

F 27.34 / E42

THE POPULATION COUNCIL

Región Latinoamericana y del Caribe

**Enfermedades transmitidas sexualmente
y la salud reproductiva de las mujeres
en países en vías de desarrollo**

Christopher Elias

**DOCUMENTOS
DE TRABAJO**

Enero 1993

No. 27

27-34
E 42
4283 ✓

000087

**ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE
Y LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EN PAISES
EN VIAS DE DESARROLLO**

Christopher Elias

No. 27

Enero, 1993

1. Enfermedades de
transmisión sexual
2. Salud reproductiva
3. SIDA.

PRESENTACION

Las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) se reconocen mundialmente como un factor importante para la salud reproductiva, especialmente desde la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). No obstante, en América Latina hay poca investigación sobre las ETS y, en consecuencia, poca atención a los adolescentes, a las mujeres y a sus hijos afectados por esas enfermedades. La razón de esta situación parece ser la cautela con que se abordan temas relacionados con la sexualidad de los adolescentes y de las mujeres.

Lejos de ser un tema exótico de la salud reproductiva, las ETS ocupan un lugar central al término de este siglo. Sin embargo, es preocupante la falta notable de datos por país y a nivel regional acerca de la epidemiología y la sociología de las ETS en América Latina. El Programa Regional de Salud Reproductiva y Salud Infantil del Population Council está empezando a dedicar esfuerzos a la investigación de las ETS, con proyectos que se desarrollan actualmente en México y en Brasil. Esperamos que la publicación de este Documento de Trabajo impulse a los investigadores regionales a realizar investigación básica, clínica y operativa sobre el tema.

El Dr. Christopher Elias ha realizado un trabajo accesible, con una visión global acerca de las ETS y con una perspectiva que considera la condición de la mujer como una variable determinante en la salud reproductiva. Con el ánimo de que esta publicación contribuya a mejorar las condiciones de salud de las mujeres en la región, ofrecemos la versión en español de: "Enfermedades transmitidas sexualmente y la salud reproductiva de las mujeres en países en vías de desarrollo".

*Kathryn Tolbert, Directora
Programa Regional de Salud Reproductiva y Salud Infantil
The Population Council*

AGRADECIMIENTOS

La versión en español de este Documento de Trabajo fue posible gracias a la colaboración de varias personas, a quienes el Population Council agradece su eficiente contribución: Laura Beltrán Narcia realizó la traducción original del texto al español; Ana Langer Glass se encargó de la revisión técnica de la traducción; Teresa Ulloa realizó la captura del texto y su formateo; Guillermina Herrera tuvo a su cargo la corrección de estilo y supervisó la tarea editorial.

RESUMEN

Esta publicación se divide en tres secciones principales, cada una dirigida a un aspecto diferente del reto que enfrentan los profesionales de la salud reproductiva al confrontar las enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) que padecen las mujeres de los países en vías de desarrollo. La primera sección ofrece una descripción general de los principales problemas relacionados con las ETS, a propósito de los programas de salud reproductiva. Esta sección se ha organizado por síndrome y no por organismo causal específico; de este modo, se espera que el documento sea particularmente útil para los programas de los servicios a los que acuden las mujeres con molestias sintomáticas específicas. El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se trata en esta sección al concebirlo principalmente como una ETS. En la segunda sección se vinculan las interrogantes: "¿Por dónde hemos andado?" y "¿Hacia dónde vamos?" en cuanto a los esfuerzos de prevención de ETS/SIDA. En esta sección se explican algunos de los puntos críticos que han llevado a muchos a la conclusión de que después del impulso inicial que originó la epidemia de SIDA para establecer los programas básicos, las actividades preventivas se han "estacionado" y se necesitan nuevos derroteros. La tercera sección ofrece una síntesis de los puntos fundamentales de las dos secciones anteriores en forma de una "agenda para la acción".

RECONOCIMIENTOS

Las ideas que se presentan en este trabajo son el producto de mis conversaciones con colegas de diversas instituciones y países. Quiero dar las gracias a todos aquellos que leyeron y comentaron este documento y los borradores anteriores. De manera especial agradezco a mis colegas Judith Bruce, Andrea Eschen, Nahid Toubia y Beverly Winikoff del Programa Ebert, por su diaria contribución al desarrollo de este trabajo. Maggie Bangser y Judith Wasserheit merecen un agradecimiento especial por su aportación conceptual y por su exhaustiva revisión del texto. También deseo agradecer a Marcelle Sarch por la meticulosa edición y montaje de este escrito y de las versiones anteriores.

*Christopher Elias, Asociado, The Population Council, Nueva York.
Este trabajo forma parte del Programa Robert H. Ebert sobre Temas Críticos en Salud Reproductiva y Población, patrocinado por la Fundación John C. y Catherine T. MacArthur y por la Fundación Rockefeller.*

"Y sin embargo, el mundo es maravillosamente grande ..."

- Rudyard Kipling.

INDICE

| | |
|--|----|
| PROLOGO | 1 |
| INTRODUCCION | 3 |
| SECCION UNO: ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE (ETS). UNA PERSPECTIVA DE LA SALUD REPRODUCTIVA .. | 5 |
| Infecciones del aparato reproductor | 6 |
| Infecciones del tracto reproductivo inferior | 6 |
| Enfermedad inflamatoria pélvica y sus complicaciones | 7 |
| Impacto en la salud y la supervivencia infantiles | 10 |
| Temas para los programas de planificación familiar | 10 |
| Resumen de los problemas que representan las infecciones del aparato reproductor | 12 |
| Úlcera genital | 15 |
| Procesos malignos relacionados con ETS | 16 |
| El VIH: la ETS más reciente | 17 |
| "La amenaza más reciente" | 18 |
| "Ampliando el discurso" | 22 |
| SECCION DOS: ENCRUCIJADAS. ESTADO ACTUAL DE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCION DE LAS ETS Y EL SIDA | 28 |
| SECCION TRES: UNA AGENDA PARA LA ACCION | 34 |
| REFERENCIAS | 38 |

LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y LA SALUD DE LAS MUJERES DE LOS PAISES EN VIAS DE DESARROLLO

PROLOGO

Este trabajo responde a necesidades expresadas por personal del Population Council y por otros colegas. Al intentar satisfacer todas estas necesidades en una sola publicación se corre el riesgo de confundir al lector conforme va cambiando el énfasis y voz del autor. Ojalá que el plano que se presenta a continuación contribuya a evitar tal confusión.

Un gran número de personas cuyo interés primario son los servicios de planificación familiar y otros temas de salud reproductiva declararon que el área de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y, especialmente, la abundante literatura sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), representan un mundo tan "maravillosamente grande" que es difícil saber por dónde empezar. De estos comentarios surgió la necesidad de contar con una recopilación sucinta de la información en este campo, especialmente en relación a la salud reproductiva de las mujeres del mundo en vías de desarrollo. La primera sección de este trabajo constituye un esfuerzo por resumir dicha información.

Esta sección describe de manera general los principales temas relativos a las ETS relevantes para los programas de salud reproductiva. Se presenta no una revisión exhaustiva sino más bien una introducción a esta vasta literatura. La información está organizada por síndrome (es decir, infecciones del aparato reproductor, úlcera genital, etcétera) en lugar de por organismo causal específico (por ejemplo, gonorrea, clamidia, sífilis, etcétera), con el fin de incrementar su utilidad en los programas de servicios en donde las mujeres presentan sintomatologías específicas (flujo vaginal, úlceras vaginales, etcétera). La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se aborda en este contexto principalmente en su carácter de enfermedad sexualmente transmitida. El VIH se agrega así a la gran cantidad de ETS que amenazan la salud reproductiva de las mujeres de los países en vías de desarrollo y, al mismo tiempo, nos obliga a reevaluar nuestro sistema tradicional de prevención y control de las ETS.

En consecuencia, la primera sección será de más interés para los profesionales que trabajan en planificación familiar y salud reproductiva, que buscan un resumen general de los temas referentes a las ETS y el SIDA relevantes para sus programas. Para algunos lectores esta sección puede parecer demasiado familiar, mientras que otros podrán encontrarla demasiado técnica. En todo caso, a quienes quieran pasar por alto esta sección por alguna razón, se les recomienda leer su última parte, "Ampliando el discurso", que constituye una introducción a la segunda sección.

La segunda sección, "Encrucijadas", es una respuesta a otra necesidad expresada por personal del Population Council y colegas de organismos que actualmente están patrocinando programas preventivos contra las ETS y el SIDA. Esta sección se relaciona con las preguntas: "¿Por dónde hemos andado?" y "¿Hacia dónde vamos?" con nuestros esfuerzos de prevención de las ETS y el SIDA. En dicha sección se tratan de explicar algunos de los problemas críticos que han llevado a muchas personas a concluir que después del impulso inicial por establecer

programas que tuvieron su origen en la epidemia del SIDA, las actividades de prevención se encuentran ahora paralizadas y necesitan nuevas direcciones. Manteniendo su énfasis en la salud reproductiva, esta sección será de interés genérico para los que manejan programas de ETS y SIDA y para agencias donantes.

La tercera sección constituye una síntesis de los principales puntos de las dos primeras secciones en forma de una "agenda para la acción", exponiendo de lleno la necesidad de reorientar los recursos y hacer frente a los obstáculos tradicionales que se oponen al abordaje más concreto de la salud reproductiva en general, y a la prevención de las ETS en particular. Como tal, esta sección representa un "llamado a la acción" de aquéllos que promueven la salud de la mujer y de los profesionales de la salud reproductiva; un llamado a una acción integral que vaya mucho más allá de la promoción culturalmente sensitiva de condones.

INTRODUCCION

Recientemente, Fred Sai definió la salud reproductiva como "la capacidad de hombres y mujeres de tener relaciones sexuales seguras, se desee o no un embarazo y, si éste fuera deseado, la capacidad de la mujer de llevar a término una gestación sin complicaciones, dar a luz a un niño sano y estar preparada para alimentarlo" (72). Para lograr una salud reproductiva óptima se requiere considerar el contexto económico, social y político que influye sobre la elección en cuanto al control de la fertilidad y la salud materna. Dentro de este contexto, la transmisión de enfermedades infecciosas por vía sexual presenta una problemática preocupante.

Las ETS son, desde hace mucho, una seria amenaza a la salud y el bienestar de las mujeres de los países en vías de desarrollo. Además del dolor y las molestias que las mujeres sufren cuando la afección es aguda, a menudo se constata también un deterioro en su salud reproductiva como consecuencia de esas infecciones en su fase crónica. Algunas de sus secuelas, como el embarazo ectópico y el cáncer cervical, representan una causa importante de mortalidad. Otras, como la infertilidad y el dolor crónico, tienen efectos devastadores para la mujer, terminando por comprometer su seguridad económica y social. En general, las clínicas de atención primaria de los países en vías de desarrollo son escasos o inexistentes, por lo que la detección y el tratamiento de dichas enfermedades son particularmente difíciles. Muchas de las unidades de atención primaria a la salud, incluyendo las de salud materno infantil y de planificación familiar, no atienden de manera adecuada las ETS que sufren las mujeres. Por su parte, las clínicas para atención de las ETS, generalmente creadas para atender a hombres y prostitutas, tampoco representan una instancia adecuada de atención. El reconocimiento de esta situación sugiere la incorporación de la problemática de las ETS a los programas integrales de atención a la salud reproductiva, en vez de tratarlas por separado, con el estigma potencial que resulta de enfatizar su adquisición por vía sexual.

La reciente aparición de un nuevo patógeno que se trasmite sexualmente, el VIH y su asociación con el fatal SIDA, han despertado un renovado interés por la prevención y control de las ETS en general. Aunque este nuevo virus representa para los profesionales de la salud y prestadores de servicios muchos desafíos singulares, al mismo tiempo ha servido para poner al descubierto las diversas facetas de inequidad, poder y estigmatización que por tanto tiempo han frustrado todos los intentos por desarrollar una respuesta efectiva de salud pública al problema de las ETS. Al igual que las otras ETS, la epidemia del VIH/SIDA amenaza con tener un impacto significativo en la salud reproductiva de las mujeres, especialmente en las de los países en vías de desarrollo. Como ejemplo de los aproximadamente tres millones de mujeres infectadas con este virus en el mundo, se estima que el 80% se localiza en el Africa al sur del Sahara.

La mayor parte de las acciones iniciales para enfrentar la epidemia del SIDA se concentró exclusivamente en los grupos llamados de "alto riesgo" (prostitutas, drogadictos, etcétera), en un intento por evitar que la nueva enfermedad se extendiera a la población general. Estas acciones no tuvieron éxito. El contagio del VIH está aumentando en todas partes del mundo y

el contacto heterosexual está surgiendo como la forma dominante de transmisión de la enfermedad. Por lo tanto, aunque continua siendo importante el desarrollo de programas orientados a las necesidades especiales de poblaciones "objetivos", ya es tiempo de enfocar más ampliamente la prevención de esta enfermedad. Las intervenciones dirigidas son componentes esenciales y costo-efectivos de cualquier estrategia de prevención del VIH. Los "objetivos" de tales intervenciones deberán, sin embargo, trascender a los "grupos de alto riesgo" tradicionalmente definidos. Las mujeres de los países en vías de desarrollo son particularmente vulnerables a la infección del VIH, encontrando demasiados obstáculos cuando intentan protegerse de su contagio.

Este trabajo tiene tres objetivos amplios: describir las cuestiones fundamentales de las ETS que al mismo tiempo sean relevantes para los programas de salud reproductiva de los países en vías de desarrollo; explorar algunos de los problemas que enfrentan los programas de prevención de las ETS y SIDA; y proponer una agenda para acciones futuras.

SECCION UNO: ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE. UNA PERSPECTIVA DE LA SALUD REPRODUCTIVA.

Esta sección ofrece una breve recopilación de la información relevante sobre las ETS desde la perspectiva de la salud reproductiva de las mujeres del mundo en vías de desarrollo. Una revisión extensa de todos los agentes infecciosos responsables de las ETS no nos permitiría ser breves. Por lo tanto, la sección se divide en cuatro apartados generales: infecciones del aparato reproductor, úlcera genital, procesos malignos relacionados con las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Aunque esta estructura pudiera no incluir todos los aspectos de la salud sexual de la mujer, permite captar las cuestiones principales y las presenta en una forma familiar a los equipos de trabajo de los programas de salud reproductiva.

La organización por síndrome constituye un reflejo más exacto de la presentación clínica de la mujer con problemática relacionada con una ETS (por ejemplo, flujo vaginal, úlceras genitales, masas pélvicas y manifestaciones sistémicas del SIDA). Cada uno de estos síndromes representa también una inquietud en cuanto a los efectos a largo plazo --personales o de salud pública-- de una infección asintomática, no detectada. La discusión de cada apartado conduce directamente a uno de los argumentos que aglutinan esta publicación: en las mujeres de los países en vías de desarrollo la prevención y control de las ETS y sus complicaciones, incluyendo el SIDA, ofrece mejores resultados cuando se adopta un enfoque integral que abarca todos los aspectos relacionados con su salud reproductiva.

Antes de continuar, es necesario dar algunas definiciones generales. En el presente trabajo, el término infección del aparato reproductor (IAR) se usa básicamente para tratar los síndromes de vaginosis, cervicitis y **enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)**. Aunque las úlceras genitales y la enfermedad viral que se asocia con cáncer genital técnicamente son infecciones del aparato reproductor, el carácter singular de su presentación y epidemiología merecen una discusión aparte. Es importante también distinguir entre **infección del aparato reproductor** y **enfermedad transmitida sexualmente**. La confusión entre estos dos términos se deriva del hecho que no todas las infecciones del aparato reproductor son necesariamente ETS. Por ejemplo, la candidiasis vulvovaginal y la vaginosis bacteriana son causadas por un crecimiento desordenado de organismos que normalmente están presentes en el aparato reproductor. Aunque exista alguna evidencia de que dichas infecciones pudieran haber sido transmitidas sexualmente (37, 79), su presencia no necesariamente implica que se hayan adquirido por contacto sexual.

