

EL SILENCIO ENDEMICO: ENFERMEDADES DEL APARATO REPRODUCTOR

Helen Epstein

Programa Investigación del Sida y Salud Reproductiva, Londres.

1 EL COSTE DEL ABANDONO

Más de un millón de mujeres y niños murieron por complicaciones de infecciones de la zona reproductora cada año durante los años 90 (1). Cada año, cientos de millones de personas soportan dolor y estrés, mientras los sistemas atención sanitaria tienen poco que ofrecerles. Una estadística sanitaria en esta escala pide rápida acción internacional, todavía sólo está empezando a estructurarse un esfuerzo concertado para combatir el problema.

Las infecciones del aparato reproductor (RTIs) incluyen enfermedades de transmisión sexual (STDs), infecciones no contraídas por vía sexual e infecciones introducidas en la zona reproductora por nacimiento mal organizado del niño o inserción de dispositivo intrauterino (IUD) o aborto arriesgado. Sus costes humanos, sociales y económicos, en particular en el mundo en vías de desarrollo, fue una prioridad para gobiernos, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y agencias donantes, sólo de forma relativamente reciente. Los antibióticos que curan la mayoría de las RTIs han existido durante más de la mitad de un siglo, y esto puede haber llevado a la idea de que estas enfermedades desaparecerían sin grandes inversiones en investigación, panificación y

financiación. El mundo está pagando ahora el abandono de estas enfermedades.

Las mujeres son las más vulnerables

La carga de las RTIs cae de forma más pesada sobre las mujeres en edad de reproducir y el término "infecciones del aparato reproductor" se usa normalmente para referirse a las mujeres. Las zonas reproductoras de los hombres pueden infectarse, normalmente con STDs, pero éstas tienden a no tener tales consecuencias serias y que afectan a la vida para los hombres como para las mujeres. Las infecciones contraídas durante el nacimiento arriesgado y el aborto y la relación sexual arriesgada representan alrededor del 25% de toda la discapacidad en mujeres africanas de entre 15 y 44. La infección de VIH y del SIDA representa otro 25% (2).

Mientras muchos hombres y mujeres no tienen síntomas, es más probable que los hombres con STDs tengan síntomas que las mujeres. Y la mayoría de las enfermedades de transmisión sexual, tales como la gonorrea y clamidia, se transmiten más fácilmente de hombres a mujeres que viceversa -por causa de las diferencias en la anatomía de la zona reproductora masculina y femenina-. Además, muchas mujeres están expuestas al sexo arriesgado por los hombres. La pobreza, los compañeros violentos o los extranjeros. Muchas contraen las infecciones de sus maridos. Se ha dicho que las mujeres alrededor del mundo están más en peligro por la conducta de sus compañeros que por la suya propia (3).

Muchas RTIs no se asocian con el riesgo sexual. Algunas no se contraen por vía

sexual. Por otro lado, incluso con síntomas graves muchas mujeres no le dicen a nadie, y menos a un médico varón, cuando tienen una RTI porque temen se las acuse de conducta inmoral. La sexualidad es un tema tabú en la mayoría de las culturas. El estigma potencial impide que la gente de ambos sexos busque tratamiento desde el principio, algunas veces con serias consecuencias. Las infecciones no tratadas pueden llevar a la falta de fertilidad, nacimiento de un niño muerto o muerte.

Las RTIs conllevan una pesada carga emocional, especialmente cuando dañan la fertilidad. Alrededor de un 5% de las mujeres en todo el mundo son incapaces de tener niños debido a desórdenes heredados u hormonales, pero un número mucho mayor son incapaces de hacerlo así porque la infección ha dañado su zona reproductiva. Las mujeres en Sudáfrica tienen las tasas mayores de infertilidad en el mundo. En Botswana, Namibia y Zimbabue, un mujer de cada cinco es incapaz de tener el número de niños que desea, tres cuartos de ellas por causa de una RTI pasada (4). En Chandigarh, India, el 10%-11% de las mujeres en un estudio fueron incapaces de concebir niños, dos tercios de ellos por causa de una STD (5).

La conexión del SIDA

La escala del endémico SIDA en los países en vías de desarrollo, reconocido a mediados de los 80, llamó la atención de las RTIs, en particular sobre las enfermedades de transmisión sexual. Las Naciones Unidas calculan que el 90% de la infección de VIH se encuentra en los países en vías de desarrollo. Cuando la extensión del problema fue apa-

rente, no estaba claro por qué la gente en los países pobres resultaban afectada de forma desproporcionada. Desde entonces la investigación ha surgido sugiriendo que un factor importante que incide en la extensión del VIH en los países pobres es una alta tasa de infecciones no tratadas de transmisión sexual, en gran parte debido a la falta de servicios sanitarios (6). Los investigadores fueron capaces de cortar la transmisión de VIH en más del 40% en un grupo de comunidades cerca del lago Victoria en Tanzania al mejorar los servicios locales de STD (7).

La gente que están en peligro de STDs lo está también de infección con VIH, el virus que causa el SIDA, no tiene relaciones sexuales seguras. Además, las STDs debilita las defensas del cuerpo contra el VIH al causar hemorragia e inflamación de los tejidos blandos de los genitales. La gente con STDs, incluso cuando no muestran síntomas de infección, se arriesgan mucho más -algunas veces hasta 10 veces- a contraer el VIH o transmitir éste sino tienen relaciones sexuales seguras (8).

Tres clases de RTIs

Las infecciones de zona reproductora se clasifican en tres categorías:

- * enfermedades de transmisión sexual;
- * infecciones contraídas como resultado de intervenciones médicas que se llevaron a cabo mal, tales como la inserción no higiénica del dispositivo anticonceptivo intrauterino (IUD) o prácticas arriesgadas o ilegales de nacimiento de bebé, aborto arriesgado;
- * infecciones que son el resultado de un crecimiento en exceso de microorganismos que normalmente viven en la zona reproduc-

tora, y que no se transmiten normalmente por vía sexual.

El desafío más difícil para las RTIs es el hecho de que a menudo no presentan síntomas. Una persona puede estar infectada, e infectar a otras, durante años y no saberlo. Más de la mitad de las RTIs no tiene síntomas en absoluto en las mujeres, aunque puedan causar daños serios a los órganos internos, y la muerte.

Las tres categorías de RTIs necesitan examinarse conjuntamente porque se solapan. Algunas enfermedades de transmisión sexual, tales como la gonorrea y clamidia, pueden extenderse hasta la zona reproductora por medio de procedimientos médicos tales como el aborto o la inserción del dispositivo intrauterino (IUD) sino se tratan en primer lugar. Algunas enfermedades tales como candidiasis, que es principalmente una infección no sexual, puede contagiarse por vía sexual. Algunas veces los síntomas se deben a infecciones completamente diferentes que no afectan principalmente al aparato reproductor -por ejemplo, la quistosomiasis ha mostrado recientemente ser la causa de lesiones genitales en algunas mujeres (9).

