

Hacer sostenibles los servicios mejorados de atención de ETS debe ser un objetivo cardinal de la gestión central del programa de ETS.

Las siguientes son algunas razones que explican la escasa sostenibilidad de las medidas de intervención de salud pública :

- Escasos recursos económicos comprometidos y escasa determinación política.
- Fallas de las instituciones sanitarias.
- Centralización y falta de participación local en el planeamiento y la gestión.
- Bajos salarios para los profesionales de la salud.
- Costosos programas verticales.

Los siguientes son algunos medios que pueden utilizarse para procurar la sostenibilidad :

- Atender los problemas de desarrollo de mayor amplitud.
- Reforzar el desarrollo de las instituciones.
- Incrementar la participación de las comunidades.
- Tener en cuenta las circunstancias locales.
- Descentralizar la gestión de los servicios de ETS.
- Utilizar mecanismos financieros innovadores que exploren procedimientos de mayor recuperación de costos de los usuarios del sistema de salud.

La introducción de los mecanismos de recuperación de costos no debe ser discriminatoria con respecto a los pacientes de ETS ni debe pasar por alto las necesidades de las personas.

ANEXO 2 - MANEJO DE CASOS DE PACIENTES CON ETS

Objetivos del manejo de casos

El objetivo del manejo de casos de ETS consiste en proporcionar tratamiento, lograr la curación, reducir la ineficacia, reducir o prevenir el futuro comportamiento de toma de riesgos y garantizar el adecuado tratamiento de los compañeros sexuales de los pacientes. Para ello es necesario proporcionar a esos últimos:

- Un diagnóstico correcto.
- Un tratamiento eficaz.
- Educación y asesoramiento sobre reducción de riesgos.
- Asesoramiento sobre observancia del tratamiento.
- Preservativos (masculinos y/o femeninos).
- Exhortaciones para que notifiquen a sus compañeros sexuales.
- Seguimiento clínico, cuando corresponda.

Los gestores del programa nacional tendrán que disponer la elaboración de pautas sobre manejo de casos que se adapten a la capacidad de los diversos proveedores de asistencia para pacientes de ETS. Esto pondrá a prueba al Comité Consultivo Técnico Nacional sobre ETS, y el personal del programa deberá encargarse de distribuir pautas apropiadas a los diferentes tipos de trabajadores de asistencia sanitaria. Por ejemplo, se necesitarán diferentes versiones de las pautas para consultorios de derivación que cuenten con apoyo de laboratorio, servicios sanitarios de primer nivel que utilicen enfoques sindrómicos y farmacéuticos que asesoren a los pacientes en cuanto a la derivación de servicios que corresponda. Esas pautas nacionales harán posible un manejo uniforme y eficaz de los casos en todas las oportunidades y circunstancias en que un paciente busque asistencia.

Diagnóstico

Lo ideal sería un diagnóstico etiológico en que se identificara el agente infeccioso de la enfermedad. No obstante, para ello se requiere un costoso apoyo de laboratorio, que en el contexto de la mayoría de los países industrializados y en desarrollo es, además, poco práctico, con resultados que en general no pueden obtenerse durante la visita inicial del paciente. Por lo tanto es necesario adoptar una decisión sobre las necesidades de tratamiento sin los resultados o en una visita de seguimiento. No obstante, muchos pacientes no vuelven y quedan sin tratarse o van a un dispensador de servicios privado.

Una alternativa común es que el agente de salud haga una deducción fundada basada en la experiencia anterior y en la información clínica. Los estudios muestran que en un número considerable de casos inclusive los especialistas más experimentados que utilizan este sistema de diagnóstico clínico no logran realizar el diagnóstico correcto, no detectan infecciones concurrentes, o ambas cosas.

Se recomienda muy categóricamente basar en diagnósticos sindrómicos los gráficos de flujo destinados a las pautas nacionales que hayan de ser usados por los clínicos —salvo los de consultorios especializados— como procedimiento sistemático.

El manejo de casos sindrómicos se basa en la identificación de grupos uniformes de síntomas y signos fácilmente reconocibles que constituyan un síndrome definido. Luego deben utilizarse, para orientar el tratamiento, algoritmos o gráficos de flujo de manejo de casos sindrómicos. Para que el enfoque sindrómico dé los mejores resultados posibles debe ser respaldado por datos científicos y contar con el apoyo de una educación sanitaria apropiada y un adecuado comportamiento de los clientes en cuanto a búsqueda de asistencia sanitaria.

Se requieren los siguientes datos científicos y epidemiológicos:

- Etiologías locales de síndromes de ETS.
- Sensibilidad a los medicamentos de los organismos etiológicos.
- Prevalencia local de ETS.

El manejo de casos sindrómicos es mejor que el enfoque clínico o basado en el laboratorio en el sentido de que los pacientes reciben tratamiento inmediato, lo que interrumpe tempranamente la cadena de infección y se evitan los costos de laboratorio.

Se han evaluado los algoritmos de exudado uretral en el hombre y de úlcera genital en ambos sexos, y se ha comprobado que son válidos y sumamente sensibles. Desde una perspectiva de salud pública, una gran sensibilidad de un enfoque de diagnóstico es más importante que una gran especificidad.

El algoritmo de flujo vaginal no es eficaz para detectar la presencia de cervicitis (blenorragia y/o infección clamidiana); se están realizando estudios para mejorar su sensibilidad. Por ahora es el mejor con que se cuenta, y la alternativa consistente en diagnósticos de laboratorio no es viable en la mayoría de los contextos de escasez de recursos. Aun cuando se cuente con instalaciones de laboratorio, la mayoría de las mujeres con cervicitis son asintomáticas, por lo cual nada se ganaría en su caso con disponer de un laboratorio. Se necesitan investigaciones para elaborar una herramienta de diagnóstico simple de detección de infecciones de transmisión sexual asintomáticas, especialmente en la mujer.