En este contexto, la infección por el VIH se debe considerar esencialmente como una ETS. Cuando es pertinente, se describen brevemente otras formas de transmisión del virus, como la transmisión materno-fetal, por medio de la leche materna, o por transfusión sanguínea y se ofrecen referencias. La mayor amenaza a la salud pública del VIH es su ocurrencia por una infección por vía sexual. La amplitud y forma que adopta esta amenaza se describen y documentan en el apartado final, "Ampliando el discurso", en donde se revisan críticamente las

modalidades del desafío que la epidemia del VIH presenta frente a las ideas tradicionales sobre el control y prevención de las ETS.

INFECCIONES DEL APARATO REPRODUCTOR

Como se dijo anteriormente, a menudo las enfermedades de transmisión sexual se presentan en las mujeres inicialmente como síntomas y complicaciones propias de su aparato reproductor femenino. Recientemente, Judith Wasserheit publicó una revisión muy completa acerca de la importancia y magnitud de las infecciones del aparato reproductor entre las mujeres del Tercer Mundo (87). Esta revisión se circunscribe a los síndromes de vaginosis, cervicitis y enfermedad inflamatoria pélvica, y demuestra claramente el impacto que estas infecciones tienen en las mujeres de los países en vías de desarrollo. La Dra. Wasserheit argumenta que la detección y tratamiento oportunos de estas infecciones, frecuentemente curables, constituyen una oportunidad única para mejorar la salud reproductiva de estas mujeres. Lo anterior es especialmente relevante para los programas de planificación familiar y salud materno infantil por varias razones. Además de su lógica relación con la provisión de servicios de anticoncepción y atención perinatal, la detección y el manejo de las infecciones del aparato reproductor requieren el acceso a la misma población de pacientes, (las mujeres sexualmente activas) igual que los mismos prestadores de servicios con habilidades idóneas (con capacidad de realizar una exploración pélvica adecuada y de comunicar acerca de conceptos que se refieren a la sexualidad con sensibilidad). Recientemente, se ha señalado que aun las más leves infecciones del aparato reproductor (como la tricomoniasis) pueden incrementar el riesgo de contagio del VIH; ello pone de relieve la urgencia de una atención más integral a estas infecciones (53).

Infecciones del tracto inferior del aparato reproductor.

Muchos de los encargados de la salud a niveles locales, y aun nacionales, carecen de datos sobre la prevalencia de las infecciones del aparato reproductor. La mayoría de los estudios que se han realizado en países en vías de desarrollo se han limitado a los hombres o grupos no representativos de mujeres, como las prostitutas registradas. A menudo, el no buscar el problema ha dado como resultado no detectarlo (65). Tampoco los datos de las clínicas donde se tratan las ETS han podido proporcionar una imagen exacta del problema, dado que en casi todos los países en vías de desarrollo el estigma que rodea a dichas clínicas impide que sean un recurso para la mayoría de las mujeres sexualmente activas. A raíz de una revisión exhaustiva de los datos disponibles sobre prevalencia de infecciones de la parte inferior del aparato reproductor en poblaciones de mujeres no prostitutas (casi todos recolectados de clínicas de atención prenatal y planificación familiar), la Dra. Wasserheit llegó a las siguientes conclusiones:

- "En casi todos los países en vías de desarrollo donde se ha investigado, las infecciones del aparato reproductor son comunes, aun si se trata de poblaciones asintomáticas.
- La prevalencia de infecciones es mayor en los países africanos que en los asiáticos o los latinoamericanos.

- No existen patrones de prevalencia consistentes en los países (aun dentro de un mismo continente) que pudieran señalar a los grupos de mujeres con mayor necesidad de servicios.
- La cervicitis por clamidia y la vaginosis bacteriana, no obstante su gran potencial de convertirse en graves infecciones del tracto superior del aparato reproductor, casi no se han estudiado como causas de morbilidad entre las mujeres del Tercer Mundo" (87).

En casi todos los estudios revisados, se encontraron infecciones del tracto inferior en más del 5% de las mujeres, con tasas de prevalencia hasta del 40 al 50%. La magnitud de dichas infecciones la ilustra el hallazgo de la Dra. Wasserheit, que señala que "en siete de ocho poblaciones asintomáticas no reclutadas en clínicas de ETS, por lo menos el 8% de las mujeres tenía gonorrea; en cuatro de estos estudios se documentó una prevalencia de por lo menos el 10%". Datos recientes de un estudio en comunidad llevado a cabo en la India corroboraron dichos hallazgos clínicos, al demostrar que las infecciones del aparato reproductor eran muy frecuentes, inclusive en los poblados hindúes tradicionalmente conservadores (9).

Enfermedad inflamatoria pélvica y sus complicaciones.

La importancia de las infecciones del tracto inferior del aparato reproductor reside no sólo en sus síntomas o su potencial de transmisión asintomática, sino también en su propensión a causar la infección del tracto superior del aparato reproductor (la enfermedad inflamatoria pélvica) --una de las causas principales de morbilidad y mortalidad entre las mujeres. En el pasado, esta grave complicación que se origina en el tracto inferior se asociaba únicamente con la gonorrea. Sin embargo, a medida que la tecnología de diagnóstico ha mejorado, hay cada vez mayor evidencia de que la clamidia es también un agente causal; se informa que en algunas poblaciones este microorganismo es la causa principal de enfermedad inflamatoria pélvica (19). Aunque los datos son incompletos, se ha sugerido que además de los patógenos más conocidos --como la Neisseria gonorrhoeae y la Chlamydia trachomatis--, otros organismos asociados a la vaginosis bacteriana también pueden acusar de manera importante la presencia de la enfermedad inflamatoria pélvica (26, 82, 83). Los organismos causantes de vaginosis bacteriana son menos patogénicos que la Neisseria o Clamidia; por lo tanto, es más probable que infecten las trompas de Falopio ya inflamadas o previamente cicatrizadas por efecto de una infección anterior más severa, como podría ser la gonorrea. Sin embargo, a la vista de estos datos, y aun cuando la vaginosis bacteriana pudiera no ser por sí misma una ETS, la enfermedad inflamatoria pélvica resulta de una vaginosis bacteriana que pudiera ser una complicación de una ETS previa o coexistente (91).

Los datos que se refieren a la frecuencia de enfermedad inflamatoria pélvica asociada a una infección genital no tratada generalmente se han obtenido en países industrializados. Estos datos sugieren que llegarán a convertirse en enfermedad inflamatoria pélvica un 8 a 10% de las cervicitis por clamidia, y un 10 a 20% de las cervicitis por gonococos, a menos que se recurra a su tratamiento (90, 91). Más aún, las tasas de infección del tracto superior del aparato reproductor (especialmente las que se asocian con microorganismos de la vaginosis bacteriana),

se incrementan de manera significativa después del parto y las operaciones transcervicales, como el aborto inducido y la inserción del dispositivo intrauterino (DIU) (91).

Las asociaciones antes mencionadas son un argumento a favor de la incorporación de las ETS a programas integrales de servicios de salud reproductiva. Al detectar y tratar las infecciones del tracto inferior del aparato reproductor, dichos servicios podrían prevenir gran parte de la grave morbilidad y mortalidad asociada a la enfermedad inflamatoria pélvica y sus complicaciones.

Además del dolor y la incapacidad que produce la enfermedad inflamatoria pélvica aguda, sus consecuencias en la salud y para el ámbito social son muy importantes. Las principales secuelas de esta enfermedad son la infertilidad, el embarazo ectópico, el dolor crónico y la infección recurrente. Su legado no es sólo la salud deficiente y una mayor mortalidad, sino también una productividad económica menor, problemas en el matrimonio y ostracismo social.

Antes de que los antibióticos estuvieran disponibles, las tasas de infertilidad posteriores a la enfermedad inflamatoria pélvica llegaban del 55 al 75% (91). En contraste, un estudio reciente efectuado en Suecia observó que el 17.2% de las mujeres quedaban estériles después del tratamiento de uno o dos episodios de dicha enfermedad (89). Los datos indican que el riesgo de infertilidad se incrementa de manera importante con la repetición de las infecciones. Aunque es difícil calcular las tasas exactas de infertilidad asociadas a enfermedad inflamatoria pélvica en los países menos desarrollados, es indudable que son mucho mayores que las de países industrializados como Suecia, por el inevitable retraso en su diagnóstico, por la escasez crónica de antibióticos y la falta absoluta de servicios de atención a la salud de muchos países del Tercer Mundo (87).

Al revisar los datos sobre las tasas de infertilidad post-infección, la Dra. Wasserheit encontró patrones similares a los de las infecciones del aparato reproductor en general. El problema fue peor en África al sur del Sahara, donde del 30 al 50% de parejas en algunas comunidades no podían concebir (12); en dichos estudios, del 50 al 80% de los casos de infertilidad se atribuyeron a una infección previa. En una revisión de datos de comparación de infertilidad primaria contra infertilidad secundaria, en esa misma región de África, Belsey sugiere que la infección tubaria postparto y postaborto contribuyen de manera importante a esta altísima tasa de infertilidad relacionada con infección (12). En Asia, el riesgo atribuible a esta causa fue similar al de los países desarrollados: del 10 al 35% (96). En dos estudios realizados en América Latina se estimó que un 35% de los casos de infertilidad tenían su explicación en infecciones previas (56, 96).

Estas cifras, dramáticas como son, apenas empiezan a reflejar el impacto de la infertilidad postinfección en la posición social de las mujeres de los países en vías de desarrollo. En muchas sociedades donde la fertilidad es altamente apreciada, las mujeres sufren el ridículo, el divorcio, el abandono y otras formas de devaluación social como consecuencia de su infertilidad (18). Aún más, cuando Caldwell y colaboradores revisaron estudios etnográficos de varias décadas de la región al sur del Sahara, en África, encontraron que la mayoría de las prostitutas o "semi-

prostitutas" eran mujeres divorciadas o separadas. Así se establece un círculo vicioso en el que las mujeres que sufren las consecuencias de una ETS se encuentran en una encrucijada social que posteriormente las expone a un mayor riesgo de adquirir infecciones por contacto sexual y de sufrir sus complicaciones. Este ciclo tiene implicaciones de salud pública especialmente graves en las sociedades donde la comercialización del sexo es común --realidad impactante que se puso de manifiesto con la expansión epidémica del SIDA.

El embarazo ectópico es otra complicación, potencialmente mortal, de la enfermedad inflamatoria pélvica. Datos de Suecia señalan una tasa de embarazo ectópico seis a diez veces mayor en las mujeres con antecedentes de esta enfermedad (91), y también indican que el riesgo de embarazo extrauterino en una primera concepción posterior a un episodio de dicha enfermedad es del 6%. No existen datos para definir con precisión la frecuencia del embarazo ectópico y la mortalidad asociada a él en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, en algunas regiones existe una asociación de tipo ecológico entre embarazo ectópico y una alta prevalencia de infecciones del aparato reproductor (87). Por ejemplo, una encuesta realizada en Berlín demostró que uno de cada 88 embarazos era ectópico, en comparación con uno de cada 109 en los Estados Unidos, y uno de cada 133 en Suecia (54). En muchos países en vías de desarrollo, el riesgo incrementado de embarazo ectópico asociado a enfermedad inflamatoria pélvica es una fuente importante de mortalidad excesiva: dada la precariedad de los servicios de salud, tales embarazos tienen mayor probabilidad de terminar en eventos fatales.

El dolor pélvico crónico es otra secuela importante de la enfermedad inflamatoria pélvica que, al igual que la mayoría de las enfermedades crónicas en el mundo en vías de desarrollo, no ha sido investigada bien. Con datos recolectados en Suecia, Westrom y Mardh informan que esta complicación se presentó en el 18.1% de las mujeres que tuvieron enfermedad inflamatoria pélvica, y que fue más común entre las estériles o las que habían tenido múltiples episodios de dicha enfermedad (91). El impacto diario que ocasiona una molestia crónica en el bienestar y funcionalidad de las mujeres en los países en vías de desarrollo --que cargan con la mayor parte de las responsabilidades del cuidado de los hijos, y en muchos lugares se hacen cargo de la producción del campo y de la venta de los productos en el mercado-- apenas puede imaginarse.

Un comentario final se refiere a la naturaleza acumulativa de las complicaciones de la enfermedad inflamatoria pélvica. Los datos que se han ofrecido anteriormente indican que cada episodio de infección del tracto superior del aparato reproductor aumenta significativamente las probabilidades de futuras infecciones y complicaciones. A medida que las trompas cicatrizan por el proceso de resolver la inflamación, aumenta la incidencia/prevalencia del embarazo ectópico, de la infertilidad y del dolor crónico. Además, se incrementa la susceptibilidad a adquirir una infección por organismos menos patogénicos, como los que se asocian con la vaginosis bacteriana. En la misma forma, las consecuencias sociales también se acumulan, a medida que se comprometen la productividad, la seguridad económica y la funcionalidad de las mujeres.

Impacto en la salud y la supervivencia infantiles.

En los países en vías de desarrollo las infecciones del aparato reproductor tienen un impacto que trasciende la salud y el bienestar de las propias mujeres. También tienen un efecto importante en la salud y la supervivencia de los hijos. Existen asociaciones significativas entre las distintas infecciones del aparato reproductor y el deterioro fetal, el bajo peso al nacer y las infecciones congénitas (87). La mayor parte de los datos referentes a la asociación de las infecciones del aparato reproductor y los problemas fetales (tanto en el caso del aborto espontáneo como de la muerte fetal) se han recolectado en países desarrollados y ya han sido revisados extensamente (17, 87).

La asociación entre estas infecciones y el bajo peso al nacer (ya sea por prematuridad, crecimiento intrauterino retardado, o ambos) merece enfatizarse especialmente, dado que un alto porcentaje de niños del mundo en desarrollo nace con un peso menor a los 2,500 gramos -- criterio universal para definir el bajo peso al nacer (10). Casi todos los agentes infecciosos del aparato reproductor han sido asociados con la prematuridad o con el crecimiento intrauterino retardado o con ambas condiciones (87). Dado que la mortalidad observada durante el primer mes de vida se concentra en niños con bajo peso al nacer (10), y considerando también que muchas de las otras causas de bajo peso no son fácilmente evitables, la detección y tratamiento oportuno de las infecciones del aparato reproductor surge como una opción relativamente sencilla y de bajo costo para reducir en forma significativa las tasas de mortalidad infantil del mundo en vías de desarrollo (87).

Las infecciones del aparato reproductor también afectan de manera importante la salud infantil a través de las infecciones congénitas. La oftalmía neonatal originada por infección gonocócica, por ejemplo, representa una causa importante de ceguera evitable (34). La infección por clamidia es otra fuente de morbilidad y mortalidad entre los recién nacidos (1). En otras publicaciones se presentan los detalles sobre el impacto de la infección congénita por éstos y otros patógenos transmitidos sexualmente, incluyendo la sífilis (1, 17, 34, 74).

Temas para los programas de planificación familiar.

Las infecciones del aparato reproductor también afectan de manera importante el éxito de los programas de salud pública, entre ellos los de planificación familiar. Varios autores han examinado el efecto de las tasas altas de infertilidad en la aceptación de los métodos anticonceptivos (118, 31, 70). En comunidades donde la prevalencia de infertilidad es alta, las mujeres fértiles se resisten a aceptar métodos anticonceptivos por temor a que la infertilidad subsecuente pueda impedirles formar familias numerosas y sanas. Por otra parte, varios estudios han demostrado que las mujeres son muy proclives a atribuir las molestias de su aparato reproductor al uso de los métodos anticonceptivos (113, 40, 88). Aunque los efectos colaterales de los métodos son comunes, las infecciones no detectadas contribuyen a la interrupción de su uso por atribuírseles, erróneamente, los síntomas. Una molestia causada por una infección del aparato reproductor, como podría ser el flujo vaginal, puede adjudicarse, equivocadamente,

como un efecto colateral del método. Atribuir al método los síntomas de la infección también puede estar reforzado por la resistencia a reconocer la posible infidelidad de la pareja.