Una discusión más detallada de las enfermedades específicas de transmisión sexual y otras enfermedades del aparato reproductor pueden encontrarse en la Parte 4 de este documento.

Movimiento de salud reproductiva

La sexualidad y la reproducción son aspectos centrales que definen cualquier cultura, y las RTIs tocan cada parte de nuestra vida, desde la concepción al nacimiento, adolescencia, madurez y senectud. Los niveles

de RTIs son una estimación delicada de las relaciones sexuales en la sociedad y de las relaciones entre mujeres y la sociedad. De qué forma un grupo o nación considera la sexualidad, la raza y el nacimiento y la educación de niños implica profundas creencias. En cualquier parte, estas creencias fluyen. El carácter global de las economías y de la información están causando cambios profundos e inevitables en la vida social.

El impacto global de las RTIs atrajo la atención pública en las décadas anteriores en gran parte a través del movimiento de salud reproductiva. Los defensores de la salud de las mujeres y los que hacen campañas por los derechos humanos unieron sus fuerzas bajo el lema "La salud de las mujeres es un derecho humano". La salud reproductiva y el movimiento de los derechos tienen el propósito de cambiar las agencias de donantes y a los gobiernos de una perspectiva estrecha sobre tasa de crecimiento de población a un reconocimiento de que la salud reproductora comprende un grupo más amplio de necesidades humanas.

La igualdad de razas, el derecho de las mujeres a controlar sus propios cuerpos, a proteger su fertilidad, a dar a luz de forma segura y a criar a sus propios hijos en un medioambiente sano han sido preocupaciones centrales del movimiento de salud reproductora en los países en vías de desarrollo. Una parte de esta nueva agenda son mejores servicios para el tratamiento y control de las RTIs.

El movimiento de salud de las mujeres y la urgencia que rodea al VIH se juntaron para formar un principio central del nuevo plan de acción sobre salud reproductora lanzado

en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD) en El Cairo en 1994. Había quedado claro que las RTIs causaban un sufrimiento inconmensurable a millones de personas, un gran gasto para las personas y gobiernos. También había quedado claro que al menos se podrían conseguir algunas mejoras en política de salud reproductora con los recursos existentes.

El Programa de Actuación de ICPD fue un documento preeliminar con el propósito de estructurar la población global y la política de salud reproductora para la próxima década (10). Los estados asistentes a la conferencia adoptaron por unanimidad el Programa, aunque algunos gobiernos expresaron reservas. Tenía el propósito de animar al compromiso político con los temas de salud reproductora, pero también reconocía que la mejora en el estatus de la salud de las mujeres, en particular en relación con la educación, el poder económico y los derechos humanos, criticaba el logro de los objetivos de salud reproductiva.

Recomendaba que estuviera disponible más información acerca de las RTIs, en particular para los adolescentes por medio de la educación de la vida de familia en las escuelas, y que los servicios de salud reproductora deberían ser una parte integral de la atención sanitaria primaria en todos los países. La salud reproductora fue definida como "un estado completo de bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad, en todas las materias relacionadas con el sistema reproductor y con sus funciones y procesos". Esto incluía "salud sexual, cuyo propósito es el alargamiento de la vida y de las relaciones personales y no simple-

mente asesorar y la atención relacionada con la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual"(11).

ONGs, grupos de mujeres, donantes, gobiernos de países en desarrollo, trabajadores sanitarios y personas, todos tienen un interés en la salud reproductora. Desde que el Programa de Acción de ICPD se redactó, han empezado a tener lugar importantes cambios en los Ministerios de Sanidad y Demografía en muchos países. Pero en otros, poco está cambiando.

2. LA POBREZA EXTIENDE RTIs

Carga desigual

La carga de las infecciones de la zona reproductora no se comparte de igual forma en todo el mundo. Es más posible que ambos, hombres y mujeres en el mundo en vías de desarrollo estén afectados por la mayoría de estas enfermedades que la gente de los países industrializados. Al igual que ocurre con otras enfermedades, tales como neumonía y diarrea, la falta de recursos puede acabar con el tratamiento y la prevención.

Hasta el descubrimiento y el uso extendido de antibióticos, la sífilis pueden haber sido tan común en partes de Europa como lo es hoy en partes de África. Mientras algunas enfermedades tales como la tricotomiasis se encuentra más comunmente en los países industrializados además de en los pobres, otras tales como la sífilis y chancros, son relativamente raras en Occidente comparadas con los países en vías de desarrollo. Esto se explica en parte por los pobres servicios sanitarios en los países en vías de desarrollo que,

por causa de falta de información y dinero, han prestado poca atención al control de las STDs. Pero otros temas son también importantes. Por ejemplo, los países en vías de desarrollo tienden a tener poblaciones más jóvenes y por lo tanto un mayor proporción de gente activa desde el punto de vista sexual.

Los cambios sociales durante el pasado medio siglo, tales como la emigración laboral y el crecimiento de las ciudades, han contribuido también al incremento en las enfermedades reproductivas. Por ejemplo, muchas ciudades en Africa surgieron durante la era colonial, y los europeos decidieron quién iba a vivir y trabajar allí. En países tales como Costa de Marfil, Malawi y Zambia, se animó a los hombres o se les coaccionó para que fueran a las nuevas ciudades a trabajar, dejando a sus familias detrás. Esto creó tasas altamente sesgadas de sexos en muchas ciudades e, incluso hoy, las tasas de sexos son enormemente sesgadas en ciudades como Nairobi y Harare (12).

La concentración de hombres por sí solos animó los encuentros sexuales ocasionales y la extensión de STDs y, más tarde, del VIH. La emigración laboral asociada con las minas y las plantaciones de Sudáfrica también contribuyó a la separación de las familias, aumentó la prostitución y la extensión de las STDs (13).

El estado de los sistemas sanitarios públicos en muchos países en vías de desarrollo ha agravado el problema. Hoy muchos sistemas sanitarios están paralizados, en parte debido a la inversión que disminuye con los programas de austeridad económica que promueven los ricos países donantes.

Uno de los indicadores más fuertes de la efectividad de un sistema sanitario es su habilidad para enfrentarse a la mortalidad maternal -incluyendo las muertes debidas a infección de parto o aborto en circunstancias inseguras, no higiénicas-. Una mujer en el Africa subsahariana, por causa de los pobres servicios sanitarios y la mayor probabilidad de que pueda tener muchos niños seguidos, tiene una oportunidad en 23 veces en la vida de morir debido a causas relacionadas con el embarazo. Este riesgo para la mujer norteamericana baja a 1 de cada 4000. "Esta disparidad entre el Norte y el Sur es mayor que para cualquier otro indicador simple sanitario." dice Peter Adamson, editor del informe de UNICEF, Progress of Nations.

Valorar RTIs en las mujeres

En muchas partes del mundo, la salud reproductiva se encuentra rodeada por una cultura del silencio y, hasta recientemente, poca información ha estado disponible acerca de la magnitud del problema de las RTIs. De forma creciente, los investigadores están intentando determinar la extensión hasta la que las mujeres en países pobres sufren de estas infecciones.