Una estrategia que promueva y mejore la notificación de los compañeros sexuales de los hombres que presenten uretritis y úlceras genitales ampliará los servicios de ETS, llevándolos a más mujeres asintomáticas. Por lo tanto debe reforzarse la notificación de los compañeros sexuales, y deben ponerse en marcha planes locales para suscitar los mayores beneficios posibles.

Tratamiento

La disponibilidad de medicamentos eficaces constituye un requisito esencial para lograr servicios de ETS eficaces. Lo ideal es que el tratamiento de esas enfermedades brinde una tasa de curación no inferior al 95%. Lamentablemente, los antibióticos y agentes quimioterapéuticos de bajo costo que inicialmente daban lugar a altas tasas de curación, en muchos casos ya no brindan resultados tan positivos, en parte debido a la utilización inapropiada y a la automedicación, y en parte a la adaptabilidad de los organismos mismos. En los planes de tratamiento deben utilizarse racionalmente medicamentos actualmente eficaces y en algunos casos más costosos, de modo de demorar, en la medida de lo posible, la aparición de resistencia en los organismos.

Principalmente por razones de costos, en algunos programas se aceptan tratamientos que ofrecen tasas de curación del 85% al 95%, con la intención de que los fracasos se traten con medicamentos de segunda línea de mayor eficacia. Esta política no sólo puede incrementar la prevalencia de cepas resistentes y reducir rápidamente la utilidad de esos medicamentos, sino que además, al deteriorar la confianza en los servicios públicos, puede ir en detrimento de una prevención secundaria lograda a través de la prestación de asistencia de ETS. Una política de ese tipo se basa en que los pacientes se presenten para el tratamiento de segunda línea cuando falle el de primera línea. La experiencia revela que eso frecuentemente no sucede, en especial cuando el acceso a los servicios se ve limitado por la distancia o el largo período de espera. Es muy posible que las personas cuyos síntomas no mejoren busquen asistencia en el sector privado o informal, y que también lo hagan para futuros episodios de la enfermedad. También existe el riesgo de efectos subcurativos que den lugar a la aparición de portadores y a la transmisión de la enfermedad a compañeros sexuales.

Un procedimiento frecuentemente usado para aplicar este tipo de políticas de medicamentos en dos niveles consiste en proporcionar medicamentos menos eficaces en un plano de asistencia sanitaria periférico, y los medicamentos más eficaces, y en general más costosos, a nivel de derivación. El ONUSIDA y la OMS no recomiendan este sistema, que puede deteriorar la confianza en el sector público. Todos los medicamentos utilizados para tratar ETS en todos los servicios de asistencia sanitaria deben tener una eficacia superior al 95%.

Aunque los medicamentos más nuevos son bastante costosos, su costo debe compararse con el de un tratamiento inadecuado (que comprende complicaciones, recaídas, transmisión ulterior, desarrollo de resistencia a los antimicrobianos y, lo que es muy importante, aumento de la transmisión de la infección por el VIH).

Los planes terapéuticos contra organismos específicos enmarcados en síndromes deberán formar parte de las pautas nacionales sobre manejo de casos elaboradas por el Comité Consultivo Técnico Nacional sobre ETS. Una vez examinada la sensibilidad a los antibióticos de los organismos prevalentes, dicho comité debe recomendar medicamentos a las entidades nacionales encargadas de formular la política farmacéutica. El costo debe pasar a segundo plano. A continuación se mencionan todos los criterios de selección de medicamentos:

Criterios de selección de medicamentos para ETS

Los medicamentos seleccionados por el Comité Consultivo Técnico Nacional sobre ETS deben cumplir, por lo menos en forma aproximada, los siguientes criterios:

- Gran eficacia (por lo menos del 95%).
- Costo mínimo.
- Toxicidad aceptable.
- Escasa probabilidad de que se desarrolle resistencia a los organismos, o postergación de la misma.
- Dosis única.
- Administración oral.
- Inexistencia de contraindicaciones para mujeres embarazadas o que amamanten.

Deberá asegurarse la inclusión de medicamentos apropiados en la lista de medicamentos esenciales. Al elegirlos debe tenerse en cuenta el conocimiento de los mismos por parte del personal de salud. Deberán atenderse sin demora las necesidades de capacitación.

Educación y asesoramiento sobre reducción de riesgos

El contexto de asistencia clínica de ETS constituye una oportunidad singular para promover un comportamiento sexual más seguro en las personas que, por definición, corren mayor riesgo de infección por ETS o por el VIH. Las personas tienden a mostrar una especial receptividad frente a esa educación en ese período, debido a que la enfermedad que padecen les recuerda su vulnerabilidad personal.

Los siguientes son algunos obstáculos al suministro de educación:

- El personal de salud del sistema general de asistencia sanitaria puede estar poco experimentado en educación sanitaria.
- Pueden existir importantes barreras culturales al diálogo sobre cuestiones sexuales, y quizá haya pocos agentes de la asistencia sanitaria experimentados en esa materia.
- El tiempo disponible es muy escaso (en muchos contextos de atención primaria de la salud la asistencia del paciente dura unos cinco minutos).

La formación de funcionarios de atención sanitaria para dotarlos de aptitudes educativas y para que puedan impartir mensajes apropiados para entornos particulares constituye una actividad esencial en este ámbito. Un elemento constante de la educación debe consistir en promover el uso de preservativos para reducir los riesgos. El contexto clínico constituye un punto de distribución útil, por lo cual debería disponerse de un suministro uniforme y gratuito de preservativos de calidad adecuada y a precio accesible.