El efecto neto de la limitada aceptación de los métodos anticonceptivos y las tasas de continuidad, es la existencia de tasas muy bajas de prevalencia de la anticoncepción. Probablemente no es casual que algunas de las tasas más bajas de prevalencia de la anticoncepción se encuentren en muchos de los países que tienen las tasas más altas de prevalencia de infecciones del aparato reproductor. Me atrevo a afirmar que la "necesidad no satisfecha" de métodos anticonceptivos en esos países es, en realidad, una "necesidad no satisfecha" de detección y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor. En otras palabras, mientras las bajas tasas de prevalencia en la anticoncepción que se observan en muchos países sin duda reflejan la falta de acceso y calidad de muchos de los servicios de planificación familiar, es probable que esas tasas bajas se deban, en alguna medida, a la discontinuación precoz de los métodos anticonceptivos, resultado de una infección no diagnosticada del aparato reproductor.

Una interacción más, de interés para quienes trabajan en planificación familiar, es la que existe entre las distintas infecciones del aparato reproductor y los diferentes métodos anticonceptivos. Las doctoras Grimes y Cates han revisado exhaustivamente los datos que existen respecto a dichas interacciones (33). Hay varios tipos de métodos de barrera que brindan una buena protección contra el contagio de las ETS. La revisión en cuestión indica que si bien el condón ofrece la mayor protección, los espermicidas (solos o combinados con un diafragma), también brindan alguna protección (por lo menos contra las infecciones por clamidia o gonococos); las estimaciones de riesgo relativo para estos últimos son de 0.11 a 1.0. Las autoras aconsejan cierta cautela respecto a las implicaciones de estos resultados para la salud pública, pues en condiciones reales la efectividad de los métodos de barrera a menudo es mucho menor que la que se observa cuando se estudian en condiciones ideales. Recientemente, se ha publicado una revisión exhaustiva acerca del preservativo y los espermicidas en relación con la transmisión del VIH (27).

Los datos sobre la interacción de los anticonceptivos orales y las infecciones del aparato reproductor siguen acumulándose. Además de una posible predisposición por parte de las usuarias a desarrollar candidiasis vaginal, los anticonceptivos orales tienen una compleja asociación con la infección que origina la Chlamydia trachomatis (33, 87). Tal parece que el uso de anticonceptivos orales puede incrementar el riesgo de cervicitis por clamidia. Este efecto se encuentra mediado por un aumento en el área de ectopia cervical, que es donde se localiza dicho microorganismo. Sin embargo, también parece ser que al causar un espesamiento del moco cervical, los anticonceptivos orales impiden en gran medida la diseminación de los microorganismos al tracto superior del aparato reproductor, con la consecuente disminución de la frecuencia de enfermedad inflamatoria pélvica. Finalmente, existe cierta evidencia de que las usuarias de anticonceptivos orales sufren menor inflamación de las trompas cuando llegan a padecer enfermedad inflamatoria pélvica teniendo, consecuentemente, un pronóstico mejor de fertilidad (94). Se requiere más investigación sobre estas asociaciones y las de otros anticonceptivos hormonales.

Otra cuestión que preocupa mucho a los profesionales de la planificación familiar es el aparente incremento de riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica entre las usuarias del dispositivo intrauterino (DIU). Es esencial que los directores de los programas de planificación familiar comprendan este complejo problema ya que pone de relieve la calidad de la prestación de los servicios. A través de los años, la investigación ha demostrado que las usuarias del DIU tienen de dos a nueve veces más riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica (91). Muchas de las proporciones más altas se asociaron a un dispositivo en particular, el Escudo de Dalkon, que tiempo después fue retirado del mercado. Un estudio integral que llevaron a cabo el Instituto Nacional de Salud (NIH) y los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), de los Estados Unidos, proporcionó nuevos datos acerca de este problema (49). La investigación evitó algunos problemas metodológicos de estudios anteriores, y encontró que cuando se excluían a las usuarias del Dalkon, el riesgo relativo de enfermedad inflamatoria pélvica en otras usuarias de DIU fue de 1.6, en comparación con mujeres que no usaban ningún método anticonceptivo. Más importante aún, se encontró que el riesgo mayor estaba en el primer mes postinserción, y que en los siguientes cinco meses o más el riesgo había disminuido a niveles que no diferían de manera significativa de los que aparecían en los controles. Un estudio complementario que realizaron Sinei et. al., en Nairobi, sugirió que la administración profiláctica de doxiciclina al momento de la inserción era capaz de prevenir de manera importante muchas de estas infecciones (76).

Estos estudios sugieren que la mayor parte del riesgo excesivo de enfermedad inflamatoria pélvica asociado al uso del DIU puede atribuirse a la contaminación de la cavidad endometrial al momento de la inserción. Una conclusión tal implica que la previsión de este riesgo requiere de un énfasis en la calidad de los servicios de planificación familiar en los sitios donde se realizan inserciones de DIU's. Las estrategias preventivas deberían incluir una mejor identificación de las pacientes idóneas para el uso del DIU y servicios de orientación para ellas. Además, sería esencial que se detectaran posibles infecciones del aparato reproductor antes de la inserción, y que se hiciera una evaluación del costo-efectividad del tratamiento profiláctico de rutina con antibióticos. En una escala más amplia, se podrían desarrollar normas para determinar los indicadores de calidad que deberían alcanzar los servicios antes de ofrecer la inserción del DIU (incluyendo normas para determinar la competencia del prestador de servicios, el adiestramiento en servicios y la capacidad para mantener la esterilidad del equipo). Existe mayor probabilidad de que se desarrollen estas estrategias en los lugares donde la calidad ya se ha incorporado como elemento importante en todas las áreas programáticas (16).

Resumen de los problemas que representan las infecciones del aparato reproductor.

Para resumir, es justo señalar que las infecciones del aparato reproductor son una causa importante --pero evitable-- de morbilidad y mortalidad de mujeres y niños, y que el problema debería ser una preocupación especial de los encargados de la salud y el desarrollo en el Tercer Mundo. La Figura 1, tomada del artículo de la Dra. Wasserheit, ilustra la compleja naturaleza del problema. En nuestros días, la relativa falta de atención a los problemas relativos a las infecciones del aparato reproductor favorecen una alta prevalencia de infección, gran morbilidad y excesiva mortalidad. Sin embargo, el corolario importante es que si los recursos se canalizan

de manera adecuada para la atención de este problema, rendirán sus frutos sobre una amplia gama de factores que afectan la salud y el bienestar de las mujeres que viven en los países menos desarrollados.

FIGURA 1.

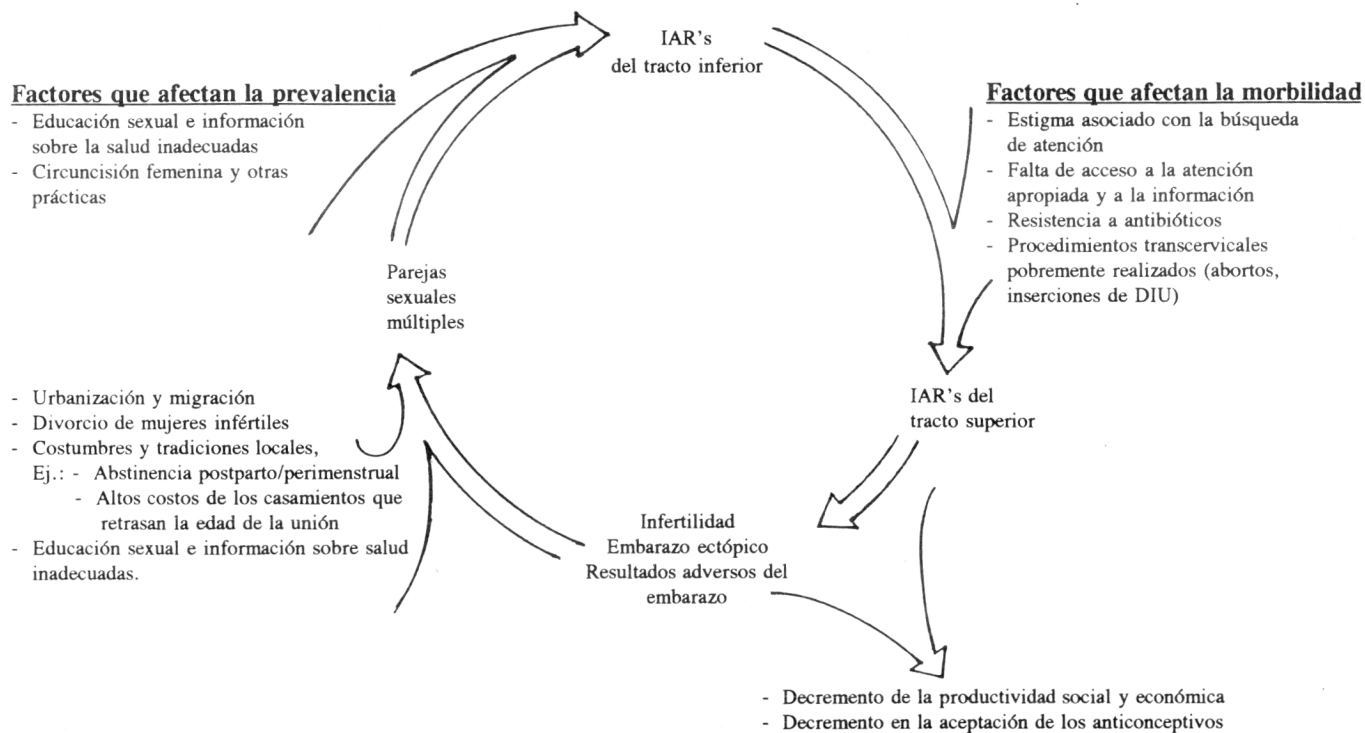


Fig. 1. Factores sociales, de comportamiento y fisiológicos asociados con las infecciones del aparato reproductor (IAR's) en países en vías de desarrollo.

Fuente: Judith N. Wasserheit, *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 1989, Suppl. 3: 145-168.

Reimpreso con autorización del *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.

ULCERA GENITAL

En la etiología de las úlceras genitales se encuentra involucrado un grupo diverso de patógenos de transmisión sexual, incluyendo algunos tan comunes como los microorganismos causantes de la sífilis, el herpes, los chancros, e infecciones menos comunes como el linfogranuloma venereo (LGV), la donovanosis y otros (61). Los síntomas traslapados que presentan estos patógenos, junto con la necesidad de pruebas sofisticadas de laboratorio para su detección, hacen que el diagnóstico adecuado de estas infecciones en el mundo en vías de desarrollo sea muy difícil. En consecuencia, casi todos los estudios de estos patógenos que se realizan en estos países se hacen en clínicas que atienden las ETS, por lo que son relativamente escasos los datos representativos sobre prevalencia. Sin embargo, es claro que estas enfermedades (particularmente los chancros, el linfogranuloma venereo y la donovanosis) son más frecuentes en los países menos desarrollados. Las tasas de úlceras genitales varían mucho y están influenciadas por las prácticas sexuales, los patrones de circuncisión masculina, las preferencias sexuales y la frecuencia de contacto con los trabajadores comerciales del sexo.

La morbilidad correspondiente a la úlcera genital presenta un amplio espectro. Por ejemplo, la lesión primaria de la sífilis genital, especialmente en las mujeres, a menudo no se detecta. En consecuencia, la sífilis se diagnostica, generalmente, en su etapa avanzada, cuando ya causa una amplia gama de desarreglos sistémicos. El herpes, por otra parte, normalmente se manifiesta como ataques recurrentes de ulceraciones extremadamente dolorosas. Estos dos patógenos son causas importantes de infección congénita. Los hijos de mujeres con lesiones herpéticas activas, por ejemplo, tienen un riesgo bastante alto de ser infectados al nacer por vía vaginal (17). Tan es así que en los países industrializados se recomiendan análisis prenatales de rutina para identificar estos patógenos. No obstante, en los países en vías de desarrollo la misma identificación serológica prenatal de la sífilis ha sido difícil de implantar en muchos programas de salud materno infantil (74).

Ultimamente ha surgido mayor interés por estas infecciones, a medida que se les ha identificado como cofactores potenciales en el contagio del VIH. Varios estudios recientes han sugerido de manera consistente que las úlceras genitales son un factor importante de riesgo de contagio del VIH entre heterosexuales (32, 60, 75). Un estudio de fecha reciente realizado en una clínica de ETS en Uganda reveló una asociación significativa entre la presencia de úlceras genitales y la infección por VIH tanto en hombres como en mujeres (57). Pacientes con uretritis o flujo vaginal no mostraron dicha asociación. Los autores sostienen que según sus hallazgos las úlceras genitales serían un verdadero factor de riesgo para la adquisición del VIH, y no sólo indicadores de un comportamiento sexual de alto riesgo. La evidencia más convincente de la asociación entre la úlcera genital y la transmisión del VIH se deriva de un reciente estudio en la seroincidencia de 429 hombres que adquirieron una ETS de una cohorte de trabajadoras del sexo comercial infectada con el VIH, en Nairobi (69). La úlcera genital, tanto como la falta de circuncisión, demostraron ser factores de riesgo independientes. Las tasas de seroconversión para el VIH oscilaron de menos de uno por ciento en 118 hombres circuncisos con uretritis, al seis por ciento en 93 hombres circuncisos con úlceras genitales, y al 29 por ciento en 55 hombres no circuncisos con úlceras.

El desafío epidemiológico para la comprensión de la relación entre la transmisión del VIH y otras ETS, como la úlcera genital, es el efecto confusor potencial del comportamiento sexual (8). Si no se considera el comportamiento sexual, la presencia de una ETS únicamente indicará mayor número de parejas sexuales o una tasa más elevada de cambio de pareja y, consecuentemente, una mayor probabilidad de exposición al VIH. Por otra parte, es difícil cuantificar de manera confiable las diferencias en el comportamiento sexual. Existen argumentos biológicamente plausibles para explicar por qué otras enfermedades de transmisión sexual, y especialmente la úlcera genital, podrían estar asociadas con una transmisión mayor del VIH. En efecto, las células inflamatorias infectadas con el VIH y la ruptura de la mucosa facilitan que se introduzca el VIH y la infección subsecuente (39). Se requiere investigar más acerca de estas asociaciones y sobre la prevalencia e impacto de la úlcera genital en muestras representativas de mujeres de los países desarrollados.

PROCESOS MALIGNOS RELACIONADOS CON ETS

En las décadas pasadas se ha acumulado una creciente cantidad de información referente al papel que juegan los patógenos virales en la oncogénesis de los procesos malignos humanos. Por ejemplo, los datos epidemiológicos han mostrado una fuerte asociación entre el virus de la hepatitis B y el desarrollo subsecuente de cirrosis hepática y de procesos malignos del hígado (11). El virus de la hepatitis B se transmite por infección materno-fetal y por exposición a sangre contaminada, así como por contacto sexual.

Otro virus que ha estado implicado en la patogénesis de malignidad y que se transmite sexualmente es el virus del papiloma humano (VPH). Se ha documentado cierta asociación entre este virus y la mayor parte de las neoplasias epiteliales del tracto anogenital inferior en hombres y mujeres (66). No obstante, el mayor impacto en términos de morbilidad y mortalidad es la asociación del virus con el cáncer cervicouterino. El carcinoma de células escamosas del cérvix es a menudo la causa más común de muerte por cáncer entre las mujeres del mundo en vías de desarrollo (52). En muchos países, de un tres a un cinco por ciento de las muertes en mujeres se atribuyen a este tipo de cáncer. La epidemiología sugiere de manera consistente un agente etiológico sexualmente transmitido, dado que existe una asociación evidente con el inicio temprano de las relaciones sexuales y la presencia de múltiples parejas sexuales (67). Hay numerosas cepas del VPH, cada una de ellas de variable potencial oncogénico. La tecnología de diagnóstico para la identificación de las cepas particularmente oncogénicas está evolucionando rápidamente.