¿"De qué forma podría decírselo a un hombre?"

Hasina, de 19 años, de un pueblo cerca de Madrás, India, contó al periodista Shyamala Nataraj acerca del dolor que había experimentado desde el nacimiento de su hijo. Sus síntomas parecían enfermedad inflamatoria de la pelvis.

- "Tuve a mi hijo en casa, y fue muy doloroso. La dai (comadrona

tradicional) lo hizo lo mejor que pudo, dando masaje a mi estómago de forma tan dura que casi grité. Después de que el niño saliera, tuvo que alcanzar y quitar la placenta. He tenido de forma ocasional graves calambres desde entonces. La enfermera-comadrona dijo que esto era normal y desaparecería por sí mismo. Han pasado ocho meses ahora, y no ha desaparecido. Algunas veces creo que está empeorando, y las relaciones sexuales son muy dolorosas. La última vez que fui a un centro sanitario, la enfermera no me examinó, sino que me dio algunas tabletas para tomar cuando tenga el dolor. No me siento mucho mejor, pero no sé qué más hacer."

- "¿Qué pasa con el médico aquí (en una clínica privada)?"

- "¡Oh, no! ¿Cómo podría hablar de todo esto a un hombre?"(14)

Dondequiera que los investigadores hayan mirado, sea entre adolescentes en la zona rural de Nigeria o en mujeres casadas en la zona rural de Egipto o India, han encontrado un problema oculto a gran escala. Por ejemplo, un estudio de las mujeres egipcias rurales sin historial de conducta de alto riesgo encontraron que el 22% tenía una anormal descarga vaginal, el 8% clacidia, el 17% signos de enfermedad inflamatoria de la pelvis (PID) -inflamación de la parte superior reproductora que puede tener consecuencias serias incluida la infertilidad- y el 8% tenía displasia cervical, antecedente del desarrollo del cáncer cervical (15). Un estudio parecido en la zona rural de la India encontró que el 92% de las mujeres tenían problemas ginecológicos, suaves y graves, de lo que nunca se había informado o que nunca se habían tratado: el 34% tenían candidiasis, el 24% tenían

evidencias que apuntaban a PID, el 14% tenían triconomiasis, y el 11% tenían señales de infección pasada o presente de sífilis (16).

Las clínicas se establecen únicamente para tratar las STDs que existen en muchos países, pero las mujeres raramente acuden a ellas (17,18). Es menos probable que los hombres tengan síntomas, y es más probable que se sientan avergonzadas de discutir su condición con médicos que, en los países en vías de desarrollo, son normalmente hombres.

Estimaciones de las muertes por infecciones introducidas por las prácticas no higiénicas durante el parto o aborto se han revisado en 1996: los cálculos previos de 500.000 mujeres que mueren anualmente por causas relacionadas con el embarazo han aumentado a 585.000.

El dolor percibido como algo normal

Muchas mujeres perciben los síntomas de algunas RTIs -dolor ocasional y descarga vaginal anormal- como normales. Las mujeres que han tenido RTIs desde la adolescencia pueden no saber que signos son normales y cuáles no.

Las mujeres en la zona rural de Uganda dijeron a los investigadores que sabían mucho acerca de descargas vaginales, verrugas genitales, úlceras y otras RTIs²³. Para las descargas vaginales, primero probarían un remedio casero, tal como aplicar hierbas a la vagina. Si eso no funcionase, podrían consultar a un viejo del pueblo o a un curandero tradicional. Algunos, creyendo que los síntomas estuvieron asociados con hechizos o posesión, irían a un espiritista. El sistema sanitario oficial se vio como el último recurso, normalmente porque los problemas no se

percibieron como anormales o que exigieran atención médica.

La tendencia de la gente en los países pobres a consultar a farmacéuticos que no están formados en el tratamiento de STDs tiene serias consecuencias para ellos mismos y otros. La resistencia del antibiótico es un problema creciente con la gonorrea, que está dificultando en control y es más caro.

Servicios limitados de STD

Para aquellos que quieren ayuda del sistema sanitario oficial, puede no haber otro lugar a donde ir. En Kenya, por ejemplo, las STDs se veían tradicionalmente como relativamente no importantes. Se presumía causaban pocas muertes, incluso aunque son una causa importante de mortandad perinatal (muerte entre los recién nacidos) además de muerte de adultos debido al cáncer cervical. Hasta recientemente, había sólo dos instalaciones dedicadas para el diagnóstico y tratamiento de STDs en Kenya, con una población de 25 millones (20). Los centros sanitarios en general tienden a estar situados en áreas urbanas, ayudando sólo al 20% de la población, mientras el 90% de las instalaciones sanitarias no tenían personal formado adecuadamente para reconocer las STDs y tratar éstas (21).

En todo el mundo, la exploración de la sífilis se supone es una parte rutinaria de la atención sanitaria para mujeres embarazadas. Sin embargo, un estudio reciente averiguó que en Kenya, donde el 90% de las mujeres embarazadas asisten a clínicas prenatales, poco menos de dos tercios tenían muestra de sangre para una test de sífilis, y poco menos del 10% de aquellos de los que se supo tení-

an sífilis recibieron tratamiento por ello (22).

En Kenya y otros países, los problemas económicos han llevado a la introducción "del cobro al usuario" en centros sanitarios. La asistencia en la Clínica de Tratamiento Especial de Nairobi para STDs disminuyó un 40% para hombres y un 65% para mujeres después de que se introdujeran las tarifas de usuario (23).

Cuando los políticos se dieron cuenta del problema de la RTI, descubrieron que incluso los servicios escasos de los que se disponía tenían limitaciones. Las RTIs no siempre son fáciles de diagnosticar. Más de la mitad no tienen síntomas y muchos de los síntomas detectables se superponen. Por ejemplo, un hombre con una úlcera genital puede tener sífilis o clamidia. Una mujer con descarga vaginal puede tener gonorrea o clamidia. Mientras algunas infecciones se diagnostican más fácilmente, los exámenes de laboratorio necesarios para distinguir otras son caros, cuestan de 1 \$ a 10 \$. Y los laboratorios necesarios para hacer los exámenes pueden no estar accesibles (24).

3 LA BÚSQUEDA DE SOLUCIONES

Un "mapa de carreteras" para las STDs

Afortunadamente, los medicamentos usados para tratar muchas STDs son los mismos. En 1988, la Organización Mundial de la Salud empezó a animar a usar la "gestión del síndrome", un simple mapa de carretera para el tratamiento de los diferentes "síndromes" o grupos de síntomas de STD. Los exámenes clínicos y las entrevistas solo pueden entonces aportar información suficiente para la mayoría de los tratamientos, en gran parte

eliminando la necesidad de caros exámenes de laboratorio.

Si una persona tiene un síntoma que puede proceder de dos infecciones diferentes, se dará tratamiento para ambas. Los trabajadores sanitarios sin formación médica oficial pueden aprender a usar la gestión del síndrome. La forma de las instrucciones de la gestión del síndrome dependerá de lo conocidas que sean las diferentes enfermedades para la población nativa y qué otros recursos están disponibles para el diagnóstico.