Notificación a los compañeros sexuales

Debe procurarse que los pacientes se aseguren de que todos sus compañeros sexuales accesibles reciban tratamiento. El proceso de notificación de los mismos brinda una importante oportunidad para identificar a personas asintomáticas, especialmente mujeres, en una etapa temprana y antes de que se produzcan complicaciones.

En todos los algoritmos de manejo de casos sindrómicos se establece que los compañeros sexuales de los pacientes con ETS deben recibir tratamiento. Esto es especialmente importante en el caso de la blenorragia y las infecciones clamidianas. No existen soluciones fáciles al problema de la notificación de los compañeros sexuales.

No es ético ni recomendable postergar el tratamiento de los pacientes con ETS hasta que también concurra a recibir tratamiento uno de sus compañeros sexuales. Además, no es recomendable tratar a los pacientes a condición de que garanticen la presencia del compañero sexual o paguen un depósito reembolsable o un cargo de usuario más alto que el que se cobra a los pacientes con otras enfermedades. En contextos de bajos recursos debe examinarse en todos sus aspectos el sistema de derivación a dispensadores de asistencia (búsqueda activa de contactos), antes de comenzar a utilizarlo. En general esa labor requiere demasiados esfuerzos y es demasiado costosa como para que pueda ser una práctica sostenible en las referidas situaciones. No obstante, cuando se dispone de recursos y los beneficios se articulan claramente, en especial en una comunidad relativamente pequeña, puede iniciarse un plan local de activa notificación de compañeros sexuales. En ese contexto la labor debe ser evaluada a intervalos regulares, para verificar que la relación entre costos y beneficios sea verdaderamente adecuada.

Debe considerarse la posibilidad de notificar a los compañeros sexuales en todos los casos en que se diagnostica una ETS, independientemente de que se brinde o no asistencia.

Con respecto a la notificación de los compañeros sexuales deben tenerse especialmente en cuenta la observancia de los derechos humanos y el respeto de la dignidad de la persona. La notificación debe siempre ser voluntaria y no coercitiva. Debe realizarse con sensibilidad con respecto al sexo, teniendo en cuenta que las consecuencias para el paciente y el compañero sexual diferirán según su sexo. Debe preservarse la confidencialidad y la confianza. Dadas sus consecuencias y repercusiones, la notificación de los compañeros sexuales puede requerir, además, servicios de respaldo y asesoramiento. Para atender esa necesidad se puede acudir a instituciones de colaboración o capacitar a los agentes de salud existentes.

Notificación de los compañeros sexuales

La notificación consiste en que a los compañeros sexuales de la persona que padece una ETS (o la infección por el VIH) se les notifique, se les dé a conocer el riesgo que corren y se les ofrezcan servicios.

Información a cargo del paciente :

Se procurará que el paciente infectado notifique a sus compañeros sexuales el riesgo que corren.

El paciente puede :

- Informar personalmente a su(s) compañero(s) sexual(es) del riesgo de infección que corre(n).
- Acompañarlo(s) a un servicio de asistencia sanitaria.
- Limitarse a entregarle(s) una «tarjeta de contacto».

Información a cargo del dispensador de servicios :

Con el consentimiento y la colaboración del paciente infectado, los agentes de asistencia sanitaria buscan e informan a los compañeros sexuales del paciente. El sistema requiere considerables recursos económicos y humanos, y antes de aplicarlo debe examinarse cuidadosamente su factibilidad y relación entre costos y beneficios.

Utilización de gráficos de flujo

Los gráficos de flujo o algoritmos en que se describen los diagnósticos, el tratamiento y los restantes elementos esenciales del manejo de casos, en forma de «árbol de decisiones», constituyen un elemento esencial de las pautas nacionales. Puede acudir a la OMS y al ONUSIDA para obtener publicaciones de capacitación en utilización de gráficos de flujo. En ellas aparecen gráficos de flujo referentes a exudado uretral del hombre y úlceras genitales patológicas en ambos sexos, que resultan probadamente válidos, sensibles y prácticos.

Se han hecho ensayos sobre el terreno referentes a los gráficos de flujo a los efectos del manejo de casos de mujeres con y sin síntomas de flujo vaginal. Hasta ahora ha resultado difícil diseñar gráficos de flujo sensibles y específicos para las infecciones gonocócica y clamidiana en la mujer. Los nuevos gráficos de flujo se basan en la evaluación del riesgo de infección para el paciente. La evaluación del riesgo, en esos gráficos de flujo, se realizará con especificidad de lugares y, por lo tanto, requerirá ciertas investigaciones operativas para validarlas y adaptarlas a determinado contexto.

También se están realizando investigaciones para identificar pruebas simples; por ejemplo pruebas con tiras reactivas que puedan realizarse en servicios de asistencia sanitaria de primer nivel, a cargo de clínicos no especialistas, y que incrementarían la sensibilidad y especificidad de los gráficos de flujo.

ANEXO 3 - CAPACITACIÓN

La capacitación es un componente de la gestión de los programas de asistencia sanitaria; se centra en el desarrollo de los recursos humanos en forma de respaldar las políticas, actividades y resultados de los programas.