La enorme morbilidad y mortalidad por cáncer cervical de los países en vías de desarrollo es otra razón de peso para que se establezcan servicios integrales de salud reproductiva. El cáncer cervical tiene etapas epiteliales bien definidas que se pueden detectar fácilmente con los análisis de Papanicolaou. El uso extendido de este análisis en los países industrializados se ha traducido en una disminución bien documentada de la mortalidad atribuible al cáncer cervical (20). Dado que la evolución de la etapa precursora al carcinoma invasor se lleva a cabo en un lapso largo (aproximadamente diez años), se considera que aun los análisis esporádicos pueden rendir beneficios considerables. Sin embargo, como lo señala Richart, dicho análisis no puede

realizarse como una maniobra aislada (67). Debe estar acompañado de una infraestructura de salud básica capaz de manejar adecuadamente los casos detectados. El efecto inmediato de la creación de un programa de detección tal sería la identificación de una cantidad relativamente grande de mujeres con lesiones precursoras avanzadas o con carcinomas francamente invasores. El manejo de esta carga de casos recién identificados podría forzar considerablemente la débil infraestructura de salud de cualquier país en vías de desarrollo.

Un desafío aún mayor es mantener un programa efectivo de servicios de Papanicolaou en países en vías de desarrollo. Probablemente esto sería mucho más difícil que la creación de servicios para detectar y tratar las infecciones del aparato reproductor, dado que implica servicios de referencia para el complejo tratamiento de casos con displasia cervical que incluirían colposcopia, biopsia cervical, conización, etcétera. No obstante, el establecimiento de un programa de detección tal tendría mucho en común con el desarrollo de servicios para atender las infecciones del aparato reproductor, incluyendo el adiestramiento y educación continua del personal clínico, el establecimiento y control de calidad de los servicios de laboratorio, la obtención y transporte de los medios adecuados para el análisis, y la creación de procedimientos adecuados de análisis, referencia y seguimiento.

En consecuencia, la incorporación del Papanicolaou periódico a los servicios de atención a las infecciones del aparato reproductor y de planificación familiar y salud materna constituye un modelo particularmente atractivo. Servicios integrales de salud reproductiva de ese tipo constituyen una meta que tardará en alcanzarse, dado el estado actual de los servicios. No obstante, este objetivo podría justificar la progresiva integración de los servicios. Un aspecto importante de esa integración sería el enlace necesario entre los servicios de salud reproductiva y el sistema de atención a la salud en su sentido más amplio, dado que, frecuentemente, las mujeres a las que se les hace un Papanicolaou requerirán de una intervención quirúrgica mayor. Sin embargo, un argumento similar podría darse para las complicaciones de la infección del aparato reproductor que requieren de intervención quirúrgica, tales como el embarazo ectópico y el absceso pélvico. Del mismo modo, dicho enlace es importante para los hombres y mujeres que buscan la anticoncepción quirúrgica voluntaria, o para las mujeres que requieren atenderse por embarazos de alto riesgo.

EL VIH: LA ETS MAS RECIENTE

A principios de la década de los ochenta, informes llegados de distintas partes del mundo pusieron de manifiesto el surgimiento de un nuevo síndrome mortal caracterizado por la grave supresión del sistema inmunológico, por procesos malignos poco frecuentes y por infecciones oportunistas severas. Un tiempo después, este síndrome fue conocido con el nombre de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El agente etiológico se identificó como perteneciente al grupo de los retrovirus y fue designado como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Durante la década pasada, la epidemia de VIH-SIDA no solamente ha desafiado la capacidad mundial para desarrollar la investigación necesaria y la respuesta programática para prevenir y controlar su rápida expansión, sino que también ha hecho evidentes cuestiones relativas a los derechos básicos, a la equidad y el poder, que por tanto tiempo han afectado la

salud y el desarrollo mundiales. A medida que el VIH surge como la más nueva y mortal de las enfermedades sexualmente transmitidas, es necesario contar con una virología y fisiopatología nuevas, superiores, singulares y complejas; al mismo tiempo, es necesaria una redefinición de nuestros supuestos tradicionales en cuanto a prevención y control de las ETS. En esta forma, el VIH representa no sólo "la amenaza más reciente" sino también la oportunidad para "ampliar el discurso" relativo a lo que se considera como una ETS. El impacto potencial de este virus en la salud reproductiva de las mujeres de los países en vías de desarrollo es un ejemplo punzante de este desafío.

"La amenaza más reciente".

Los virus de la inmunodeficiencia humana son retrovirus ARN que inicialmente infectan a un subgrupo de linfocitos T, con lo que se afecta la capacidad del cuerpo para coordinar su respuesta inmune. Esta desorganización de la función del sistema inmunológico es la base propicia para el desarrollo de numerosas infecciones (originadas por microorganismos oportunistas, y otros más virulentos) y tipos de procesos malignos que, en conjunto, han sido caracterizados como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (38, 64). Actualmente se manejan varias definiciones de caso para el diagnóstico y vigilancia del SIDA, incluyendo la definición clínica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), (conocida como la definición de Bangui), que reconoce la limitada disponibilidad de facilidades para pruebas de diagnóstico en las regiones menos desarrolladas como la del sur del Sahara en Africa (211, 95). A la fecha, la mayor parte de los datos recolectados se han referido al VIH-1, el virus de la inmunodeficiencia humana que se descubrió primero. Más recientemente, se ha identificado un segundo virus, el VIH-2. Los datos preliminares sugieren que el VIH-2 puede ser, en alguna forma, menos patogénico y su transmisión más difícil que el VIH-1, aunque evidentemente es capaz también de originar una inmunodeficiencia grave y aun la muerte (62). Cuando en la continuación de este texto se habla del VIH, se está refiriendo al VIH-1, a menos que se indique lo contrario.

Entre los desafíos más importantes del VIH está la ausencia general de síntomas específicos asociados con la adquisición de la infección, y el largo período en el que no hay enfermedad aparente entre el momento de la infección y la inmunosupresión subsecuente. La mayor parte de quienes lo padecen parecen tener, cuando mucho, un corto episodio de enfermedad de tipo mononucleótico al momento de infectarse con el virus. Frecuentemente, sin embargo, no aparece ninguna enfermedad. Después de la infección, es típico el estado asintomático relativamente largo del portador. La media de tiempo de progresión desde la infección hasta la manifestación del SIDA se ha calculado en siete a nueve años o más, en adultos "sanos" (24). Aparentemente, los portadores del VIH son infecciosos a lo largo de esta etapa asintomática. En consecuencia, la prevención del contagio durante esta etapa es extremadamente problemática. Muchos individuos infectados no se sienten enfermos y frecuentemente ignoran que tienen la infección. Además, la ausencia de una enfermedad inicial que anuncie su presencia facilita la negación común de la mayoría de la gente al enfrentar la amenaza de una enfermedad potencialmente mortal e incurable.

El VIH no se difunde por contacto casual ni por medio de los mosquitos u otros vectores (62). Su transmisión es similar a la del virus de la hepatitis B, y ocurre principalmente por infección perinatal, contacto sexual y el uso de derivados de la sangre. El efecto de estas tres formas de transmisión se refleja en la distribución por edad de los casos de SIDA en el mundo en vías de desarrollo. Para ilustrar esto, la Tabla 1 recopila datos a enero de 1990, de un país típico de Africa, al sur del Sahara. Los casos de SIDA se presentaron principalmente en adultos sexualmente activos y, en número menor, aunque significativo, en niños pequeños.

Tabla 1

DISTRIBUCION POR EDAD DE CASOS DE SIDA REPORTADOS
EN UN PAIS TIPICO DEL AFRICA AL SUR DEL SAHARA

| GRUPO DE EDAD | PORCENTAJE |
|---------------|------------|
| 0 - 4 | 5.7 |
| 5 - 14 | 0.7 |
| 15 - 19 | 4.8 |
| 20 - 39 | 65.3 |
| Más de 40 | 15.6 |

La mayor parte de las infecciones perinatales se dan in utero, aunque también existe la posibilidad de infección al momento del parto. La leche materna es otra vía potencial de transmisión madre-hijo. El riesgo más elevado parece ocurrir cuando la madre contrae la infección por transfusión de sangre después del parto (45). La Academia Norteamericana de Pediatría recomienda que "en los Estados Unidos y en los demás países que cuentan con sistemas de nutrición infantil seguros, distintos de la leche materna, se debería aconsejar a las madres con VIH no amamantar a sus hijos para evitar al máximo esa posible ruta de infección" (3). No obstante, la falta de recursos alternativos de nutrición segura en los países menos desarrollados, así como la enorme protección que ofrece la leche materna contra las causas comunes de mortalidad infantil, sugieren que todavía debería promoverse activamente la lactancia en esos países. Un estudio reciente en el que se modeló el impacto de la lactancia de madres infectadas con el VIH sobre la supervivencia infantil, apoya la promoción continua de dicha práctica en el mundo en vías de desarrollo, aun cuando la prevalencia del VIH entre las madres sea considerable (36).

El problema que representa la transmisión parenteral del VIH a las madres a través de los productos de la sangre y el equipo médico contaminado, también es objeto de preocupación particular para las mujeres de los países en vías de desarrollo. Proporcionalmente, las mujeres y los niños reciben más transfusiones que los hombres, reflejo del impacto de la anemia nutricional, los parásitos intestinales y el paludismo en los niños, y por anemia materna resultante de la alta paridad, el paludismo, las complicaciones al momento del parto, y la pérdida

de sangre en abortos incompletos o sépticos. Este problema se incrementa en las zonas donde se recurre a las prácticas tradicionales con la esperanza de encontrar "curas milagrosas" o preventivas contra el VIH, que pueden ellos mismos ser vía de transmisión de la infección. Un estudio etnográfico reciente en la región al sur del Sahara en Africa encontró que en una de las comunidades la prevalente actitud fatalista respecto al contagio del VIH, aunada al escaso conocimiento sobre los mecanismos de transmisión, dio como resultado que la gente buscara "curas milagrosas" mediante inyecciones aplicadas por curanderos que generalmente usaban varias veces las mismas agujas (55).

No obstante, la transmisión del VIH por la vía sexual es, con mucho, el reto más grande que presenta esta nueva epidemia. Al principio, los epidemiólogos identificaron tres diferentes patrones de la aparición del virus. El patrón I se observó en América del Norte, Europa Occidental, Australia y Nueva Zelanda, y se caracterizó por una infección que predominaba en hombres homosexuales y en usuarios de drogas intravenosas. El patrón II se observó en el Africa al sur del Sahara y en parte del Caribe, y se caracterizó de manera predominante por su forma de contagio heterosexual y perinatal. El patrón III, localizado en el este de Europa, Asia y el norte de Africa, se caracterizaba por un número relativamente pequeño de casos, la mayor parte de ellos originados en el contacto con individuos infectados de los países con patrones I y II (84). Esta tipología, que fue útil en las discusiones iniciales de la epidemia, ha ido perdiendo utilidad. La hipótesis inicial, en el sentido que estos patrones representaban cierta diferencia básica a nivel regional en las características del virus, ha demostrado ser falsa (58). La configuración observada tiene más relación con las características subyacentes a la infraestructura médica, los patrones de comportamiento sexual, la migración laboral y la prevalencia de otras ETS (19, 42). En todas partes del mundo, la transmisión heterosexual del virus está surgiendo como forma principal de contagio. América Latina, por ejemplo, se caracteriza ahora por un patrón I/II. Los factores biológicos y de comportamiento responsables de la heterogeneidad que se observa dentro de cada región, más que entre regiones, es actualmente una de las claves más importantes para comprender la diseminación del VIH y su prevención.

Existen varios modelos conceptuales para comprender la difusión heterosexual del VIH (4, 6, 14, 47). Dichos modelos son importantes por su impacto significativo en el diseño de estrategias de control. En la Sexta Conferencia Internacional sobre SIDA, que se realizó en San Francisco, Cal., E.U., la Dra. Marie Laga, de los CDC, resumió dos modelos principales de diseminación heterosexual. El primero reconoce la presencia de "grupos primarios", altamente infectados (como los que comercian con el sexo y sus clientes, y algunos grupos de homosexuales y usuarios de drogas por vía intravenosa). Estos grupos están altamente infectados (con tasas de seroprevalencia de más del 60% en algunas zonas) y son altamente contagiosos (en gran parte debido a la alta prevalencia de otras ETS, particularmente la úlcera genital). En las sociedades donde miembros de la población general está en contacto periódico con grupos de este tipo, altamente infectados, existe el riesgo más alto de una rápida difusión heterosexual del virus. Por otro lado, la Dra. Laga describió un segundo modelo que incluye "cantidades aproximadamente iguales de hombres y mujeres que en menor medida, pero de manera igualmente dinámica, tienen varias parejas sexuales a la vez o las cambian con frecuencia". La

Dra. Laga concluyó que la mezcla variable de estos dos modelos sirve para explicar parte de la heterogeneidad que se observa en las tasas de infección heterosexual.

Estos modelos distintos de infección heterosexual tienen una relevancia importante en el diseño e implantación de estrategias de prevención y control. Tradicionalmente, los programas de atención a las ETS se han centrado principalmente en el modelo de "grupos primarios", dadas las típicas limitaciones de recursos de tales programas y la sensibilidad cultural ante la discusión abierta de la sexualidad en población general. No obstante, una vez que la diseminación de la infección ha traspasado el ámbito de los grupos primarios bien definidos, es esencial reconocer la importancia de la transmisión por el segundo modelo, especialmente para llegar a los grupos que generalmente no se perciben a sí mismos como de alto riesgo o involucrados en comportamientos "aberrantes", típicamente asociados con las ETS o con el SIDA. Por ejemplo, es importante reconocer la realidad de la "monogamia en serie" (es decir, las relaciones sexuales con una sola persona, pero con frecuentes cambios de pareja) para comprender el riesgo de diseminación del VIH entre los estudiantes de las universidades norteamericanas. Con este segundo modelo, la tasa de contagio es menor; pero es mucho más difícil delimitar la población "en riesgo" para diseñar intervenciones dirigidas a ellos. Por lo tanto, el número acumulado de individuos infectados podría ser mucho mayor. Anderson informó que en las proyecciones matemáticas de la epidemia del SIDA, la variabilidad en la tasa de cambio de pareja es una de las principales determinantes de la tasa de reproducción de la infección (o sea, el número de casos secundarios generados por un caso primario en una población susceptible) (5). Estas cuestiones son especialmente relevantes cuando se considera el impacto de la epidemia del VIH en las mujeres de los países en desarrollo. Generalmente, las mujeres no participan en comportamientos reconocidos como de alto riesgo y, sin embargo, pueden estar expuestas a un peligro considerable por las actividades de su pareja. Con frecuencia, estas mujeres están excluidas de los programas cuyo objetivo exclusivo son los grupos que se perciben como de alto riesgo.

La transmisión heterosexual del VIH también se ve afectada en gran medida por la presencia de otras ETS. Como se dijo en la sección de úlcera genital, hay mucha controversia en cuanto a que las ETS sean los verdaderos factores de riesgo para la adquisición del VIH, o si constituyen simplemente indicadores del riesgo. Recientemente, según datos del Proyecto SIDA de Kinshasa, Zaire, se ha implicado a las enfermedades no ulcerosas como factores de riesgo (53). Mediante el estudio de una cohorte de trabajadoras del sexo comercial, los investigadores pudieron estimar la exposición potencial al virus cuantificando el número de parejas sexuales que habían tenido estas mujeres. Después de controlar por exposición sexual, informaron de razones de momios ajustados para seroconversión de VIH de 3.6 para gonorrea (blenorragia), 3.3 para infección por clamidia, y 2.6 para tricomoniasis. Aunque este grado de riesgo relativo es significativamente menor que el que se sugiere para la úlcera genital (69), estos datos deben considerarse en el contexto de su riesgo potencial atribuible con base poblacional. La contribución de una ETS al contagio del VIH depende de la prevalencia de dicha enfermedad en la población, y su tasa de riesgo asociada. En consecuencia, a la vista de los datos de prevalencia de las infecciones del tracto inferior del aparato reproductor que se mencionaron anteriormente, el riesgo poblacional atribuible para la infección del VIH aumentado

por estas causas no ulcerativas de vaginosis y cervicitis, podría ser mayor que el de las úlceras genitales, en muestras representativas de mujeres del mundo en vías de desarrollo.