Mientras es un paso importante hacia delante, la gestión del síndrome no es un arma perfecta en la lucha contra las STDs. Mucha gente con STDs no sabe que necesita tratamiento porque no tiene síntomas. Muchos de aquellos que tienen síntomas no buscan tratamiento. Porque el diagnóstico no es exacto, incluso aquellos que obtienen tratamiento pueden algunas veces recibir la medicación equivocada. Y a la gente que se le da la medicación correcta puede no tomar las dosis adecuadas. Sin embargo, dado que se tratan casos de forma más efectiva, la tasa en la que las infecciones se extienden en una comunidad está siendo lenta.

Notificación y tratamiento del compañero

Otra postura es dar a la gente que tiene una STD una hoja de notificación a un compañero que se le(s) pase a su(s) más reciente(s) compañero(s) sexual(es), pidiéndoles que vayan a una clínica para una revisión. Los planes de notificación son problemáticos, no obstante. Los hombres son a menudo reacios a hablar del tema de las STDs con sus esposas, fuera de la indiferencia del bienestar o temor de perjudicar la relación de sus com-

pañeras. Pueden no saber que incluso si sus mujeres no muestran síntomas, podrían estar todavía infectados. Los servicios de tratamiento algunas veces ofrecen un hombre medicación para llevar a su mujer o compañera (25). Las mujeres pueden ser reacias a decir a sus maridos los síntomas si temen acusaciones o violencia (26) Un estudio de la Comisión Europea, junto con el Consejo de la Ciudad de Nairobi en Kenya, que tenía el propósito de controlar la sífilis en el embarazo descubrió que una tarjeta de notificación que no mencionaba la palabra "sífilis" tenía más éxito en conseguir que los compañeros vinieran para tratarse (27).

Integración de servicios

El Banco Mundial y otros donantes ahora recomiendan que los servicios de RTI se integren en el sistema existente de atención sanitaria. Por ejemplo, a una mujer que acude a una clínica de planificación familiar, o lleva a su hijo a que se vacune a una clínica de salud infantil y se le ofrecería exploración y tratamiento de las RTIs además. Muchos planes integrados están funcionando en todo el mundo, y es probable que sean más comunes.

En principio, la integración de servicios reduciría el estigma que rodea al tratamiento de RTI en las clínicas dedicadas a STD y animaría a más mujeres a buscar tratamiento. También daría una oportunidad de exploración a mujeres que pueden no saber que tienen síntomas, o que no tiene éstos pero que sin embargo están infectadas. Podría animar al uso racional de drogas y ralentizar la extensión de las enfermedades resistentes a las drogas.

Una parte importante del asesoramiento en una clínica de planificación familiar que ofrece servicios de RTI trataría la relativa eficacia

de los métodos anticonceptivos al proteger contra las STDs y VIH, además del embarazo.

Modernos anticonceptivos y riesgo de STDs y embarazo. a

Tipo	Protección contra el embarazo	Protección contra STDs (incluyendo VIH)
Condón masculino	Muy bueno	Excelente
“ femenino	“	“ b
Espermicida (N-9)	Pasable	Pasable b
Esponja con N-9	“	“ b
Diafragma con N-9	Muy bueno	“ b
Píldoras	Excelente	Ninguna
Norplant	“	“
DIU	“	“ c
Esterilización quirúrgica	“	“

a. Adaptado de (28).

b. Según varios estudios. La evaluación completa llevará varios años.

c. El DIU ha demostrado que incrementa el riesgo de PID en mujeres con STD preexistente.

Algunos métodos modernos de anticoncepción y métodos tradicionales de control de natalidad, tales como el método del ritmo, retirada o la amenorrea de lactancia (alimentación exclusiva de pecho, cuando un niño es menor de seis meses y una madre no ha tenido todavía el período menstrual) ofrece poca protección contra las STDs.

Muchos programas de planificación familiar en los países en vías de desarrollo han animado el uso de anticonceptivos tales como Norplant, píldoras, IUDs o esterilización sobre los métodos de barrera, tales como el condón masculino o femenino, que exige un alto grado de compromiso y experiencia, pero que ayuda a prevenir las STDs. Las clínicas integradas darían información a

los clientes acerca de las STDs y les animarían a escoger el mejor método anticonceptivo basado en la evaluación de su propio riesgo. Los condones son actualmente el mejor método anticonceptivo para prevenir las STDs. Sin embargo, su uso exige la cooperación masculina, y muchas mujeres encuentran difícil incluso mencionar el tema con sus compañeros.

La investigación sobre nuevos métodos anticonceptivos que el control de las mujeres ha acelerado en los últimos 10 años, en gran parte en respuesta a la epidemia VIH/SIDA. Se están desarrollando nuevas cremas vaginales que impiden el embarazo e impiden las STDs. Se están investigando las cremas que permitirían el embarazo mientras impiden

las STDs, pero éstas pueden no estar disponibles durante algunos años. Si alguno de estos nuevos métodos va a ayudar a las mujeres que más los necesitan, deben ser baratos y estar fácilmente disponibles (29).

Nuevos tipos de condones y cremas todavía exigirán el conocimiento y cooperación de ambos compañeros. Ningún acontecimiento científico superará la necesidad de mejor comunicación entre hombres y mujeres.

Planificación familiar por inyección

A comienzo del debate que rodea la integración de servicios, algunos expertos decían que introducir servicios de RTI en los programas de planificación familiar representaría un estigma para ésta. En efecto, donde tuvo lugar la integración, los servicios de RTI han hecho más atractivos los servicios de planificación familiar. "Los servicios integrados han trabajado de forma positiva para promover la planificación familiar en nuestra experiencia", dice Yashmin Ahmed, director de la Sociedad Clínica Marie Stopes, una ONG de Bangladesh que expandió sus servicios de planificación familiar en 1994 para incluir exploración y tratamiento de las RTIs. "Ahora tenemos clientes que vienen por sus RTIs y podemos ofrecerles planificación familiar además."

La planificación familiar se desarrolla en Bangladesh, uno de los países más densamente poblados del mundo, ha sido una prioridad en el sector público desde antes de la independencia en 1971 (30) Los ayudantes de bienestar de la familia (FWAs) son el elemento central del programa de planificación familiar del país. Sus responsabilidades

incluyen visitar a mujeres en áreas rurales, distribuyendo y animando el uso de anticonceptivos, y acompañando a las mujeres que escogen la esterilización o la inserción del UID a clínicas próximas. El conocimiento de las RTIs debería formar parte de su preparación, pero hay poca evidencia de esto (31).