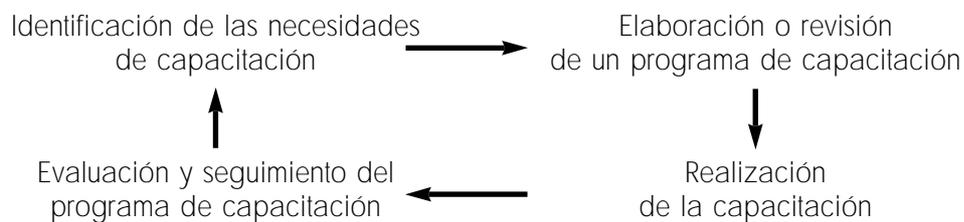
Para insertar los servicios regulares de ETS en una asistencia sanitaria de primer nivel, la principal actividad debe ser la capacitación. Los siguientes son los resultados que de ella se esperan:

- Mejoramiento cualitativo de la prestación de los servicios de atención de ETS (mejor asistencia para los pacientes, mejor control de las enfermedades, disminución de la transmisión de la infección).
- Aumento de la eficiencia y la utilidad de los servicios (reducción del costo de prestación de estos últimos).
- Mejor concepto público de los servicios de asistencia de ETS (comportamiento más adecuado en cuanto a búsqueda de asistencia sanitaria, mejor estado de salud general de las comunidades).
- Mayor profesionalismo y moral del personal (menores tasas de disminución natural del número de funcionarios).

Ciclo de capacitación

Al preparar un plan operativo es importante examinar cada uno de los pasos del ciclo de capacitación. Lo ideal es que el programa de capacitación comience con la identificación de las necesidades, aunque en la práctica quizá ya se estén realizando actividades de capacitación. Esta última puede comenzar en cualquier punto del ciclo.

Ciclo de capacitación



Identificación de las necesidades de capacitación

La identificación de las necesidades de capacitación comprende aspectos cualitativos y cuantitativos. Los gestores tienen que orientar la formación a los dispensadores de servicios que la necesiten y a quienes les resulte beneficiosa. La etapa siguiente es la identificación de las discrepancias entre lo que los dispensadores de servicios deben hacer y lo que realmente pueden hacer. Esta falta de aptitudes y/o de conocimientos es la principal razón para la realización de la capacitación.

Al enunciar las necesidades de capacitación, los gestores de programas deben identificar:

- Las categorías de funcionarios y los niveles de aptitudes (para determinar qué módulos de capacitación se necesitarán).
- Las características y el contenido del curso (mediante la realización de análisis de tareas para determinar las aptitudes que se requieren en cada nivel).
- Las instalaciones que prestarán servicios (para determinar el número de funcionarios que han de ser capacitados y la duración y frecuencia de la capacitación).

En el ejemplo siguiente aparece el formulario que debe utilizar el gestor del distrito para registrar el número de integrantes de cada categoría de funcionarios. De él se desprende que, en función de las aptitudes necesarias, pueden requerirse varios módulos de capacitación diferentes.

Nivel	Categoría de funcionarios			
	Fucionario médico	Enfermera	Partera	Ayudante clínico
Capacitador				
Supervisor				
Experimentado				
Ingreso reciente				

No todos tienen que saber de todo, ni es imprescindible que todos sepan hacer todo.

Elaboración de un programa de capacitación

Políticas de capacitación

Es necesario elaborar políticas de capacitación que reflejen la finalidad global del programa y brinden orientación clara sobre los siguientes aspectos :

- Quién ha de ser capacitado para prestar qué servicio específico.
- Previsiones sobre niveles de asistencia e indicadores correspondientes a esa asistencia.
- Lugar en que ha de realizarse la capacitación (incluidos los tipos de instituciones).
- Quién se encargará de la labor de capacitación y seguimiento.
- Quién llevará a cabo la capacitación.
- Cuándo debe tener lugar la capacitación (mientras se realiza la capacitación básica; al ingresar en el servicio; en forma de educación continuada, etc.).
- Qué aporte debe realizar la capacitación a los efectos de la habilitación, la obtención de licencia o la formación del personal.

Contenido de la capacitación

Los encargados de la capacitación tendrán que programar su contenido, lo que a su vez facilitará la selección de los capacitadores, quienes formarán un equipo multidisciplinario. El equipo de capacitadores tendrá que tratar los siguientes temas :

- Aspectos clínicos de las ETS.
- Aptitudes de comunicación acríticas.
- Principios de educación y asesoramiento sanitarios.
- Contexto jurídico y social de las ETS.
- Necesidades especiales de diferentes grupos : adolescentes; niños y jóvenes objeto de abuso sexual; víctimas de violaciones, etc..

Planeamiento operativo

Los gestores tendrán que elaborar un plan de trabajo que comprenda :

- La especificación de los objetivos e indicadores.
- El marco cronológico de ejecución.
- Los cometidos referentes a actividades, etc.

Presupuestación

Será necesario elaborar un presupuesto, presentarlo y asignar fondos a través del mecanismo apropiado.

Sistema de información para la gestión

Se requerirá cierto sistema simple de mantenimiento de registros, para mantener actualizados los datos de las personas capacitadas, los capacitadores y facilitadores, los cursos, los programas, los materiales, así como los datos de culminación de cursos a los efectos de la certificación.

Realización de la capacitación

A los efectos de elaborar los planes de estudio deben seleccionarse :

- El contenido técnico.
- Los métodos de enseñanza.
- Los objetivos.
- Los mecanismos de retroalimentación.
- La evaluación de desempeño.

Material didáctico

Deben tenerse en cuenta las necesidades de los instructores, de los alumnos, o de unos y otros. En muchos casos se puede adaptar material existente disponible en la esfera local.

Capacitación de capacitadores

Es necesario preparar a los capacitadores o facilitadores para que lleven a cabo la capacitación, la supervisen, o realicen ambas tareas.

Lugar de realización de la capacitación

Es necesario seleccionar lugares que permitan a los alumnos aprovechar plenamente el plan de estudios y el material didáctico de apoyo. La capacitación puede realizarse eficazmente utilizando una combinación de lugares, como el hogar, instalaciones clínicas, instalaciones comunitarias e instituciones educativas.