El impacto potencial de la epidemia de VIH/SIDA en las mujeres y los niños es impresionante. Según un informe de la OMS, en la actualidad existen entre ocho y diez millones de individuos infectados con el VIH en el mundo, de los cuales aproximadamente tres millones son mujeres, la mayoría en edad reproductiva (22). Aproximadamente el 80% de estas mujeres se localizan en Africa al sur del Sahara. En los Estados Unidos, el SIDA se está convirtiendo aceleradamente en una de las principales causas de muerte entre todas las mujeres en edad reproductiva, y en algunos estados ya ocupa el primer lugar entre mujeres de raza negra de 5 a 44 años de edad (23). En madres infectadas con el VIH, se ha informado de tasas de transmisión madre-hijo de 24 a 33% (29). El efecto neto de estas cifras será un número mayor de niños infectados con este virus, cuyas cortas vidas reclamarán un gran esfuerzo por parte de los sistemas de atención a la salud. Muchos de estos niños, al igual que muchos de los que escapen a la infección del VIH, quedarán huérfanos. Según las predicciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), solamente en el este y centro de Africa, habrá en la década de los noventa 5.5 millones de huérfanos a causa del SIDA (84). Los modelos de supervivencia infantil también muestran tendencias impactantes. En una población con una tasa de mortalidad infantil y pre-escolar (número de muertes en niños menores de cinco años por 1,000 nacidos vivos) de 100 y una tasa de infección materna de VIH prenatal del 5%, las proyecciones indican que la tasa de mortalidad infantil y pre-escolar subirá hasta 109 (22). Si la tasa de infección materna de VIH prenatal es del 20% (situación común en Africa Central), la tasa de mortalidad infantil y pre-escolar subirá probablemente a 136. Estas cifras representan regresiones importantes en los logros tan difícilmente obtenidos con los programas de supervivencia infantil de las últimas décadas. Por lo tanto, se puede decir que los desafíos que enfrenta la comunidad mundial para establecer servicios clínicos y redes de apoyo social, y disponer de recursos económicos para enfrentar esta epidemia en expansión, apenas se están reconociendo. Evidentemente, se debe dar una alta prioridad al desarrollo de estrategias de prevención para combatir infecciones futuras. En el caso de las mujeres de los países en vías de desarrollo, este problema prioritario será mejor manejado si su lucha se incluye en programas integrales de salud reproductiva.

"Ampliando el discurso".

La amenaza que representa la epidemia de VIH ha hecho que vuelvan a surgir viejas cuestiones acerca de la equidad y la autoridad. Las graves consecuencias de la infección, junto con la falta de una terapia efectiva, han fomentado la negación en grande y los sentimientos de culpa. Al etiquetar la infección como una consecuencia de supuestos actos "aberrantes" de ciertos grupos, se ha responsabilizado a éstos de la propagación de la infección; al mismo tiempo, quienes se sienten con el poder para definir qué es una "aberración" han negado ser susceptibles a la epidemia. De esta manera, tanto la culpa como la negación a menudo han tenido su origen en el mismo proceso. En distintas ocasiones se ha culpado a diferentes grupos de la expansión del VIH (africanos, haitianos, homosexuales, prostitutas, prestadores de servicios

de salud, drogadictos y otros); con frecuencia se les ha acusado de desviaciones de conducta que van más allá del absurdo (58).

Como resultado del proceso de las culpas, las mujeres también han sufrido. En muchas comunidades, programas altamente visibles de registro y represión de prostitutas, a menudo instituidos por las autoridades de salud en colaboración con los políticos, no sólo han fracasado como medidas de salud pública, sino que han contribuido a crear la impresión de que las mujeres son las "vectoras" o "depositarias" de esta enfermedad.

En muchos lugares, el VIH, como otras ETS ya conocidas, se percibe como "enfermedad de la mujer"; a ellas se les considera como las primeras responsables de la transmisión del virus, aun cuando la transmisión heterosexual del VIH es más posible que ocurra de hombre a mujer que a la inversa (2). A nivel más individual, los roles tradicionales de género y los desequilibrios de poder relativos a las decisiones en cuanto a la sexualidad, hacen a la mujer no solamente más susceptible a adquirir la infección, sino también más propensa para que se abuse físicamente de ellos, se le abandone, se le acuse de infidelidad, o se le culpe cuando intenta prevenir el contagio (por ejemplo, sugiriendo el uso de preservativos) y cuando los síntomas de inmunosupresión o los resultados de los estudios serológicos resultan evidentes (100).

En este punto, la sensibilidad es importante para poder comprender el contexto en el que se desarrollan los programas preventivos de las ETS. Además, varios son los eslabones perdidos que afectan en forma significativa la efectividad de los programas. El primero es la ausencia de un método de prevención bien desarrollado y efectivo que la mujer pueda controlar. Los preservativos, el mejor método de protección, requieren de la participación activa del compañero, y, desafortunadamente, en algunas partes se les asocia con promiscuidad e infidelidad. Hay otros métodos de barrera, como los espermicidas, que parecen ofrecer cierta protección contra la gonorrea y la clamidia, pero que requieren de más investigación para determinar su efectividad contra los virus y su aceptabilidad como preventivos de las ETS. Aunque recientemente el preservativo femenino se ha mejorado, los estudios sobre su aceptación apenas comienzan (73). Existe una gran necesidad de desarrollar un método efectivo contra los virus que la mujer pueda controlar (80).

Otro eslabón perdido de los programas dedicados a la salud reproductiva de la mujer es el hombre. Para ser precisos, lo que falta es la participación equitativa --a nivel individual o comunitario-- de los hombres en lo referente a la salud reproductiva de ellos mismos y de las mujeres. Considerando que el poder para asignar los recursos, la autorización para los programas y la legitimidad de las inquietudes comunitarias se encuentran mayormente bajo el dominio del hombre, su falta de participación tiene un impacto fundamental en la salud de la comunidad.

Los programas de planificación familiar ilustran perfectamente esta dinámica. Hasta hace poco, la mayor parte de los programas de planificación familiar se orientaban exclusivamente a las mujeres. Esta falta de participación masculina ha propiciado que, en general, los hombres permanezcan ignorantes de los distintos métodos anticonceptivos y de sus efectos colaterales y

que, en consecuencia, no hayan cooperado mucho con sus parejas en el momento de tomar decisiones difíciles sobre su fertilidad o el manejo de los problemas de la anticoncepción. La participación de los hombres en asuntos referentes a la salud reproductiva de las mujeres ha sido muy escasa, pero aún más escasa ha sido la atención que se ha dado a las singulares necesidades de salud reproductiva de los hombres (30). Recientemente, dos programas desarrollados explícitamente en Brasil y Colombia para abordar los problemas de salud reproductiva de los hombres, demostraron que cuando se ofrecieron servicios de alta calidad, los hombres los utilizaron con entusiasmo (68). Ambos programas destacaron como algo importante el incremento sustancial en el conocimiento de los hombres sobre sexualidad, salud y anticoncepción. Dado que actualmente un medio muy efectivo para prevenir la diseminación posterior de las ETS y el SIDA --el preservativo-- requiere de la total y dedicada participación del hombre, esa conciencia será esencial para el buen desarrollo de los programas preventivos.

Otra pieza ausente en este campo es una verdadera y profunda comprensión del comportamiento sexual humano. La sexualidad humana se ha tratado en una forma más bien ambivalente, a menudo moralista, que ha servido para dar origen a una confusión considerable en el desarrollo de los programas de prevención y control de las ETS (15). La toma de decisiones respecto a la sexualidad tiene la influencia de una amplia gama de ideas de origen cultural relativas al género, la condición, la economía, el parentesco, la espiritualidad y la madurez y experiencia individuales, así como las decisiones respecto a la fertilidad. La ignorancia de estas sutiles complejidades frecuentemente ha dado como resultado el desarrollo de programas demasiado simplistas que pretenden lograr cambios de conducta, con el consecuente desperdicio de vastos recursos. Se requiere urgentemente de métodos para comprender los elementos específicos que intervienen en la toma de decisiones respecto a la sexualidad en cada contexto, y de estrategias de intervención diseñadas para facilitar aquellas decisiones asociadas con un riesgo menor de adquisición del VIH y de otras ETS.

El diseño de los programas de prevención de las ETS en los países menos desarrollados presenta otros retos. La epidemia de SIDA ha representado una presión enorme para los sistemas de atención a la salud que ya venían sufriendo el legado del subdesarrollo. En algunas ciudades africanas, cerca del 50% de los pacientes hospitalizados están infectados con el VIH (62). Desafortunadamente, la infraestructura de salud de muchos de los países en vías de desarrollo era incapaz de satisfacer adecuadamente las necesidades de sus poblaciones aún antes de que apareciera la epidemia de SIDA. Esta situación se reflejó en la respuesta inicial de muchos países que establecieron programas categóricos de prevención y control del SIDA que generalmente no estaban bien integrados a los sistemas de atención primaria a la salud. En muchas otras partes dichos sistemas simplemente no existen.

Este punto se ilustra con la necesidad de desarrollar de inmediato sistemas de análisis de sangre confiables para evitar la transmisión del VIH por vía venosa. (25). Antes de la epidemia del SIDA, había unos cuantos bancos de sangre y laboratorios de análisis clínicos en África al sur del Sahara. Las transfusiones generalmente se hacían en casos de vida o muerte; la sangre se obtenía de amigos y parientes. En la mayor parte de esa sangre no se hacían análisis para detectar agentes patógenos como la hepatitis B, el paludismo o la sífilis. La epidemia de SIDA

hizo patente la necesidad de desarrollar rápidamente servicios de transfusión a nivel nacional, y produjo una respuesta que fue, necesariamente, altamente categorica y centralizada. Otras áreas del sector salud enfrentaron retos semejantes.

El reto para el futuro será la integración más efectiva de programas de prevención y control del VIH y de otras ETS, reforzando, al mismo tiempo, los sistemas de atención primaria a la salud. Las necesidades de las mujeres de los países en vías de desarrollo serán mejor atendidas con el establecimiento e integración simultanea de servicios completos de salud reproductiva. Estos conceptos están inmersos en el debate más amplio sobre la integración vertical --versus la horizontal-- de los servicios de salud, donde los recursos son limitados. El argumento a favor de un programa integrado horizontalmente para la atención de las ETS entre las mujeres de los países menos desarrollados se centra en dos puntos: acceso e intervención. Como se mencionó anteriormente, el estigma que acompaña a las clínicas designadas categóricamente como de "enfermedades transmitidas sexualmente", a menudo limita el acceso a hombres y prostitutas solamente. Por otro lado, gran parte de la infraestructura de salud que existe aun en los países menos favorecidos se dedica a satisfacer algunas de las necesidades de salud reproductiva de las mujeres (por ejemplo, la planificación familiar y los servicios de atención prenatal, intraparto y salud infantil); por lo tanto, ya existen puntos de acceso para un número mayor de mujeres. El otro argumento de peso para la integración horizontal de los servicios de salud reproductiva se refiere a las intervenciones disponibles para tratar las ETS y el SIDA. No existe la "bala mágica" (15) que, una vez aplicada, proteja o remedie los complejos problemas que representan las ETS. En realidad, las actividades efectivas de control de las ETS tendrán que incluir sistemas bien desarrollados de orientación y detección de casos, así como de notificación y tratamiento a la pareja. A diferencia de las iniciativas de supervivencia infantil que han tenido cierto éxito con la programación vertical, ya sea porque se trata de intervenciones fácilmente aplicables (por ejemplo, las vacunas), o porque la necesidad de estos servicios se limita a una edad en particular (primera infancia, por ejemplo), los programas para el control de las ETS deben prestar servicios relativamente complejos que aborden las necesidades de todos los adultos y adolescentes sexualmente activos.

La propagación del VIH en los países en vías de desarrollo también se ve muy afectada por aspectos más amplios relativos al desarrollo. La migración laboral de proporciones significativas, resultado del grave subdesarrollo económico, constituye un ejemplo. Un estudio reciente del este, centro y sur de Africa, en el que se comparan datos de seroprevalencia del VIH con los patrones de migración laboral en estas regiones, muestra una clara asociación entre ambos (42). Las tasas de seroprevalencia fueron más altas en las áreas que atraían a los trabajadores migrantes. A éstas les seguían las tasas de las zonas de donde habían salido estos trabajadores. Las tasas más bajas se observaron en aquellas áreas donde no había ni fuente ni sitios de trabajo migratorio. Podemos aprender una lección histórica muy valiosa si analizamos los datos de Belle Glade, Florida (E.U.) --un pueblo a la orilla del Lago Okeechobee en el centro de la Florida-- que durante muchos años ha atraído una gran cantidad de trabajadores de temporada del Caribe para el procesamiento de la caña de azúcar. Belle Glade tiene una de las tasas más altas de seroprevalencia del VIH en los Estados Unidos. Como dato interesante, una encuesta a nivel nacional levantada en 1940 para detectar estas enfermedades, reveló que Belle

Glade tenía, en aquel tiempo, una de las tasas más altas de sífilis (15). Esto nos da una idea del enorme impacto de la migración de trabajadores por razones económicas sobre la salud y la distribución de las ETS. Los datos sugieren que hay pocas probabilidades de éxito para los programas preventivos de estas enfermedades, a menos que los factores fundamentales del desarrollo se consideren de manera realmente integral.

El subdesarrollo y la grave escasez de recursos de que se acompaña, también han tenido una relación con la respuesta del Tercer Mundo a la epidemia de SIDA. La necesidad perentoria de usar los recursos de un modo costo-efectivo, ha propiciado que las intervenciones preventivas se dirijan, casi exclusivamente, a los grupos de alto riesgo o "grupos objetivo" (48). Sin embargo, los recursos son generalmente insuficientes para prevenir efectivamente el contagio del VIH en tales grupos, o entre ellos y la población general, principalmente porque gran parte de los comportamientos de riesgo, como la prostitución, son en sí mismos productos del subdesarrollo y no se ven influidos fácilmente por las campañas educativas o las recomendaciones de uso de métodos preventivos controlados por el hombre, como los preservativos. El consecuente peligro de ello es que estas intervenciones, cuyos objetivos son tan extensos, tendrán poco éxito y dejarán de abordar la transmisión heterosexual en la población general (o sea, los "grupos secundarios de riesgo") por la escasez de recursos. En la medida en que se incremente la prevalencia del VIH en la población en general, será aún más cuestionable la idea de tener como estrategia principal las intervenciones orientadas a los grupos de riesgo bien definidos.

En última instancia, se necesitarán estrategias comunitarias que aborden la prevención para todos los miembros de la población. En efecto, se podría argumentar que nuestra más alta prioridad de prevención deberían ser los niños que hoy tienen entre 5 y 15 años de edad. Desde el punto de vista demográfico, este grupo representa un segmento importante de la población del mundo en vías de desarrollo, que en la actualidad tiene la tasa más baja de seroprevalencia del VIH. En la próxima década, esta cohorte transitará a la adolescencia y tendrá que desarrollar su identidad sexual al tiempo que la epidemia del VIH continúa creciendo. Por desgracia, muchas comunidades simplemente se rehúsan a reconocer la existencia de la sexualidad adolescente, lo que agrava en forma importante una situación difícil ya de por sí. Estos dilemas son bien conocidos para las organizaciones que trabajan en programas de planificación familiar, donde los problemas de la fecundidad en adolescentes y los embarazos no deseados demandan ser atendidos.