Una mujer con un caso aparente de enfermedad inflamatoria de la pelvis pidió a un FWA que la acompañase al hospital. "Durante los últimos meses, algunas veces siento que algo me está pinchando en el abdomen, y mi cabeza da vueltas. Me siento como si estuviera tumbada en la cama, no haciendo ninguna tarea doméstica." El trabajador sugirió que ella fuera al paramédico femenino en una clínica cercana y entonces, si la condición no se aclaraba, al hospital. "Debería llevarme a allí", dijo la mujer. "No conozco a gente allí y nunca he ido por mí misma". No es normal para las mujeres viajar sin compañía en Bangladesh. Mientras las FWAs a menudo acompañan a las mujeres a los centros sanitarios para esterilizarse o inserción del IUD, no se espera que lo hagan así en el caso del tratamiento de RTI.

Poco cambiará en el nivel rural hasta que los políticos ratifiquen más estrategias ilustradas para promover la salud de las mujeres. Según Peggy Thorpe de la Agencia canadiense de Desarrollo Internacional, el cambio está llegando lentamente a Bangladesh. Con la dirección de un consorcio dirigido por el Banco Mundial, se está estructurando una nueva política sanitaria, y se le dará prioridad a la salud de las mujeres. Se alzan muchos obstáculos en el camino del cambio, sin embargo, incluyendo el hecho de que hasta ahora en gran parte la nueva agenda la

dirige un donante y puede chocar con temas de raza y privacidad. Por ejemplo, las mujeres de Bangladesh pueden rechazar ser examinadas por un médico, y no hay suficientes médicas para cuidar a todos.

La presión para dar servicios RTI en la clínica Marie Stopes viene de la Administración para el Desarrollo de Ultramar del Reino Unido, que financia sus actividades. Usando sus recursos existentes y la nueva gestión de gráficos de gestión de síntomas de la OMS, no fue difícil hacer el cambio. Casi todo lo que se necesitaba era una formación de plantilla. Los trabajadores de la clínica pronto descubrieron que las RTIs era un problema grande y oculto en Bangladesh. "Vemos muchas más STDs de las que esperábamos y una conducta más arriesgada", dice Yasmin Ahmed. En 1994 la Coalición de la Salud de las Mujeres de Bangladesh descubrió que el 60% de las mujeres revisadas al azar en una de sus clínicas urbanas tenía una RTI. Esto llevó a la integración, tratamiento y seguimiento de las RTIs en las 10 clínicas en las áreas rural y urbana (32).

Pero los programas de planificación familiar, que normalmente ayudan a los mayores, mujeres casadas no alcanzan a todo el que necesita tratamiento para las RTIs. Un reciente estudio de casi 900 adolescentes en el sureste rural de Nigeria encontró que el 33% de aquellos menores de 17 años tenía un RTI de alguna clase, de transmisión sexual o no, normalmente biontriconomiasis o candidiasis. El ocho por ciento se quejó de bajo dolor abdominal que duraba más de tres semanas, que podría ser un signo de enfermedad inflamatoria pélvica. De aquellos menores de 19 años, el 24% había tenido un aborto ilegal.

"Las instalaciones para el tratamiento eran virtualmente inexistentes," los autores del estudio escribieron (33).

La atención sanitaria primaria se expande en Mozambique

El sistema de atención sanitaria que dejaron los portugueses en Mozambique en la independencia en 1975 se había diseñado en gran parte para servir a la elite urbana expatriada, y sólo permanecieron en todo el país 80 médicos. El gobierno reestructuró el sistema sanitario de modo que ayudaría mejor a las áreas rurales y a los pobres. En 1981, miles de trabajadores de la sanidad se habían formado y se había doblado el número de centros rurales.

Durante la guerra civil que empezó en 1982, el sistema sanitario fue un objetivo clave (34). Al final de la guerra, los rebeldes de Renamo a los que respaldaba Sudáfrica habían destruido más de 700 puesto sanitarios de los 1600 del país (35). Las consecuencias fueron graves. Un reciente estudio de STDs en centros sanitarios primarios rurales averiguó que el 51% de las mujeres embarazadas tenía al menos una STD, el 16% tenían gonorrea o clamidia, y el 15% tenían sífilis activa. Sin embargo, las tasas de infección de VIH eran todavía relativamente bajas. Mientras el 4% de los hombres que acuden a las clínicas de STD eran VIH positivo, ninguna de las mujeres embarazadas era portadora del virus (36).

Pero por otro lado, las STDs extendidas, altos niveles de infección de VIH en los vecinos Malawi y Tanzania y una población en movimiento de refugiados que volvían presagió una epidemia explosiva de VIH en

Mozambique. El gobierno, con ayuda de la Comisión Europea, instaló un programa completo de control de STD que se basaba en sistema de atención primaria sanitaria.

Un proyecto piloto, lanzado en 1988 en la capital Maputo, incluía exploración de sífilis de las mujeres que acuden a las clínicas antenatales, gotas de Tetraciclina para los ojos para impedir infecciones oculares en todos los niños nacidos en centros sanitarios, y gestión de síndrome de las STDs en todas las clínicas de atención sanitaria primaria⁴¹. Justo un año después, el proyecto parecía tener éxito en muchos aspectos. Cantidades iguales de hombres y mujeres había visitado las clínicas para tratamiento de la RTI, sugiriendo que las mujeres estaban más deseosas de acudir al centro sanitario que a una clínica dedicada a STD. El programa se ha expandido más a todos el país, y se ha registrado una disminución significativa en nuevos casos de STDs.⁽³⁸⁾

Muchos países no dan anticonceptivos a adolescentes. No obstante, las adolescentes e incluso niños muy jóvenes están crecientemente envueltos en la actividad sexual. Se necesitan desesperadamente servicios más amplios dan a las adolescentes asesoramiento, planificación familiar y atención para RTIs, en todo el mundo.

¿Quién tiene alto riesgo de STDs?

Algunos expertos dicen que no es un coste efectivo alcanzar a la población general al integrar servicios de RTIs con atención sanitaria primaria o programas de planificación familiar. Dicen que mientras las STDs y el VIH han afectado a muchas familias, la fuente de infección es de "alto riesgo" o gru-

pos "nucleares". Los gobiernos podrían ahorrar dinero al tratar sólo a estos ciudadanos de "alto riesgo" tales como las mujeres dedicadas a la prostitución (39,40). Porque tal postura implica explorar y tratar a muchas menos personas de la postura integrada completa, se ve como mucho más costosa.

Sin embargo, una mirada más próxima a la práctica sexual en los países en desarrollo y en los industrializados sugiere que la distinción entre los grupos de alto y bajo riesgo puede resultar más clara en algunos sitios que en otros.

En algunos países con industrias organizadas del sexo, tales como Tailandia, es fácil distinguir quién es prostituta y quién no. Otros países tales como Uganda tienen industrias sexuales menos organizadas y mientras hay algunas genuinas prostitutas, no se podría considerar a las mujeres con intercambio ocasional de prostitutas por apoyo financiero o regalos. Pueden ser funcionarios, niñas estudiantes, comerciantes o tenderos. Cualquier estrategia de control de STD pasaría por alto a estas mujeres si sólo se concentrasen en los grupos de alto riesgo, y es probable que todavía contraigan STDs y las transmitan.