Selección de los alumnos

Los participantes deben seleccionarse sobre la base de una política acordada y conforme a un proceso convenido, y debe informarse a los supervisores.

Calendario

La capacitación deberá realizarse conforme a un calendario que puede incluir :

- Cursos, reuniones y fechas.
- Talleres.
- Reuniones de capacitadores, alumnos, supervisores.
- Visitas *in situ* con los alumnos y los supervisores, con fines de preparación, selección y control.

Los calendarios se basarán en los objetivos de la capacitación.

Distribución de material

Debe distribuirse material de capacitación en puntos de almacenaje convenidos, y debe informarse a los supervisores de que ese material está disponible.

Seguimiento

Finalizada la capacitación es importante controlar el progreso logrado y brindar respaldo. Las visitas de apoyo a los dispensadores de servicios permiten identificar problemas y realizar un examen conjunto de posibles soluciones. Éste puede ser un incentivo para la adquisición de aptitudes con posterioridad a la capacitación.

Evaluación de la capacitación

Utilización de indicadores de prevención para el control

Pueden usarse indicadores de asistencia y manejo de casos como datos de referencia y a los efectos de controlar el progreso de la labor de capacitación. La variación de esos indicadores es muy paulatina, y no puede darse por supuesto que sea el resultado directo de la capacitación.

Control del progreso en relación con los objetivos del plan de trabajo

El programa de capacitación puede medirse también en comparación con los objetivos del plan nacional. Éste es el método habitual de evaluación del progreso, pero no brinda ningún indicio sobre las repercusiones de la capacitación.

Evaluación interna del proceso

A través de capacitadores competentes en materia de metodología de evaluación pueden realizarse evaluaciones internas para establecer la necesidad de modificar los métodos, el plan de estudios o la organización de la capacitación.

ANEXO 4 - GESTIÓN DEL PROGRAMA

Relación entre los programas del SIDA y los de ETS

Como las actividades necesarias para el control de la infección por el VIH/SIDA se superponen con las que se requieren para el control de las ETS, es esencial que los programas del SIDA y las ETS se integren plenamente o que, si se mantienen separados, se realice una planificación coordinada, coordinándose o integrándose actividades seleccionadas. Esto garantizará la eficacia de ambos programas y reducirá al mínimo la duplicación de esfuerzos y el derroche de recursos escasos.

Los siguientes son algunos ámbitos de coordinación o integración: asistencia; educación y asesoramiento sanitarios; fomento de un comportamiento sexual más seguro; suministro de preservativos, y evaluación.

El modelo de coordinación consiste en encomendar ambos programas a un mismo gestor, lo que permite coordinar cabalmente funciones superpuestas. Los ámbitos que guardan relación más específica con las ETS, como los servicios de manejo de casos, pueden estar a cargo de un segundo nivel de gestión, bajo la supervisión del gestor del programa del SIDA y las ETS.

Gestión del programa nacional

Sea cual fuere el nivel de coordinación entre los programas, el ONUSIDA y la OMS recomiendan una estructura bien definida de gestión del programa nacional de ETS en el marco de los servicios generales de salud, y una asignación presupuestaria específica. El punto focal del programa de ETS —el gestor del programa—, debe tener términos de referencia precisos.

Si bien la aplicación del programa debe ser tan descentralizada como sea posible, la estructura de gestión central o nacional deberá tener varios cometidos.

Promoción del programa en la esfera política

Una de las dificultades que se plantean para el control de las ETS es la escasa prioridad que le asignan los responsables de la política sanitaria y los planificadores al asignar los recursos a los servicios de salud. El gestor del programa tendrá que presentar argumentos en forma proactiva con respecto a la importancia del control de las ETS para la salud pública, en especial en relación con el VIH y el SIDA.

Creación de un órgano nacional de asesoramiento

Es importante que el gestor del programa de ETS disponga de asesoramiento especializado para elaborar una estrategia de control. También es importante consultar a quienes hayan de aplicar las actividades, a fin de que se identifiquen con su labor y estén informados y dispuestos a colaborar.

Es conveniente que el gestor del programa establezca un Comité Consultivo Técnico Nacional en materia de ETS y lo convoque a intervalos regulares. En él deben estar representadas las siguientes especialidades técnicas:

- Asistencia clínica para pacientes de ETS.
- Salud pública.
- Derechos, inclusive derechos humanos.
- Problemas femeninos.
- Microbiología.
- Epidemiología.
- VIH y SIDA.

- Capacitación.
- Información, educación y comunicación.
- Ciencias del comportamiento.
- Planificación y gestión de servicios de salud a nivel de atención primaria y secundaria de la salud.
- Evaluación.

También debe considerarse la posibilidad de que estén representadas entidades académicas y profesionales, organizaciones no gubernamentales y miembros de grupos comunitarios.

Conforme a los términos de referencia del Comité Consultivo Técnico Nacional, éste deberá brindar orientación al gestor del programa sobre temas técnicos y científicos, y de política sanitaria; en especial en cuanto a :

- Manejo de casos de pacientes con ETS.
- Respaldo de laboratorio.
- Recomendaciones sobre medicamentos.
- Prestación de servicios de atención de ETS en consultorios de derivación y en el primer nivel de asistencia sanitaria.
- Formación de oficiales médicos, enfermeras y agentes de atención primaria de salud.
- Prestación de servicios a grupos que corren mayor riesgo de infección.
- Investigaciones operativas
- Información, educación y comunicación apropiadas para pacientes de ETS y grupos comunitarios.

Asignación de recursos

Es improbable que los recursos sean suficientes para todas las actividades; en consecuencia, la gestión central tendrá que establecer prioridades de asignación y distribución de los mismos.