Es obvio que la situación ideal sería disponer de los recursos suficientes para desarrollar estrategias efectivas de prevención que satisfagan las necesidades de todos los grupos poblacionales. Sin embargo, mientras esto no ocurra, es fundamental equilibrar nuestros esfuerzos de tal manera que los recursos no se dediquen exclusivamente a los grupos que actualmente se perciben como de alto riesgo. Tal equilibrio requiere superar la negación y, algunas veces, la culpa que se asocian a las intervenciones dirigidas a "grupos objetivos". Además, para extender el discurso acerca de la prevención y control de las ETS se necesita la firme voluntad de abordar abiertamente conceptos tan delicados como la sexualidad, la participación de ambos géneros y el desarrollo. El carácter fatal de la última ETS que nos

amenaza hace de la extensión del discurso una necesidad urgente. Los antecedentes de los programas de control de las ETS indican que la ignorancia de esta perspectiva nos llevará al fracaso (15).

SECCION DOS: ENCRUCIJADAS - ESTADO ACTUAL DE LOS ESFUERZOS DE PREVENCION DE LAS ETS Y DEL SIDA.

Hace diez años el mundo ignoraba que se estaba gestando la epidemia del SIDA. Hoy existen entre ocho y diez millones de seres infectados con el VIH, y no hay evidencia de que en el futuro cercano el avance de la epidemia vaya a disminuir o a detenerse (22). Mucho se ha logrado en la primera década de la "era del SIDA". A pesar de cierta demora inicial, de la inadecuada distribución de los recursos y de la constante discriminación que aún persiste, la movilización de esfuerzos y conocimientos ha sido impresionante. El ritmo de avance de la ciencia y el grado de colaboración entre las naciones que esta nueva y fatal enfermedad ha originado no tiene precedentes en la historia de la salud pública. Entonces, ¿por qué tantas personas involucradas en la prevención del SIDA se sienten "estancadas"? La comunidad que se dedica a la prevención del SIDA comparte el sentimiento de que no obstante que los logros de la década de los ochenta fueron reales y servirán de plataforma para las acciones futuras, se necesitan urgentemente nuevos derroteros. Hemos llegado a una especie de encrucijada en el desarrollo de los programas preventivos de las ETS y el SIDA. En esta sección se intenta descifrar las señales colocadas en esta encrucijada y sugerir algunas direcciones que podrían considerarse para abordar la prevención de las ETS y del SIDA entre las mujeres de los países en vías de desarrollo.

Pero ¿a dónde hemos llegado? Después de un período inicial de negación ante esta realidad, actualmente casi todas las naciones del mundo han comenzado a reconocer la importancia de hacer frente a los desafíos que representa la aparición de la epidemia de VIH/SIDA (58). En el Tercer Mundo, gran parte de las respuestas se han producido en colaboración con la OMS. En 1986 se creó el Programa Mundial contra el SIDA (PMS) de la OMS, que actuaría como punto focal para brindar asistencia técnica para la creación, desarrollo, apoyo y evaluación de los programas nacionales de control del SIDA. El Programa ha jugado un papel importante en la educación, coordinación de donativos e investigación del VIH y sus complicaciones en los países en vías de desarrollo. Gran parte de la ayuda bilateral de los gobiernos y organismos no gubernamentales se ha canalizado a través de, o en colaboración con este Programa. Por ejemplo, en el año fiscal 1989, más de la mitad de los casi 50 millones de dólares que la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) gastó en actividades relacionadas con el VIH se erogaron a través de apoyo directo al Programa de la OMS (85).

En casi todos los países en vías de desarrollo el PMS mencionado ha ayudado a integrar Comités Nacionales para la prevención del SIDA, que encabezan el desarrollo de estrategias para prevenir y controlar la enfermedad. Además, la mayor parte de estos países ha realizado recientemente, o está a punto de terminar, en colaboración con el PMS, un plan a mediano plazo. Los planes proyectan las estrategias de prevención y control del SIDA para los próximos años y ofrecen una estructura importante para coordinarlos. Esta coordinación tratará de reducir al mínimo la innecesaria duplicidad de esfuerzos y el desperdicio de los escasos recursos;

también sirve como mecanismo para evaluar el éxito de las acciones preventivas y para promover el desarrollo de las mismas dentro de un marco sostenible (35, 77).

Además de la OMS, otras agencias de las Naciones Unidas como UNICEF (84) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP) (98, 99), y muchos otros donantes gubernamentales, fundaciones privadas y organismos no gubernamentales se han involucrado también en el control y prevención del SIDA en los países menos desarrollados. Como consecuencia, una gran diversidad de individuos y organismos han respondido prontamente al llamado para desarrollar programas preventivos. Dado que el SIDA es una infección nueva para la cual no existe todavía tratamiento ni cura, la mayor parte de las actividades de prevención se han enfocado inicialmente a proporcionar información exacta sobre sus vías de transmisión y los medios conocidos para evitar la infección (es decir, abstinencia sexual, monogamia mutua y uso del preservativo). En los lugares donde se dispone de los recursos suficientes y de personal a fin de desarrollar materiales para difundir información en formas culturalmente adecuadas, tales esfuerzos han sido sumamente útiles para incrementar el conocimiento de la población sobre el riesgo del VIH y el SIDA (78). Sin embargo, el hecho de que no haya habido un cambio significativo en las conductas sexuales riesgosas en respuesta al conocimiento recientemente adquirido, es motivo de una gran frustración para los encargados de los programas, y es también una de las razones principales por las cuales muchos se sienten **estancados**. La comprensión de este casi nulo cambio en la conducta sexual, no obstante la **conciencia de los riesgos del VIH**, significa comprender la encrucijada en que nos encontramos actualmente para prevenir el SIDA.

Uno de los problemas ha sido la aplicación de modelos de cambio conductual que casi no toman en cuenta el contexto social que rodea el comportamiento sexual, una deficiencia especialmente relevante para las mujeres de los países en vías de desarrollo. Por ejemplo, muchos de los programas de prevención del SIDA se han centrado en el desarrollo de mensajes para reducir las prácticas sexuales de riesgo. Tales programas suponen que las estrategias de educación y comunicación pueden "hacer que la gente, además de estar 'consciente', se 'preocupe' y 'tenga el conocimiento' ... para un cambio (de conducta) sostenido" (85). Muchos programas preventivos del SIDA han asumido la postura de que "las actividades de información, educación y comunicación diseñadas cuidadosamente, ejecutadas y sostenidas bien, son la clave para prevenir la propagación de la epidemia del VIH" (85). Aunque estas actividades ciertamente constituyen un elemento importante de los programas de prevención del SIDA, no tienen posibilidad de ser efectivas si no abordan más directamente los aspectos de género y autoridad presentes en el contexto social de la toma de decisiones. El abordaje tradicional de los comunicadores se circunscribe, primordialmente, a los determinantes del cambio individual de comportamiento. Aunque este abordaje reconoce la importancia de los factores externos (como la presión que ejercen los compañeros en un contexto cultural determinado), su énfasis reside en la toma de decisiones y en la motivación individual. Esta visión del comportamiento humano está fuertemente influenciada por los conceptos occidentales de autonomía y es, por lo tanto, algo etnocéntrica. Un esquema tal tiene una aplicación extremadamente limitada para las personas que no tienen, o se les niega, la autoridad para tomar sus propias decisiones. Desafortunadamente, éstas son las circunstancias en las que se encuentran las mujeres de la

mayor parte de los países en vías de desarrollo, muchas de las cuales son monógamas y no están en posición de negociar ni la abstinencia sexual ni el uso del preservativo con sus parejas (80). En situación similar se encuentran los grupos de mujeres vulnerables de los Estados Unidos (100).

Recientemente se ha prestado más atención a las dinámicas comunitarias involucradas en la prevención del SIDA entre los grupos más vulnerables. David Wilson, de la Universidad de Zimbabwe, ha descrito recientemente los desafíos principales que se enfrentan para lograr el éxito de los programas de prevención del VIH de base comunitaria (93). Su experiencia con un proyecto de prevención del VIH llevado a cabo con trabajadoras del sexo comercial en Bulawayo, demostró las limitaciones de las estrategias enfocadas al individuo y señaló los mecanismos para superar estos obstáculos por medio de técnicas de organización comunitaria. El desarrollo y comprensión del proceso por el cual las comunidades pueden facilitar la adopción de conductas encaminadas a reducir el riesgo de transmisión del VIH, y posteriormente el diseño de estrategias de intervención que incorporen esa misma comprensión, pudieran constituir una estrategia más efectiva para muchas de las comunidades del Tercer Mundo que la búsqueda del mensaje correcto para motivar los cambios individuales en el comportamiento. Sin la participación de la comunidad es poco probable que los mensajes conductuales dirigidos al individuo en particular, o las amplias campañas de conciencia pública, conduzcan a un cambio significativo en el comportamiento real. Esto lo corroboran los estudios realizados en países industrializados que recientemente informaron del papel clave que juegan los líderes de opinión comunitarios en la promoción del cambio sustancial en la conducta (44).

Muchos de los factores que han frustrado el desarrollo de programas preventivos para las mujeres de los países en vías de desarrollo se mencionaron en la última parte de la sección anterior. Ahí se puso de manifiesto la ausencia de un método preventivo controlado por la mujer, la escasa participación del hombre en lo relativo a la salud reproductiva, y la falta de una comprensión profunda del proceso de toma de decisiones en cuanto a sexualidad, como principales eslabones perdidos que impiden a las mujeres protegerse de las ETS y del SIDA. También se hizo un llamado de atención a los problemas de contexto que propician el subdesarrollo y la resistencia a reconocer la sexualidad adolescente. Es evidente que el desafío para prevenir una mayor propagación futura del VIH entre las mujeres de los países en vías de desarrollo no podrá depender simplemente de encontrar una forma convincente de informarles sobre los riesgos del SIDA. A continuación se intenta esbozar un nuevo camino que incluya estos conceptos más amplios, al tiempo que continúe atendiendo a la necesidad de desarrollar estrategias prácticas.

La tarea primordial para reducir la futura propagación del VIH será evitar que se continúe transmitiendo por vía sexual. Esto no significa ignorar los otros medios de transmisión, sino reconocer la jerarquía de la transmisión heterosexual en la sostenida y creciente propagación del virus a nivel mundial (7). Dada la importancia de las otras ETS como cofactores en la transmisión del SIDA, se puede argumentar que las actividades para prevenir la difusión del VIH deberían integrarse estrechamente a las de prevención de las demás ETS. En la Sexta Conferencia Internacional sobre SIDA, el Dr. King Holmes analizó las conclusiones recientes

de un grupo de consultores de la OMS dedicados a la coordinación de los programas de control de las ETS y el SIDA (7, 97). En una revisión de las prioridades de investigación de los programas ya existentes, los consultores observaron un traslape casi total en las áreas de prevención primaria, y en la misma forma, una duplicidad de funciones muy significativa en el área de identificación de los factores de riesgo de contagio.

Dada la participación cada vez más reconocida de las otras ETS como cofactores potenciales de mayor contagio del VIH, la misma prevención secundaria (detección y tratamiento oportuno) de las demás ETS constituye un elemento fundamental de la prevención primaria de la infección de este virus. Por lo tanto, un paso concreto hacia la prevención del VIH en las mujeres de los países en vías de desarrollo sería la creación de servicios confiables que reconocieran y trataran las infecciones del aparato reproductor y las úlceras genitales. Mediante la aplicación de medidas estándar para el manejo de las ETS --detección y tratamiento oportuno en mujeres sintomáticas, análisis intermitentes de rutina a las mujeres asintomáticas con más de un compañero sexual o con un compañero que tiene más de una pareja, orientación sobre la necesidad de la abstinencia sexual durante el curso de los síntomas y su tratamiento, cumplimiento con el tratamiento y notificación a la pareja-- tales servicios tendrían un impacto directo en la morbilidad y mortalidad asociadas con estas infecciones así como en la propagación potencial del VIH.

Sin embargo, la creación de estos servicios no es fácil dada la debilidad de la infraestructura de atención a la salud de la mujer de gran parte del mundo en desarrollo. Por ejemplo, un análisis reciente del potencial de los programas de planificación familiar para participar en la prevención del SIDA en Africa al sur del Sahara enfatizó que no obstante la existencia de una gama de actividades preventivas que se pueden implantar como parte de los programas de planificación familiar, no se puede esperar que éstas constituyan, por sí solas, las estructuras principales para atacar el SIDA en Africa (92). Esta realidad refleja la débil infraestructura y escasez de recursos de muchos de los programas de planificación familiar del mundo en vías de desarrollo, así como el limitado acceso de los hombres a esos mismos programas.

Además de los servicios de diagnóstico y tratamiento de las ETS, se han sugerido varias actividades para prevenirlas, que son adecuadas para formar parte de los programas de salud materno infantil y planificación familiar, como sería la educación básica sobre el SIDA, el desarrollo de programas de orientación más amplios y de extensión a la comunidad y atención domiciliaria. La adición de cualquiera de estos servicios requiere de una cuidadosa evaluación de las capacidades actuales. Si se amplían los servicios y no se desarrolla el apoyo humano y financiero que se requiere, se corre el riesgo de agotar al personal involucrado y deteriorar la calidad de los servicios ya establecidos. Al ampliar los servicios se deberá hacer la distinción sobre agregar tópicos (por ejemplo, información sobre ETS y SIDA a los programas ya existentes de educación a la comunidad), y añadir actividades (o sea, desarrollar nuevas estrategias de cobertura comunitaria y de diagnóstico).

Reconocer la importancia de la participación de la comunidad en el desarrollo de proyectos de prevención de las ETS y el SIDA tiene una relevancia especial para los programas de planificación familiar. En muchas áreas, los servicios de planificación familiar se encuentran altamente descentralizados o tienen una gran penetración en la comunidad (es decir, redes de distribución con base comunitaria). Estos programas constituyen vías potenciales de acceso a la organización comunitaria. Si se usan, se puede pensar en la creación de proyectos preventivos de las ETS y el SIDA a nivel comunitario. Dichos proyectos no necesariamente tendrían que involucrar los servicios clínicos del programa de planificación familiar. En esta modalidad, el programa de planificación familiar funciona más como catalizador de la participación comunitaria que como "prestador de servicios preventivos". La ventaja de este enfoque es que reconoce la variable capacidad de los programas de planificación familiar ya disponibles, y sugiere mecanismos para desarrollar actividades de prevención de las ETS y el SIDA aun en aquellos programas cuya capacidad es marginal.

El hecho de que el desarrollo de actividades de base comunitaria involucre a los programas de planificación familiar para la prevención de las ETS y el SIDA también puede significar un impacto positivo para sus propios resultados generales. Tales actividades amplían las perspectivas comunitarias por medio de su ingerencia en un problema grave de salud, incluyendo a los hombres, y demostrando su legitimidad a través de su contacto con los líderes de la comunidad. De este modo, pueden verdaderamente destacar la capacidad de los programas de planificación familiar para facilitar servicios anticonceptivos y de salud reproductiva. Esta idea es relativamente nueva y todavía no se acepta del todo en la mayor parte de las comunidades. Históricamente, el estigma que acompaña a la ETS ha originado que los programas de planificación familiar se resistan en gran medida a involucrarse en la prevención o control de dichas enfermedades (86). Inclusive aquellos servicios que atienden ETS frecuentemente lo hacen disimuladamente, por temor a dañar la reputación de la clínica (68).