Además muchos estudios han mostrado que las STDs prevalecen entre las mujeres y hombres que no se dedican a la prostitución. Los estudios de los Estados Unidos indican altos niveles de clamidia entre estudiantes universitarias y crecientes niveles de gonorrea en grupos de minoría. Los estudios de las mujeres embarazadas en Mozambique que más de la mitad tiene una STD. Otros estudios han mostrado de forma notable altas tasas de STD entre adolescentes en la

zona rural de Nigeria, y las mujeres en la zona rural de Egipto y la India. Todas estas personas pueden ser alcanzadas de forma más efectiva por medio de un programa de atención sanitaria que funcione con el propósito de ser lo más amplio posible entre la población en general.

Encontrar las STDs ocultas

Encontrar a gente con síntomas de STD es quizá el mayor desafío para cualquier programa de control. Recientemente, los investigadores han estado utilizando una técnica conocida como “valoración de riesgo” para ayudar a identificar a mujeres con STDs ocultas. Las mujeres que acuden a las clínicas prenatales pueden ser preguntadas en qué área viven, cuántos años tienen y cuántos compañeros sexuales han tenido el año pasado. Ciertas combinaciones de estas características se han mostrado desde el punto de vista estadístico para indicar a mujeres que puedan tener un STD no tratada (41).

“La valoración de riesgo” emplea tecnología simple y, con entrevistadores delicados, formados, presumiblemente podría usarse en cualquier lugar (42). Sin embargo, no es siempre útil, porque muchas mujeres están infectadas de STDs por sus maridos, y es su conducta de riesgo lo que puede estar en cuestión. Además, las preguntas sobre la historia sexual pueden resultar estigmatizantes y la discusión sincera puede no siempre ser fácil.

Otra estrategia a tener en consideración es el tratamiento masivo (43,44). Un plan desarrollado por investigadores en la Universidad de Columbia y en la John Hopkins, en Estados Unidos y en la de Makerere en

Uganda, en colaboración con el Ministerio ugandés de Sanidad, anima a tratar a cada persona en 28 pueblos en el sur de Uganda con drogas para la gonorrea, clamidia, chancros, triconomiasis y vaginitis bacteriana. En el caso de la sífilis, toda la población será examinada y sólo se tratará a aquellos que se encuentre infectados. Durante los próximos años, las tasas de RTI y de la infección de VIH se medirán y compararán con tasas en pueblos parecidos que no han recibido tratamiento masivo (45).

El tratamiento masivo está sujeto a controversia. Se ha usado varias veces antes, por ejemplo para erradicar la gonorrea entre un grupo de prostitutas en Fresno, California, y tuvo éxito con población aislada (46). No está claro que funcionase en otras situaciones, donde las infecciones pueden ser comunes en amplias áreas. Transmisión de estas enfermedades puede no ser necesariamente interrumpida por el tratamiento masivo de sólo una o de unas pocas comunidades. No se esperaría que toda comunidad aceptase tal intervención, en la que mucha gente recibe tratamiento innecesariamente. Finalmente esta postura fracasa al situar los temas más profundos de la política sanitaria, los servicios sanitarios y las relaciones de raza que han aumentado las epidemias de STDs en primer lugar.

Pero por otro lado, el proyecto en el sur de Uganda parecer ser aceptado y casi todo el mundo ha resuelto participar. Además, el proyecto significa ser parte de una postura más fundamental para el control de la RTIs que se basa en el sistema de atención sanitaria existente. El tratamiento masivo en este caso sólo intenta reducir el nivel de RTIs

asintomáticas, facilitando la labor de las clínicas locales (47).

Una onza de prevención

Otra forma de luchar contra las enfermedades de la zona reproductora es por medio de las actividades de la educación y prevención, incluyendo la educación para los jóvenes. Tal educación incluiría información sobre retrasar la primera relación sexual, no teniendo muchos compañeros, e información sobre los métodos efectivos de anticoncepción que reducen el riesgo de embarazo no deseado, incluyendo métodos de barrera que protegen contra las STDs. Un resumen de la Organización Mundial de la Salud de 19 estudios de investigación, todos ellos en el Norte, encontró que en ningún caso tal educación llevaba a un actividad sexual prematura o incrementada, un temor común que rodea la educación sexual. Los seis estudios encontraron que la educación hace que sea menos probable que los jóvenes tengan relaciones sexuales en una edad prematura o reduzcan su nivel de actividad sexual. Diez estudios encontraron que la educación llevaba a prácticas más seguras entre los jóvenes ya activos desde el punto de vista sexual (48).

Mucha gente no conoce los síntomas de las RTIs, en particular cómo afectan a las mujeres. Ni saben las consecuencias de tales infecciones, en particular para mujeres y niños, aunque tal información se ha mostrado un factor que motiva al buscar tratamiento. La investigación sobre el control de la sífilis durante el embarazo ha encontrado que un gran factor que motiva a los compañeros de mujeres embarazadas a venir para tratarse fue su preocupación por su futuro bebé (49).

Ultimamente, el control de las RTIs dependen de una combinación de provisión de mejores servicios sanitarios, un público informado y cambios en la conducta sexual.

4 ENFERMEDADES ESPECIFICAS

Enfermedades de transmisión sexual

Las enfermedades de transmisión sexual, muchas de las cuales se pueden curar y todas se pueden prevenir, son la causa con mucho de la mayor carga de todas las infecciones reproductoras. La mayoría de los episodios de STD pasan desapercibidos. Sin embargo, basados en datos disponibles, la Organización Mundial de la Salud calcula que hay 333 millones de nuevos casos de STDs que se curan cada año.

Las STDs más comunes aparte de la infección de VHI son la sífilis, gonorrea, clamidia, herpes simple (también conocido como herpes genital), las infecciones del virus humano papiloma que causa verrugas genitales y cáncer cervical y tricomoniasis. La bacteria causa los cuatro primeros y se pueden curar con antibióticos. Los virus causan el herpes genital y las verrugas genitales. No pueden curarse, pero pueden ser manipulados de modo que los síntomas no son graves. El protozoo causa triconomiasis y también se cura fácilmente.

La información escasa existe sobre cómo son estas enfermedades en diferentes partes del mundo. Los países industrializados tienen datos sobre la mayoría de las enfermedades, y algunos estudios de grupos específicos se han hecho en Africa. Pocos estudios han intentado calcular cuánta gente en Asia y Latinoamérica sufren de estas enfermedades.

Síntomas y consecuencias

*** Sífilis**

El primer síntoma de la sífilis es una úlcera genital sin dolor que desaparece sin tratamiento unas tres semanas después del contacto con una persona infectada. En unos dos tercios de los casos la persona no es consciente de esta úlcera dado que no duele y desaparece. Un mes más tarde, sale una erupción que puede cubrir el cuerpo o está localizado en lugares en la espalda, hombros y antebrazos. Fiebre, cansancio y garganta irritada son comunes. Estos síntomas también desaparecen, y una persona puede permanecer sin síntomas durante años. En la etapa final de la sífilis, la infección causa lesiones en los huesos que pueden destruir las estructuras faciales, tales como la nariz y el diente. Las lesiones en el corazón y en el cerebro pueden causar enfermedades de corazón o daño cerebral. Muchos bebés nacidos con sífilis congénita morirán. Aquellos que sobreviven pueden tener una afección cutánea generalizada, anormalidades óseas, ictericia y retraso mental (50).