Decisiones de política nacional

Aunque, en la medida de lo posible, la gestión de la prestación de los servicios debe estar descentralizada, es necesario que la política general de prestación de servicios sea elaborada en el nivel central, para garantizar continuidad en cuanto a la calidad de la asistencia. Se requieren medios de planificación, así como orientación sobre los mecanismos de prestación de los servicios regulares y los sistemas de derivación.

Otras actividades orientadas hacia el control de las ETS

Los responsables del programa nacional deberán conocer en forma global la epidemiología de las ETS en el país de que se trate. Deberán estar en condiciones de seleccionar las actividades más útiles para el control de las ETS (por ejemplo medidas de intervención orientadas hacia grupos vulnerables) y asesorar la gestión local en materia de planificación y ejecución de las actividades.

Capacitación

Para establecer y mantener una asistencia de calidad aceptable y uniforme, el programa nacional deberá participar en la elaboración y supervisión de la capacitación de trabajadores de atención sanitaria en relación con las ETS. La gama de cometidos del programa nacional irá de la organización de la capacitación al asesoramiento de las instituciones en cuanto al tipo de trabajadores que sea conveniente capacitar, pasando por la determinación del contenido de los planes de estudio conforme al sistema de gestión de casos recomendado (anexo 3).

Gestión de casos

Es importante elaborar y distribuir pautas destinadas al personal de atención sanitaria de diferentes niveles. El Comité Consultivo Técnico Nacional sobre ETS cumplirá una importante función en relación con esa actividad (véase el anexo 2).

Disponibilidad de medicamentos para el tratamiento de ETS

A través de las pautas de manejo de casos se recomendarán medicamentos para el tratamiento de ETS, y el programa nacional tendrá que disponer lo necesario para que figuren en la lista de medicamentos esenciales y se disponga de existencias de los mismos. Además puede ser necesario aclarar las políticas de recuperación de costos.

Supervisión

Aunque los servicios estén plenamente descentralizados, los programas nacionales tendrán que controlar y supervisar la cobertura y la calidad de la prestación de los servicios.

Investigación operativa

El programa nacional deberá disponer lo necesario para que se lleven a cabo las investigaciones operativas que se requieren. A fin de planificar y prestar servicios en forma adecuada, en el programa de ETS debe incluirse información sobre:

- Los grupos de población que corren mayor riesgo de ETS.
- La distribución geográfica de esos grupos.
- La prevalencia de síndromes de ETS y los agentes etiológicos respectivos.
- La sensibilidad de los agentes etiológicos a los antimicrobianos.
- Los servicios de prevención y asistencia disponibles para ETS.
- El comportamiento de la población con respecto a la búsqueda de asistencia sanitaria relacionada con ETS (por ejemplo a qué fuentes de asistencia acuden determinados grupos en relación con esas enfermedades; qué razones tienen para ello y, en especial, qué obstáculos existen a la procuración de asistencia sanitaria de servicios públicos).

Como los comportamientos que ponen a las personas en situación de riesgo frente a ETS convencionales y frente al VIH transmitido por vía sexual son idénticos, es necesario que los programas del SIDA y las ETS coordinen mutuamente las tareas de obtención de información.

A través de consultorios especializados en ETS que actúen como centros de referencia y estén reforzados por respaldo y experiencia técnica de laboratorio para efectuar diagnósticos etiológicos deben controlarse las modalidades de infección, las enfermedades y la resistencia a los antimicrobianos. A falta de esos centros de referencia, o hasta que los mismos sean adecuadamente reforzados, puede extrapolarse cuidadosamente información de contextos análogos de países vecinos. Los siguientes son otros ámbitos en que pueden realizarse investigaciones operativas:

- Determinación de la factibilidad y validez de los gráficos de flujo de manejo de casos.
- Evaluación de los factores de riesgo de infecciones en mujeres, a fin de utilizarlos en los gráficos de flujo.
- Determinación y prevalencia de ETS en poblaciones «centinela».

Sistemas de vigilancia

Los sistemas de vigilancia deben formar parte de los programas de ETS a fin de contar con la información necesaria para las decisiones referentes al programa. Se recomienda utilizar un sistema de vigilancia «centinela» acompañado de mecanismos de obtención de información de lugares «centinela» seleccionados. Ello puede complementarse con encuestas específicas realizadas en períodos breves para controlar la variación de la distribución de los agentes patógenos de ETS y su sensibilidad a los antimicrobianos.

El programa de ETS se encargará de velar por el establecimiento de esos sistemas y de dar a conocer a las autoridades sanitarias periféricas los lugares «centinela» seleccionados y los datos recopilados. El programa se encargará también de analizar los datos a escala nacional y de suministrar a los proveedores de datos información de retroalimentación en forma oportuna. El programa establecerá dónde y cuándo se necesitarán encuestas adicionales.

Vigilancia de las ETS

Principales objetivos de la vigilancia de las ETS

- Debe estimarse la magnitud del problema de las ETS para :
 - Definir los recursos necesarios.
 - Abogar ante los responsables de la política sanitaria para obtener el respaldo necesario.
- Es preciso medir la frecuencia y la distribución de los agentes patógenos de ETS y de la sensibilidad a los antimicrobianos para definir y supervisar los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos.
- Deben controlarse las tendencias para reforzar el respaldo político y mejorar el programa existente.