En un principio, el SIDA contribuyó al estigma y aislamiento de quienes requerían servicios de información sobre ETS. Sin embargo, a medida que la epidemia de SIDA se ha extendido con su indiscriminado efecto en las vidas de las familias y su amenaza a la seguridad económica a nivel regional y nacional, son muchas las comunidades que reconocen, sin exagerar, que se encuentran frente a una crisis de supervivencia. En una visita que hice recientemente a un área rural de África al sur del Sahara, que acusa una alta tasa de seroprevalencia del VIH en la comunidad, uno de sus líderes me decía: "nuestra mayor preocupación es detener el SIDA. Sería difícil hablar de otra cosa". Como esta inquietud va en aumento, los programas de planificación familiar deberían aprovechar esta importante oportunidad para involucrarse más directamente en los esfuerzos de prevención de las ETS y el SIDA.

En suma, parece que existen dos caminos que debe explorarse a partir de la encrucijada que mencionamos anteriormente. El primero consiste en analizar los datos disponibles sobre el impacto de las ETS, incluyendo el SIDA, en la salud reproductiva de las mujeres del mundo en vías de desarrollo, para poder desarrollar una respuesta que reconozca las limitaciones de los programas ya existentes. Para ello se requiere: i) que haya mayor conciencia y sensibilidad para abordar estos problemas; ii) el desarrollo de investigación práctica programática que lleve

a identificar los medios de mayor costo-efectividad para integrar los programas preventivos de estas enfermedades a los servicios de salud reproductiva de mayor alcance; y iii) la movilización de recursos para la implantación de dichos programas sin perjuicio de los servicios ya establecidos. Para cumplir con todo esto se requiere apreciar mejor la necesidad de involucrar a la comunidad en estas actividades.

El segundo camino nos obliga a encarar honestamente las dinámicas sociales que fundamentan las limitaciones de los programas existentes. Aunque para esto se necesita tomar en cuenta el papel que juega el subdesarrollo económico y sus consecuentes limitaciones de recursos, también es necesario reflexionar sobre los conceptos de género y poder en cuanto a su relación con la sexualidad. En suma, se requiere reevaluar la representación y voz que tienen las mujeres en el proceso de toma de decisiones que afectan el establecimiento de prioridades de investigación y servicios así como la asignación de recursos. De tal reevaluación, un producto tangible podría ser un esfuerzo concertado para identificar medios alternativos de prevención de contagio del VIH controlados por las mujeres (como los virucidas tópicos), que complementen las actividades que actualmente se llevan a cabo para promover el uso del preservativo. En la siguiente sección se resumen esos desafíos.

SECCION TRES: UNA AGENDA PARA LA ACCION.

Para poder hacer frente a la amenaza que representa para la salud reproductiva de las mujeres de los países en vías de desarrollo la presencia de las ETS, y con el fin de prevenir la propagación futura de la epidemia de SIDA entre estas mujeres, es necesario orientar los esfuerzos hacia tres grandes objetivos:

- 1) La creación de servicios integrales --incluyendo servicios de salud reproductiva con capacidad para detectar y manejar las infecciones del aparato reproductor (definidas de tal manera que incluyan la úlcera genital) dentro de una constelación de servicios definida localmente, que cubran otras necesidades de salud reproductiva como la anticoncepción segura y adecuada, la atención prenatal y postparto, la detección del cáncer cervical, y el acceso a la atención segura del parto y del aborto.
- 2) Una mejor comprensión del proceso por el cual se puede facilitar la adopción comunitaria de comportamientos que propicien un menor riesgo de contagio del SIDA, así como el diseño subsecuente de estrategias de intervención que incorporen esta comprensión.
- 3) La rápida movilización de un esfuerzo concertado para identificar métodos seguros y efectivos de prevención de las ETS, especialmente del VIH, que puedan ser controlados por la mujer.

Para alcanzar estas metas se requiere analizar las razones por las cuales estos servicios no existen en la actualidad. Entre los obstáculos se incluyen la falta de sensibilidad para reconocer las necesidades de salud reproductiva de las mujeres, las graves restricciones en los recursos, y la ambivalencia respecto al fomento del poder y de la autonomía de las mujeres --ya sea en el amplio campo del desarrollo, más localmente a nivel comunitario, o en lo relativo a su propia sexualidad.

Se necesita una mayor conciencia de las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en los países en vías de desarrollo. Sin esta conciencia no estaremos en posibilidad de reunir los recursos y experiencia que se necesitan para comenzar siquiera la creación de servicios integrales de salud reproductiva. Este trabajo se ha enfocado al impacto de las ETS en la salud reproductiva de las mujeres del mundo en desarrollo. Otros trabajos similares han documentado la amenaza, igualmente grave, que significa el aborto inseguro, la atención inadecuada del parto y los embarazos no planeados que resultan de la falta de servicios anticonceptivos seguros y adecuados (43, 46, 51). Debemos continuar documentando y desarrollando nuestro conocimiento sobre estos conceptos tan complejos pero interrelacionados. Al mismo tiempo, es necesario difundir ampliamente esta información y despertar la conciencia de la población en general sobre las consecuencias de la falta de atención de estas necesidades en la esfera individual, social y económica. El enfoque específico y práctico sería solicitar la participación más activa de los hombres en los programas orientados a la salud reproductiva y a la elección en el terreno de la sexualidad y reproducción. Actualmente, la relativa ignorancia

de los hombres respecto a la anticoncepción, la salud y la sexualidad, significan un enorme obstáculo para el desarrollo de programas más integrales de promoción de la salud reproductiva y de prevención de las ETS y del SIDA.

Se requiere un análisis más cuidadoso de los limitantes económicos que impiden la creación de servicios integrales de salud reproductiva y acciones preventivas de base comunitaria contra las ETS. El legado del subdesarrollo económico y la reciente recesión mundial han obstaculizado en gran medida el desarrollo de programas en el sector salud. Al mismo tiempo, en muchos países la epidemia del SIDA ha dado origen a nuevas y crecientes necesidades. Sin embargo, las necesidades de salud reproductiva de las mujeres se han descuidado en forma desproporcionada, aun dentro de este ambiente de recursos limitados (59). Esto es resultado de la influencia masculina relativa a la capacitación de los médicos, la investigación y la infraestructura de salud --que se dedica en primer lugar a prestar atención curativa-- así como a la ausencia de participación y representación de las mujeres en las estructuras políticas e institucionales que se encargan de establecer las prioridades de investigación y de servicios, y de tomar las decisiones acerca de la asignación de los recursos.

A su vez, esta realidad refleja una ambivalencia general en cuanto a la participación y el papel de la mujer en el desarrollo. El primer paso para corregir estas deficiencias sería la creación de más programas de adiestramiento diseñados explícitamente para incrementar el número de mujeres profesionales de la salud en los países en vías de desarrollo. También se necesita que los currícula de adiestramiento que existen incluyan de manera más integral los conceptos de la salud reproductiva. Además de esto, los grupos de mujeres necesitan participar más directamente en los procesos de toma de decisión. La reciente formación de la Sociedad Femenina contra el SIDA en Africa, y su participación activa en buen número de áreas, incluyendo el establecimiento de las prioridades de investigación, es un ejemplo excelente de esa participación.

La investigación operativa para identificar los medios más adecuados y costo-efectivos para la prestación de servicios de salud reproductiva debería constituir una alta prioridad. Frecuentemente, cuando se expone la necesidad de contar con servicios de salud que incluyan las áreas de la salud reproductiva, éstos se consideran como demasiado costosos para ser tomados en cuenta. En realidad, no existe investigación programática suficiente para poder decir qué tan caros pueden resultar estos servicios, o cuál sería, al final, su beneficio para la sociedad. Este dilema también lo enfrentan actualmente los encargados de los programas preventivos de las ETS y el SIDA.

Los costos de promoción de una verdadera participación comunitaria no están bien definidos, varían considerablemente de un lugar a otro, y en gran parte se desconocen. De la misma forma, aún queda mucho por aprender en cuanto a la evaluación de la efectividad de las acciones preventivas con base comunitaria. Dados los escasos recursos de que se dispone para estos programas preventivos, es mucho lo que podría ganarse con la aplicación de un modelo de investigación operativa para desarrollar estas intervenciones. El modelo mencionado

se ha aplicado con mucho éxito en el perfeccionamiento de los servicios de planificación familiar y de otros servicios de salud que disponen de escasos recursos (28, 81).

Existe una urgente necesidad de comprender más profundamente los complejos elementos, específicos de un contexto determinado, que intervienen en la toma de decisiones y el comportamiento sexual. La investigación en esta área tendrá que abordar directamente los elementos de género y poder que determinan la capacidad de las mujeres de adoptar o negociar un comportamiento sexual más seguro, junto con el fenómeno de la violencia contra las mujeres. Se necesita esta percepción para poder diseñar las estrategias de intervención que conduzcan efectivamente a la disminución del riesgo de adquirir el VIH y otras ETS. La comprensión más profunda de la sexualidad humana podría también ser relevante para abordar diversos problemas de salud reproductiva como el embarazo no deseado y sus consecuencias (es decir, el riesgo materno y el aborto séptico). Una limitación importante para el desarrollo de estos estudios la constituye la enorme cantidad de estereotipos que hasta ahora han dominado nuestra comprensión de la conducta sexual, especialmente los que conciernen a la naturaleza de "normalidad", "aberración", "exceso" y "promiscuidad" (19). Uno de los objetivos de la investigación sobre toma de decisiones debería ser mostrar una imagen más completa del comportamiento sexual de riesgo. Con demasiada frecuencia la noción simplista del riesgo sexual ha producido la impresión ilusoria de que existen grupos de alto riesgo fácilmente identificables. Esta impresión es peligrosa cuando conduce a acciones preventivas demasiado orientadas a un "grupo objetivo" exclusivo. Al etiquetarse así, los que quedan fuera corren el riesgo potencial de considerarse no susceptibles a la epidemia.

La necesidad de desarrollar una mejor comprensión de la sexualidad adolescente constituye un ejemplo dramático de la urgencia de esta clase de investigación. En muchos de los países menos desarrollados, la mayor parte de los embarazos no deseados y de los abortos sépticos ocurre entre la población adolescente (50). Al mismo tiempo, los adolescentes tienen un riesgo muy alto de contraer ETS, incluyendo el VIH. Los modelos matemáticos han demostrado que en gran medida el impacto a largo plazo de la epidemia del SIDA depende de que la primera relación sexual haya sido a temprana edad y de la elección de pareja sexual, especialmente la selección de mujeres más jóvenes por parte de hombres mayores (5). La evaluación reciente de una intervención diseñada para posponer la primera relación sexual entre los adolescentes demostró la influencia que ejercen los mismos compañeros de generación en los cambios de comportamiento sexual (4). El desarrollo de estrategias efectivas para promover prácticas más seguras de conducta sexual entre los jóvenes requerirá ahondar más en los conceptos de identidad sexual, fisiología, influencia de los compañeros y participación de los adolescentes en los planos económicos, laboral y social.

La necesidad más urgente es desarrollar un esfuerzo concertado para identificar un método seguro y efectivo que pueda ser controlado por la mujer para protegerse de las ETS y especialmente del VIH. La comunidad médica y de salud pública a nivel mundial ha quedado en evidencia porque a pesar del rápido incremento del número de mujeres infectadas con el VIH y de su incapacidad de negociar el uso de preservativos con sus parejas sexuales, todavía no se han movilizado recursos que ayuden a desarrollar métodos preventivos que la mujer misma

pueda controlar, como sería un virucida de aplicación local. La mayor parte de los esfuerzos en este sentido se han dedicado al uso del preservativo. Recientemente, Zena Stein analizó las importantes dimensiones de este problema (80). Stein enfatiza que aun cuando actualmente los virucidas que se proponen parecen ser menos eficaces en su efecto que los preservativos ante la exposición, el hecho de que la mujer los pudiera controlar pudiera significar que se usen en mayor número de ocasiones, con lo que su eficacia será mayor en el largo plazo. La autora también señala brevemente las propiedades deseables que deberá tener un agente virucida de aplicación tópica. La necesidad de crear urgentemente un método como el que se sugiere no puede exagerarse. El desarrollo de un virucida efectivo de acción tópica podría competir con la introducción de los anticonceptivos controlados por la mujer, y con el desarrollo más reciente de abortivos médicamente seguros como un avance importante para mejorar la salud de las mujeres.

80. Stein Z. "Virucidal agents for the control of HIV infection." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1988; 1: 100-106.

81. Hestley P. et al. 1981. "Hepatocellular carcinoma and hepatitis B virus: a prospective study of 22,707 men in Taiwan." *Lancet* II, 8258: 1129-1133.

82. Kaul T.E.C. 1987. "Advances in the Third World with particular reference to fetal research into delivery of maternal care." In *Recent Advances in Obstetrics and Gynecology* (S. Sallawaty y G. Bourne, eds.). No. 13. Nueva York: Churchill Livingstone. Pp. 109-136.

83. Berg R. y A. Berg. 1982. "Commentary on a community-based approach to reproductive health care." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* Supplemento 3: 125-129.

84. Auld S.G. y K.K. Holmes. 1982. "Epidemiology of sexual behavior and sexually transmitted diseases." En *Sexually Transmitted Diseases* (K.K. Holmes et al. eds.). Nueva York: McGraw-Hill. Pp. 19-38.

85. Auld S.G., M. Laga, y J.M. Wambere. 1981. "Consultation on global strategies for control of AIDS and STD control programs." Working Paper 1. AIDS/STD Task Force, World Health Organization.

86. Anderson R.M. et al. 1982. "The influence of different sexual contact patterns between age classes on the predicted demographic impact of AIDS in developing countries." *Annals of the New York Academy of Sciences* 368: 249.

87. Anderson R.M. 1989. "Mathematical and statistical models of the epidemiology of HIV/AIDS." *AIDS* 3: 1-13.

88. Anderson R.M. et al. 1984. "Predictable demographic impact of AIDS in developing countries." *Science* 221: 177-182.

89. Anderson R.M. et al. 1984. "Predictable demographic impact of AIDS in developing countries." *Science* 221: 177-182.

REFERENCIAS

1. Alexander, E.R. y H.R. Harrison. 1989. "Chlamydial infections in infants and children." En Sexually Transmitted Diseases (K.K. Holmes et al. eds.). Nueva York: McGraw-Hill. Pp. 811-820.
2. Al-Nozha, M. et al. 1990. "Female to male: an inefficient mode of transmission of human immunodeficiency virus (HIV)." Journal of AIDS 3, 2: 193.
3. American Academy of Pediatrics. 1989. "AAP issue statement on perinatal HIV infection." American Family Physician, 39, 3: 390.
4. Anderson, R.M. et al. 1988. "Possible demographic impact of AIDS in developing countries." Nature 332 (17 de Marzo): 228.
5. Anderson, R.M. 1989. "Mathematical and statistical studies of the epidemiology of HIV". AIDS 3, 6: 333.
6. Anderson, R.M. et al. 1989. "The influence of different sexual contact patterns between age classes on the predicted demographic impact of AIDS in developing countries." Annals of the New York Academy of Sciences 568: 240.
7. Aral, S.O., M. Laga, y J.N. Wasserheit. 1990. "Consultation on global strategies for coordination of AIDS and STD control programmes." Working Paper 7 AIDS/STD Task Force. World Health Organization.
8. Aral, S.O. y K.K. Holmes. 1989. "Epidemiology of sexual behavior and sexually transmitted diseases." En Sexually Transmitted Diseases (K.K. Holmes et al. eds.). Nueva York: McGraw-Hill. Pp. 19-36.
9. Bang, R. y A. Bang. 1989. "Commentary on a community-based approach to reproductive health care." International Journal of Gynecology and Obstetrics Suplemento 3: 125-129.
10. Barns, T.E.C. 1979. "Obstetrics in the Third World with particular reference to field research into delivery of maternal care to the community." En Recent Advances in Obstetrics and Gynecology (J. Stallworthy y G. Bourne, eds.). No. 13. Nueva York: Churchill Livingstone. Pp. 109-136.
11. Beasley, R.P. et al. 1981. "Hepatocellular carcinoma and hepatitis B virus: a prospective study of 22,707 men in Taiwan." Lancet II, 8256: 1129-1133.