La infección se cura con antibióticos ampliamente disponibles. El examen de sífilis a menudo se lleva a cabo en mujeres embarazadas que acuden a clínicas prenatales y se cree que proporciona una medida estimada de la incidencia de la enfermedad en la población en general. A comienzos de los 80, se encontraron infecciones de sífilis pasadas o presentes en el 16% de las mujeres que acudían a ciertas clínicas prenatales en Chandigarh, India. En todo el mundo, la sífilis es incluso más común en grupos considerados de alto riesgo. En torno a un tercio de las trabajadoras del sexo en Kenya y en

Panamá se les ha encontrado infectados (51). La sífilis es un problema que vuelve a surgir en la Federación Rusa con casos de hasta el 60% en 1996 (52). Si no se trata, al menos el 60% de las mujeres embarazadas con sífilis experimentarán resultados adversos de embarazo (53). Grandes organizaciones y políticos han expuesto el control de la sífilis entre las mujeres embarazadas como algo factible y una intervención de máxima prioridad a un coste efectivo (54).

*** Gonorrea**

La gonorrea puede no tener síntomas en hombres y mujeres pero no tiene síntomas más frecuentemente en mujeres (55). Cuando los síntomas se dan, la gonorrea normalmente causa una descarga del pene en los hombres y una micción dolorosa. Las mujeres pueden experimentar descarga vaginal y micción dolorosa. Alrededor de un 10%-20% de las mujeres con gonorrea desarrollan enfermedad inflamatoria pélvica. Alrededor de un tercio de los bebés nacidos de mujeres con gonorrea desarrollan serias infecciones oculares que pueden curarse con gotas aplicadas al nacer. Si se deja sin tratar, sin embargo, estas infecciones pueden causar la ceguera.

En los países industrializados, las tasas de gonorrea aumentaron firmemente durante los años 60 y 70, y después disminuyeron en los 80. Las tasas son más elevadas en el África subsahariana.

La resistencia al antibiótico es un creciente problema con la gonorrea (56).

*** Clamidia**

En ambos hombres y mujeres, la gonorrea a menudo no tiene síntomas (57). Cuan-

do aparecen los síntomas en los hombres, causa descarga del pene y micción dolorosa. En las mujeres puede causar descarga vaginal y micción dolorosa. En el 10%-20% de los casos, de gonorrea en las mujeres lleva a enfermedad inflamatoria pélvica, un gran causa de infertilidad. Los bebés que nacen de mujeres con gonorrea pueden contraer serias enfermedades oculares que pueden curarse con gotas aplicadas al nacer.

La clamidia es la más normal de las enfermedades de transmisión sexual en los países industrializados. Alrededor del 5%-7% de la población americana activa sexual se cree está infectada, con algunas personas con más riesgo que otras. Más de un cuarto de las mujeres pobres de las ciudades incluidas en un estudio en Baltimore, Maryland, se las encontró infectadas (58). Los tratamientos de antibióticos tales como tetraciclina, eritromicina -pero no penicilina- son efectivos al curar la clamidia.

*** Herpes genital**

Los síntomas del herpes genital tienen corta vida, pero la infección puede no curarse. Una semana después de relaciones sexuales no protegidas con una persona infectada, una erupción dolorosa de pequeñas ampollas picantes aparecen alrededor de los genitales. Las ampollas se convierten en úlceras que curan en unas tres semanas. Los ataques siguientes pueden ocurrir varias veces al año. La enfermedad puede permanecer dormida durante años o no volver a aparecer en absoluto. La mayoría de la gente con herpes genital no tiene síntomas.

El virus simple del herpes tipo 2, la causa del herpes genital, es una infección normal en

todo el mundo. En países industrializados, los estudios sugieren que el 10% de las mujeres tiene el virus (59). Las tasas son del 60%-80% entre los trabajadores del sexo en países industrializados y en vías de desarrollo.

Alrededor de 1 de cada 100 bebés nacidos de madres con herpes genital está en riesgo de contraer herpes neonatal. Los síntomas incluyen erupciones en la piel e inflamación en los pulmones, hígado o cerebro. La cesárea del parto puede prevenir algunos casos, pero el herpes congénito puede incluso aparecer si la madre no tiene síntomas. En los países industrializados las drogas antivirales caras tales como Aciclovir están ahora disponibles lo que mejora las tasas de supervivencia. Estos medicamentos raramente se obtienen en países pobres.

*** Úlceras genitales y cáncer cervical**

La infección con virus papilloma humano (HPV) es la causa de la úlcera genital. Pocos estudios han sido dirigidos en los países en vías de desarrollo, pero el número de casos de los que se ha informado aumentó casi diez veces en el Reino Unido y en los EEUU durante los años 70 y 80 al menos en parte por causa de la vigilancia mejorada. En 1988, los médicos en el Reino Unido encontraron 156000 casos de úlcera genital, mientras los médicos americanos encontraron 1,8 millones. La infección de la cervical con HPV se asocia fuertemente con el cáncer cervical, el cáncer más común en los países en vías de desarrollo y el segundo más común en todo el mundo (60).

En los países industrializados y en vías de desarrollo, más del 90% de los nuevos casos de cáncer cervical se deben a HPV de la cervical transmitido por vía sexual.

El cáncer cervical a menudo no tiene síntomas. Se cura normalmente con cirugía si se detecta temprano, y a las mujeres en los países ricos se las anima a hacer exámenes ginecológicos regulares. Las mujeres con cáncer cervical en países pobres a menudo no descubren esto hasta que es demasiado tarde. El cáncer cervical tiende a atacar a las mujeres hacia los 35 años. Porque estas mujeres son las principales cuidadoras y trabajadoras en muchas partes del mundo, el Banco Mundial dice que la exploración del cáncer cervical para todas las mujeres al menos una vez en la vida es altamente rentable. Los proyectos de exploración que financia el Banco están ahora en marcha en muchos países Latinoamericanos (61).

*** Chancros**

Las grandes úlceras dolorosas que se asocian con chancros son causadas por una bacteria. En los hombres, las llagas aparecen en el exterior del pene, y en las mujeres, alrededor de la entrada de la vagina, el ano o la cervical en las mujeres puede causar fístulas -apreturas anormales entre el recto y la vagina que causa la incontenencia y un gran dolor-. El chancro es raro en los países industrializados, pero está aumentando entre los pobres de la zona interior de la ciudad en los Estados Unidos. Se han dirigido pocos estudios en los países en vías de desarrollo, pero los diferentes estudios lo encontraron que entre el 5% y el 35% entre las trabajadoras del sexo en Kenya (62).

El chancro se trata fácilmente con antibióticos.