Recomendaciones generales para los sistemas de vigilancia de ETS

- La vigilancia de ETS es necesaria porque proporciona los datos que se requieren para :
 - Adoptar decisiones programáticas y diseñar medidas de intervención que beneficien a la comunidad.
 - Controlar las repercusiones del programa de asistencia y prevención de ETS.
 - Capacitar al personal de atención sanitaria.
- Se recomienda realizar una vigilancia «centinela» en un pequeño número de lugares seleccionados porque :
 - Es posible seleccionar los lugares «centinela» de modo que sean representativos de diferentes regiones y contengan diversas instalaciones que presten servicios relacionados con ETS.
 - Es flexible.
 - Pueden agregarse encuestas específicas sin alterar la estructura básica.
 - Es el mecanismo de aplicación y supervisión más viable.
- Las actividades de vigilancia sistemática de ETS deben complementarse mediante encuestas específicas, como las referentes a :
 - Prevalencia de ETS en poblaciones vulnerables que corren mayor riesgo de infección.
 - Proyectos de investigación específicos.

La vigilancia de ETS no debe ser independiente, sino que debe formar parte del programa de ETS y, en la medida de lo posible, del sistema sanitario general. Sólo debe recogerse información útil para la planificación y el control del programa.

Control, supervisión y evaluación

La administración nacional debe ayudar a la periférica a identificar indicadores y establecer objetivos realistas. El control y la supervisión de las actividades deben estar en manos de la administración periférica, de distrito o regional, pero la responsabilidad de organizar una evaluación global del programa nacional debe estar a cargo de la administración central. En el anexo 5 se amplía lo referente a este importante ámbito.

Gestión a nivel periférico

En los casos en que los servicios de ETS se prestan, conforme a lo recomendado, a través del sistema general de asistencia sanitaria, no se requiere una estructura de gestión independiente. Los consultorios especializados en ETS deberán poseer un sistema de gestión autónomo que deberá combinarse con el sistema establecido para otros servicios de asistencia secundaria y terciaria.

La experiencia revela que la descentralización de la gestión de los servicios da lugar a una mayor eficiencia. La gestión debe estar lo más próxima posible al nivel del servicio sanitario.

ANEXO 5 - CONTROL Y EVALUACIÓN

Fundamento lógico

Una labor de control que comprenda vigilancia, supervisión y evaluación debe considerarse como un proceso continuo encaminado a mantener y mejorar la prestación de servicios eficientes y de alta calidad de atención de las ETS. Los gestores necesitan información a los efectos de la planificación y ejecución de programas eficaces para la prevención y la asistencia de ETS. A través de un control y una evaluación eficaces se suscitará un proceso encaminado a describir éxitos, identificar problemas e indicar potenciales soluciones.

Diversas fuentes pueden brindar la información que debe compilarse a través de una combinación óptima; por ejemplo, información proveniente de actividades de control como «los registros de existencias del nivel central de los últimos 12 meses muestran que la entrega y distribución de los preservativos necesarios no pasó del 80% del número requerido», y de informes de los supervisores, como por ejemplo: «el 35% de las personas en procura de asistencia por ETS en servicios sanitarios recibieron adecuado asesoramiento sobre utilización de preservativos y notificación de compañeros sexuales», y «el 29% de los individuos manifestaron haber utilizado un preservativo durante la relación sexual más reciente». A través de una clasificación adicional por edades y sexos se obtendrá información valiosa para posteriores estrategias de intervención. Esta combinación de información puede resultar más útil a los gestores del programa que la información individual a los efectos de centrar la atención en problemas clave y señalar soluciones.

Control

A través del control se procura lograr que la labor avance según lo programado y prever o detectar problemas de ejecución. El control brinda a los gestores información sobre el nivel de medición de logros conforme a patrones de desempeño y les permite evaluar la ejecución mediante la comparación del progreso real con el gasto realizado. El control ayudará a confirmar los resultados de la evaluación de desempeño.

Las actividades de control están centradas en la ejecución (suficiencia de los suministros; carácter adecuado de la capacitación; desempeño de los dispensadores de servicios), y no en resultados intermedios (variación de los conocimientos o del comportamiento; modificación de los sistemas sanitarios), ni en las repercusiones (disminución de la morbilidad y la mortalidad; mejoramiento sanitario).

Vigilancia

Tradicionalmente, la palabra «vigilancia» se refiere a las tendencias y modalidades de una enfermedad en determinada población a lo largo del tiempo. Esta información es necesaria para que los gestores puedan concentrar esfuerzos y recursos donde más se necesitan.

Los sistemas de vigilancia brindan la información necesaria para estimar la escala del problema, su frecuencia y distribución y la sensibilidad a los antimicrobianos de los agentes patógenos de las ETS. La vigilancia permite a los gestores reforzar y mejorar la gestión del programa. Por ejemplo, la vigilancia de la sífilis, la infección clamidiana o la blenorragia puede revelar tendencias de utilización de preservativos o hacer posible una selección más adecuada de medicamentos para el tratamiento de las ETS.

La experiencia revela que una declaración universal de información a los efectos de la vigilancia rara vez resulta sostenible y se recomienda que las actividades de vigilancia sistemática se limiten a cierto número de lugares «centinela» y a encuestas periódicas destinadas a obtener información adicional sobre modalidades y enfermedades y sensibilidad a los antimicrobianos.

Los lugares «centinela» pueden consolidarse y reforzarse con fines de cumplimiento y eficiencia.

Supervisión

La supervisión es uno de los aspectos más importantes del control, porque permite evaluar el desempeño y los resultados a la luz de la situación y de los recursos disponibles. Una supervisión eficaz reduce el margen entre lo que existe y lo que puede lograrse a través de la asignación de recursos y capacitación basados en las necesidades de los servicios individuales o del personal de atención sanitaria.

La supervisión es un mecanismo destinado a lograr competencia a través de la observación, el análisis, el respaldo y la orientación.

Evaluación

A través de la evaluación se procura determinar el avance hacia los objetivos y metas del programa en determinado momento.

La evaluación se centra en el análisis periódico y la utilización de información para mejorar los programas sanitarios y orientar la asignación de los recursos. A través de la misma se reúne información proveniente de las actividades de vigilancia, control y supervisión, para establecer si se están logrando los resultados programados.