12. Belsey, M.A. 1976. "The epidemiology of infertility: A review with particular reference to sub-Saharan Africa." Bulletin of the World Health Organization 54: 319.
13. Bhatia, S. 1982. "Contraceptive intentions and subsequent behavior in rural Bangladesh." Studies in Family Planning 13, 1: 24-31.
14. Bongaarts, J. 1988. "Modeling the spread of HIV and the demographic impact of AIDS in Africa." Center for Policy Studies Working Paper, No. 140. Nueva York: The Population Council.
15. Brandt, A. 1985. No Magic Bullet. Nueva York: Oxford University Press.
16. Bruce, J. 1989. "Fundamental elements of the quality of care: a simple framework." Programs Division Working Paper, No. 1. Nueva York: The Population Council.
17. Brunham, R.C. et al. 1989. "Sexually transmitted diseases in pregnancy." En Sexually Transmitted Diseases (K.K. Holmes et al. eds.). Nueva York: McGraw-Hill. Pp. 771-803.
18. Caldwell, J.C. y P. Caldwell. 1987. "The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa." Population and Development Review 13, 2: 185-233.
19. Caldwell, J.C., P. Caldwell, y P. Quiggin. 1989. "The social context of AIDS in sub-Saharan Africa." Population and Development Review 15, 2: 185-233.
20. Canadian Task Force, The Walton Committee. 1982. "Cervical cancer screening programs: Summary of the 1982 Canadian Task Force report." Canadian Medical Association Journal 127: 581-589.
21. Centers for Disease Control. 1987. "Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome." Morbidity and Mortality Weekly Report 36 (Suplemento No. 1S); 1-15.
22. Chin, J. 1990. "Current and future dimensions of the HIV/AIDS pandemic in women and children." Lancet 336: 221-224.
23. Chu, S.Y. et al. 1990. "Impact of the human immunodeficiency virus epidemic on mortality in women of reproductive age, United States." JAMA 264, 2: 225-229.
24. Curran, J.W., et al. 1988. "Epidemiology of HIV infection and AIDS in the United States." Science 239: 610-616.

25. Emmanuel, J. y A. Britten. 1990. "Reducing HIV transmission through blood." En The Handbook for AIDS Prevention in Africa (P. Lamptey y P. Piot eds.) Durham, N. C.: Family Health International. Pp. 71-82.
26. Eschenbach, D. et al. 1975. "Polymicrobial etiology of acute pelvic inflammatory disease." New England Journal of Medicine 293, 4: 166-171.
27. Feldblum, P.J. et al. 1988. "Condoms, spermicides, and the transmission of Human Immunodeficiency Virus: A review of the literature." American Journal of Public Health 78, 1: 52-54.
28. Fisher, A.F., J.E. Laing, J.E. Stoeckel, y J.W. Townsend. 1991. Handbook for Family Planning Operations Research Design. Nueva York: The Population Council.
29. Fleming, A.F. 1990. "Implications of AIDS for women and children." Current AIDS Literature 3, 7: 217-249.
30. Forrest, K.A. et al. 1989. "The availability of educational and training materials on men's reproductive health." Family Planning Perspectives 21, 3: 120-122.
31. Frank, O. 1983. "Infertility in sub-Saharan Africa." Center for Policy Studies Working Paper, No. 97. Nueva York: The Population Council.
32. Greenblatt, R.M. et al. 1988. "Genital ulceration as a risk factor for human immunodeficiency virus infection." AIDS 2: 47.
33. Grimes, D.A. y W. Cates. 1989. "Family planning and sexually transmitted diseases." En Sexually Transmitted Diseases (eds. K.K. Holmes et al.). Nueva York: McGraw-Hill. Pp. 1087-1095.
34. Gutman, L.T. y C.M. Wilfert. 1989. "Gonococcal diseases in infants and children." En Sexually Transmitted Diseases (K.K. Holmes et al. eds.). Nueva York: McGraw-Hill. Pp. 803-811.
35. Heymann, D.L. et al. 1990. "Evaluation of AIDS programs." En The Handbook for AIDS Prevention in Africa (eds. P. Lamptey y P. Piot) Durham, N. C.: Family Health International. Pp. 220-238.
36. Heymann, S.J. 1990. "Modeling the impact of breast-feeding by HIV-infected women on child survival." American Journal of Public Health 80, 11: 1305-1309.
37. Hillier, S., K.K. Holmes. 1989. "Bacterial vaginosis." En Sexually Transmitted Diseases (K.K. Holmes et al. eds.). Nueva York: McGraw-Hill. Pp. 547-560.

38. Hirsch, M.S. 1989. "Clinical manifestations of HIV infection in industrialized countries." En Sexually Transmitted Diseases (K.K. Holmes et al. eds.). Nueva York: McGraw-Hill. Pp. 331-343.
39. Holmberg, S.D. y J.W. Curran. 1989. "The epidemiology of HIV infection in industrialized countries." En Sexually Transmitted Diseases (K.K. Holmes et al. eds.). Nueva York: McGraw-Hill. Pp. 343-354.
40. Hopcraft, M. et al. 1973. "Genital infections in developing countries: Experience in a family planning clinic." Bulletin of the World Health Organization 48: 581-586.
41. Howard, M. et al. 1990. "Helping teenagers postpone sexual involvement." Family Planning Perspectives 22, 1: 21-26.
42. Hunt, C. 1989. "Migrant labor and sexually transmitted disease: AIDS in Africa." Journal of Health and Social Behavior 30: 353-373.
43. Kabir, S. 1989. "Causes and consequences of unwanted pregnancy from Asian women's perspectives." International Journal of Gynecology and Obstetrics Suplemento 3: 9-14.
44. Kelly, J.A., J.S. St. Lawrence y Y.E. Diaz, et al. 1991. "HIV risk behavior reduction following intervention with key opinion leaders of population: An experimental analysis." American Journal of Public Health 81, 2: 168-171.
45. Kennedy, K.I., J.A. Fortney, y M.G. Bonhomme, et al. 1990. "Do the benefits of breastfeeding outweigh the risk of postnatal transmission of HIV via breastmilk?" Tropical Doctor 20; 25-29.
46. Ladipo, O.A. 1989. "Preventing and managing complications of induced abortion in Third World countries." International Journal of Gynecology and Obstetrics Suplemento 3: 21-28.
47. Laga, M. 1990. "Epidemiology of HIV in type I and type II countries." Presentado en la Sexta Conferencia Internacional sobre SIDA, San Francisco, California, Junio 20-24.
48. Lamptey, P. y M. Potts. 1990. "Targeting of prevention programs in Africa." En The Handbook for AIDS Prevention in Africa (eds. P. Lamptey y P. Piot) Durham, N. C.: Family Health International. Pp. 144-180.
49. Lee, N.C. et al. 1983. "Type of intrauterine device and the risk of pelvic inflammatory disease." Obstetrics and Gynecology 62, 1: 1-6.

50. Lema, V.M. 1990. "The determinants of sexuality among adolescent school girls in Kenya." East African Medical Journal 67, 3: 191-200.
51. Leslie, J. y G.R. Gupta. 1989. "Utilization of formal services for maternal nutrition and health care." Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
52. Lunt, R. 1984. "Worldwide early detection of cervical cancer." Obstetrics and Gynecology 63, 5: 708-713.
53. Manoka, A.T. et al. 1990. "Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV infection." [Abstracto]. Quinta Conferencia Internacional sobre SIDA en Africa, Kinshasa, Zaire, octubre 10-12.
54. Muir, D.G. y M.A. Belsey. 1980. "Pelvic inflammatory disease and its consequences in the developing world." American Journal of Obstetrics and Gynecology 138, 7 (Parte 2): 913-928.
55. Mushingeh, C., W.K. Chama, y D.M. Mulikelela. 1991. "An investigation of high-risk situations and environments and their potential role in the transmission of HIV in Zambia: The case of the Copperbelt and Luapula Provinces." University of Zambia.
56. Nakamura, M.S. et al. 1975. "Etiology of infertility in the School of Gynaecology, School of Medicine at Sao Paulo." Reproduccioni 2: 39.
57. Nsubuga, P. et al. 1990. "The association of genital ulcer disease and HIV infection at a dermatology-STD clinic in Uganda." Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 3, 10: 1002-1005.
58. Panos Institute. 1989. AIDS and the Third World. Filadelfia: New Society Publishers.
59. Panos Institute. 1990. Triple Jeopardy: Women and AIDS. Filadelfia: New Society Publishers.
60. Piot, P. et al. 1987. "Retrospective seroepidemiology of AIDS virus infection in Nairobi populations." Journal of Infectious Diseases 155, 6: 1108-1112.
61. Piot, P. y F.A. Plummer. 1989. "Genital Ulcer Adenopathy Syndrome." En Sexually Transmitted Diseases (K.K. Holmes et al. eds.). Nueva York: McGraw-Hill. Pp. 711-717.
62. Piot, P. y J. Harris. 1990. "The epidemiology of HIV/AIDS in Africa." En The Handbook for AIDS Prevention in Africa (P. Lamptey y P. Piot eds.). Durham, N.C.: Family Health International. Pp. 1-19.

63. Plummer, F.A. et al. 1983. "Epidemiology of chancroid and Hemophilus ducreyi in Nairobi, Kenya." Lancet 2: 1293-1295.
64. Quinn, T.C. 1989. "Unique aspects of human immunodeficiency virus and related viruses in developing countries." En Sexually Transmitted Diseases (eds. K.K. Holmes et al.). Nueva York: McGraw-Hill. Pp. 355-371.
65. Rajan, V.S. 1980. "Problems in the surveillance and control of sexually transmitted agents associated with pelvic inflammatory disease in the Far East." American Journal of Obstetrics and Gynecology 138, 7 (Parte 2): 1071-1077.
66. Richart, R.M. 1987. "Causes and management of cervical intraepithelial neoplasia." Cancer 60, 8 (Suplemento): 1951-1959.
67. Richart, R.M. 1990. "Cervical cancer in developing countries." En Special Challenges in Third World Women's Health. Nueva York: International Women's Health Coalition.
68. Rogow, D. 1990. "Man/Hombre/Homme: Meeting male reproductive health care needs in Latin America." Quality/Calidad/Qualité No. 2. Nueva York: The Population Council.
69. Ronald, A.R. y W. Albritton. 1989. "Chancroid and hemophilus ducreyi." 263-271.
70. Rosenberg, M.J. et al. 1986. "Sexually transmitted diseases in sub-Saharan Africa." Lancet ii: 152.
71. Rowley, J.T., R.M. Anderson, y T.W. Ng. 1990. "Reducing the spread of HIV infection in sub-Saharan Africa: Some demographic and economic implications." AIDS 4, 1: 47-56.
72. Sai, F.T. y J. Nassim. 1989. "The need for a reproductive health approach." International Journal of Obstetrics and Gynecology Suplemento 3: 103-113.
73. Sakondhavat, C. 1989. "Consumer preference study of the female condom in a sexually active population at risk of contracting AIDS." Khon Kaen University.
74. Schulz, K.F. et al. 1989. "Congenital Syphilis." En Sexually Transmitted Diseases (eds. K.K. Holmes et al.). Nueva York: McGraw-Hill. Pp. 821-842.
75. Simonsen, J.N. et al. 1988. "Human immunodeficiency virus infection in men with sexually transmitted diseases." New England Journal of Medicine 319, 5: 274-278.

76. Sinei, S.K.A. et al. 1990. "Preventing IUD-related pelvic infection: The efficacy of prophylactic doxycycline at insertion." British Journal of Obstetrics and Gynecology 97: 412-419.
77. Slutkin, G. y J. Chin. 1990. "Surveillance for HIV, AIDS, and STDs." En The Handbook for AIDS Prevention in Africa (eds. P. Lamptey y P. Piot). Durham, N.C.: Family Health International. Pp. 43-70.
78. Smith, W.A., D.L. Helitzer-Allen, y J. Obetsebi-Lamptey. 1990. "Communication for AIDS prevention in Africa." En The Handbook for AIDS Prevention in Africa (eds. P. Lamptey y P. Piot). Durham, N.C.: Family Health International. Pp. 105-130.
79. Sobel, J.D. 1989. "Vulvovaginal candidiasis." 515-523.
80. Stein, Z.A. 1990. "HIV prevention: The need for methods women can use." American Journal of Public Health 80; 460-462.
81. Stoeckel, J.E. "The intervention research approach to child survival." [en prensa].
82. Sweet, R.L. et al. 1981. "Etiology of acute salpingitis: Influence of episode number and duration of symptoms." Obstetrics and Gynecology 58, 1: 62-68.
83. Thompson, S.E. et al. 1980. "The microbiology and therapy of acute pelvic inflammatory disease in hospitalized patients." American Journal of Obstetrics and Gynecology 136, 2: 179-186.
84. United Nations Children's Fund. 1990. Children and AIDS: An impending calamity. Nueva York: UNICEF.
85. United States Agency for International Development. 1990. "HIV infection and AIDS: A report to Congress." Washington, D.C.: USAID.
86. Vernon, R. et al. 1990. "Incorporating AIDS prevention activities into a family planning organization in Colombia." Studies in Family Planning 21, 6: 335-343.
87. Wasserheit, J.N. 1989. "The significance and scope of reproductive tract infections among Third World women." International Journal of Gynecology and Obstetrics Suplemento 3: 145-169.
88. Wasserheit, J.N. et al. 1989. "Reproductive tract infections in a family planning population in rural Bangladesh: A neglected opportunity to promote MCH-FP programs." Studies in Family Planning 20, 2: 69-80.

89. Westrom, L. et al. 1979. "Infertility after acute salpingitis: results of treatment with different antibiotics." Current Therapeutic Research 26, 6S: 752-759.
90. Westrom, L. 1980. "Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries." American Journal of Obstetrics and Gynecology 138, 7 (Part 2): 880-892.
91. Westrom, L. y P.A. Mardh. 1989. "Acute Pelvic Inflammatory Disease." En Sexually Transmitted Diseases (K.K. Holmes et al. eds.). Nueva York: McGraw-Hill. Pp. 593-615.
92. Williamson, N. y E. Boohene. 1990. "AIDS prevention in family planning programs." En The Handbook for AIDS Prevention in Africa (eds. P. Lamptey y P. Piot). Durham, N.C.: Family Health International. Pp. 203-210.
93. Wilson, D. et al. 1990. "A community-based HIV prevention programme among vulnerable groups in Bulawayo, Zimbabwe" [abstracto]. Documento presentado en la Quinta Conferencia Internacional sobre SIDA en Africa, Kinshasa, Zaire, octubre 10-12.
94. Wolner-Hanssen, P. et al. 1985. "Laparoscopic findings and contraceptive use in women with signs and symptoms suggestive of acute salpingitis." Obstetrics Gynecology 66, 2: 233-238.
95. World Health Organization. 1986. "Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): WHO/CDC case definition for AIDS." Weekly Epidemiological Record 61, 10: 69.
96. World Health Organization Task Force on the Diagnosis and Treatment of Infertility. 1987. "Infections, pregnancies, and infertility: Perspectives on prevention." Fertility and Sterility 47, 6: 964-968.
97. World Health Organization. 1989. "Sexually transmitted diseases research needs." WHO/VDT/89.448.
98. World Health Organization. 1990. AIDS Prevention: Guidelines for MCH/FP programme managers; I. AIDS and Family Planning. WHO/MCH/GPA/90.1.
99. World Health Organization. 1990. AIDS Prevention: Guidelines for MCH/FP programme managers. II. AIDS and Maternal and Child Health. WHO/MCH/GPA/90.2.
100. Worth, D. 1989. "Sexual decision-making and AIDS: Why condom promotion among vulnerable women is likely to fail." Studies in Family Planning 20, 6: 297-307.

The Population Council
Oficina Regional para Latinoamérica y el Caribe
Apartado Postal 105-152, México, D.F., C.P. 11560