Método

Selección de indicadores del programa

Antes de llevar a cabo las actividades, deben seleccionarse cuidadosamente objetivos que reflejen las prioridades del programa. La OMS ha identificado cuatro indicadores de prevención directamente vinculados con los programas de ETS y los ha sometido a pruebas de campo.

Indicadores de prevención (IP) de la OMS

- IP 6 de la OMS : manejo de casos de ETS

Número de individuos que se presentaron con ETS en servicios de salud evaluados y fueron tratados de manera adecuada (según las normas nacionales)

Número total de individuos que se presentaron con ETS en instalaciones sanitarias

- IP 7 de la OMS : manejo de casos de ETS

Número de individuos que procuraron asistencia por ETS en servicios sanitarios y recibieron adecuado asesoramiento sobre preservativos y/o notificación de sus compañeros sexuales

Número total de individuos que se presentaron con ETS en instalaciones sanitarias

- IP 8 de la OMS : prevalencia de ETS, mujeres

Número de mujeres embarazadas entre los 15 y 24 años de edad con serología positiva de sífilis

Número total de mujeres embarazadas de 15 a 24 años de edad que acudieron a consultorios prenatales cuya sangre fue analizada

- IP 9 de la OMS : incidencia de las ETS, hombres

Número de episodios declarados de uretritis en hombres de 15 a 49 años de edad en los últimos 12 meses

Número total de hombres de 15 a 49 años de edad encuestados

Establecimiento de objetivos del programa

Para que los indicadores sean útiles es necesario establecer objetivos. Por ejemplo, en el caso del IP 6 de la OMS, el programa debe determinar un nivel realista de logros y establecer un objetivo para el mismo. El enunciado de un objetivo del programa podría ser: «a más tardar en 1996, el 50% de las personas que buscan asistencia por ETS en un servicio serán evaluados y tratados en forma adecuada». Los datos de los indicadores pueden sintetizarse en la evaluación del programa para determinar en qué medida se han alcanzado los objetivos.

Selección de indicadores y objetivos de actividades

Al planificar las actividades que deben realizarse en el marco de una medida de intervención, el programa puede establecer objetivos de actividades. Los mismos se centran en las actividades que han de llevarse a cabo para alcanzar el objetivo del programa. Un indicador de actividad podría ser, por ejemplo: «la proporción de servicios de salud que cuentan con existencias adecuadas de medicamentos apropiados para el tratamiento de ETS». El objetivo de actividad establecido para ese indicador específico podría ser: «a más tardar en 1994 el 75% de los servicios sanitarios dispondrán de existencias adecuadas de medicamentos apropiados para el tratamiento de ETS».

Selección de resultados y productos

Para llevar a cabo las actividades es necesario realizar una labor de selección y planificación encaminada a obtener resultados que permitan comparar las prácticas corrientes con determinados patrones de desempeño y productos que cuantifiquen el número de elementos utilizados para realizar las actividades.

Un aspecto cualitativo clave de los «resultados» que pueden controlarse en relación con el objetivo de la actividad que antecede consiste en verificar que la «formación del personal de atención sanitaria se realice conforme a las pautas nacionales de manejo de casos de ETS».

Un ejemplo de un «producto» cuantificado que se controlaría es el siguiente: «número de servicios sanitarios con adecuadas existencias de medicamentos apropiados para el tratamiento de ETS».

Supervisión

Las listas de comprobación que se preparen a los efectos de la supervisión deben basarse en la importancia de los distintos elementos para el logro de los objetivos de las actividades y del programa de ETS. En ellas deberían tenerse en cuenta, por ejemplo, los puntos siguientes:

- Importancia del proceso de aplicación global (por ejemplo número de mujeres que acuden a consultorios prenatales y son sometidas a pruebas de detección de la sífilis).
- Sensibilidad frente a dificultades antes experimentadas en relación con patrones de desempeño o pautas operativas (por ejemplo número de servicios de salud con adecuado suministro de preservativos y adecuados medicamentos para el tratamiento de las ETS).
- Intervalos de frecuencia necesarios para medir determinada información sobre desempeño (por ejemplo recopilación de informes periódicos sobre existencias, para medir la oportuna entrega de medicamentos para tratamiento y preservativos en instalaciones que prestan servicios de atención de ETS).

La relación entre los aspectos que deben controlarse puede demostrarse mediante la organización de los mismos conforme a objetivos del programa, actividades, indicadores de actividades, objetivos de actividades, desempeño y productos. Cada elemento mantiene una relación causal con los otros elementos y brinda importante información acerca de los éxitos y fracasos del programa de ETS.

Responsabilidades

Si los servicios de ETS están plenamente integrados en la estructura general de asistencia sanitaria, su control y supervisión formarán parte de las actividades generales de control y estarán a cargo del nivel periférico de gestión (el de las autoridades sanitarias de distrito, por ejemplo). A través de las listas de comprobación con fines de supervisión referentes al programa de ETS debe poderse comparar su aporte con los datos del programa global de asistencia sanitaria.

El programa de ETS se encargará de seleccionar indicadores y objetivos de programas y de brindar asesoramiento a las regiones o provincias y a los distritos sobre actividades de control tales como la selección de apropiados indicadores de actividades.

A los efectos del control de los consultorios especializados en ETS que prestan servicios de derivación se aplicará el procedimiento vigente para todos los servicios de asistencia secundaria y terciaria, y puede ser necesario seleccionar indicadores de actividades específicos.

El análisis de los datos emanados de la labor de supervisión estará especialmente a cargo del programa de ETS. El propio programa realizará su evaluación global, aunque en estrecha colaboración con la administración sanitaria periférica.