*** Triconomiasis**

La triconomiasis en las mujeres causa irritación vaginal y una descarga profusa, ver-

dosa. En torno a una cuarta parte de las mujeres infectadas no tienen síntomas. Los estudios de las mujeres en las clínicas prenatales encontraron que el 32% tenían la infección en Gambia, el 31% en Zimbabue, el 20% en Jartum, Sudán. Fue casi la STD más común encontrada en las mujeres que acuden a una clínica para pacientes de consulta externa en Lucknow, India (63).

Otras infecciones de la zona reproductora

La **candiasis** que causa una levadura, *Candida*, que está normalmente presente en la zona reproductora. La infección sólo es problemática cuando la levadura crece demasiado y causa picor, inflamación, y una descarga. En los hombres, la candiasis puede irritar el pene. La candiasis es más común en mujeres embarazadas y en gente que ha estado tomando antibióticos. Puede transmitirse también por vía sexual.

La **vaginitis bacterial** también se piensa que la causa un crecimiento excesivo de las bacterias en la vagina, pero se entiende muy mal. Los síntomas incluyen una descarga gris, inflamación e irritación. Una historia del uso del antibiótico y de la inserción de IUD son también factores de riesgo.

Infecciones asociadas con el parto

Un tercio de todos los embarazos se cree terminan en un aborto inducido (64). En países donde el aborto es ilegal, a menudo se llevan a cabo en condiciones no sanas. Muchas mujeres recurren a especialistas tradicionales, o intentan inducirse a abortar. Porque los abortos son a menudo ocultos, pocos registros están disponibles. Pero la Organización Mundial de la Salud calcula que 76000

mujeres mueren cada año debido a complicaciones asociadas con un aborto en condiciones no sanas. Un número mayor lo representan las no fértiles. El aborto es particularmente común entre las adolescentes. Un estudio en Nigeria encontró que el 61% de las pacientes tratadas por complicaciones de aborto en condiciones no sanas eran adolescentes (65).

Se cree que las RTIs representan una proporción significativa de las muertes e infertilidad asociadas con el aborto. Es más probable que las mujeres con RTIs preexistentes sufran complicaciones tras un aborto arriesgado. El procedimiento implica abrir la cervical, que anima a que las infecciones se extiendan de la vagina al útero, trompas de Falopio y abdomen.

Muchas de las leyes que prohíben el aborto en los países en vías de desarrollo derivan de los estatutos coloniales y raramente se han revisado desde la perspectiva de la salud pública moderna. Hay a menudo oposición religiosa y cultural a cambiarlas además (66). Donde es legal el aborto, normalmente es burocrático, exigiendo la aprobación de más de un médico y otros procedimientos administrativos. Por ejemplo, en la India, donde el aborto es legal, se hace el doble de abortos ilegales cada año (67). Facilitar el acceso al aborto seguro es polémico, pero impediría una carga significativa de enfermedad y salva muchas vidas jóvenes.

El tema del aborto se debatió extensamente en la conferencia de la población de El Cairo en 1994 (ICPD) y la conferencia de las mujeres de Pekín en 1995. ICPD fue la primera conferencia de las NU en declarar el aborto no seguro como una gran problema

sanitario. La Plataforma por la Acción adoptó en la conferencia de Pekín de 1995 apremió a los gobiernos a "considerar la revisión de leyes que contienen medidas punitivas contra las mujeres que hayan sufrido abortos ilegales".

La enfermedad inflamatoria pélvica y la infertilidad

En la enfermedad inflamatoria pélvica (PID), las trompas de Falopio se infectaron con la bacteria. En casos sin tratar, las trompas se hincharon y cicatrizaron y la zona reproductora puede quedar dañada de forma permanente. La condición puede causarse por medio de complicaciones de aborto arriesgado seguro, pobre atención ginecológica durante el parto, inserción no higiénica de un IUD, o por STDs tales como gonorrea y clamidia. El riesgo de que un PID ocurra como consecuencia de un aborto, parto o inserción de PUD aumenta dramáticamente en las mujeres con STD preexistente (68).

Cuando los síntomas aparecen, el PID causa dolor abdominal y/o dolor durante la relación sexual, pero un número importante de mujeres afectadas no tienen síntomas en absoluto. Si las trompas de Falopio, que llevan el huevo del ovario al útero, se dañan debido al PID, el huevo se conserva y se hace fértil en el tubo, causando un embarazo ectópico. El embarazo ectópico es una condición seria que puede causar ruptura de tejidos de la zona reproductora, hemorragia excesiva y puede matar sin intervención quirúrgica. Un estudio sueco descubrió que el riesgo de embarazo ectópico era seis veces mayor en mujeres que habían tenido PID (69). No se sabe cuántas mujeres en países

pobres, que no tiene una atención adecuada, mueren por complicaciones de embarazo ectópico cada año.

El PID es también una gran causa de infertilidad. En todo el mundo, la infertilidad está estigmatizada y en algunos países es una razón normal para el divorcio, ostracismo y abandono de las mujeres. Aunque se piensa que las causas de la infertilidad difícilmente se dividen entre factores masculinos, femeninos y conjuntos, a menudo se culpa de ello a las mujeres. En cada cultura hay rituales y procesos complejos para probar y corregirlo (70).

La infertilidad, y sus consecuencias para hombres y mujeres, es un tema de profundo abandono en los países en vías de desarrollo, donde el énfasis normalmente ha estado en limitar la fertilidad bastante más que en protegerla.

5 NOTA DE PIE DE PAGINA SOBRE LA FINANCIACION

Invertir en la salud de las mujeres

Se calcula que 17 billones de \$ anuales serán necesarios para financiar los servicios de salud reproductora en países pobres hacia el año 2000 (71,72). Esta planificación familiar se calcula que cuesta 10,2 billones de \$, otros servicios de salud reproductora 5 billones de \$, la prevención de STD/VIH/SIDA 1,3 billones de \$ y la investigación y la política 500 millones de \$. Sólo 5 billones de \$ se están gastando aproximadamente actualmente, la mayoría de ello en planificación familiar y el volumen de estos costes los soportan los países en vías de desarrollo. Las proyecciones para el año 2000 se basan en la

idea de que dos tercios de los costes continuarán asumiéndolos los países en vías de desarrollo y un tercio fuentes externas.

¿Quién marcará la diferencia? Según Vernon Mack, jefe, Rama de Desarrollo del Recurso en UNFPA, algunos donantes como Holanda, Dinamarca y hasta cierto punto Noruega, la CE, el Reino Unido y Japón han aumentado su gasto en población y salud reproductora desde el ICPD. Noruega, incluso antes de ICDP, distribuyó el 4% de la ayuda del desarrollo de ultramar a la salud de la población y a la reproductora. Holanda se propone alcanzar este objetivo en 1997 -un nivel que recomendó la UNFPA-.

La ayuda de ultramar de los 21 países de la OCDE (incluyendo Alemania, Suiza, Suecia, EEUU, Canadá) como una proporción de PNB ha disminuido a un nivel ya bajo en todo momento desde 1970. En términos reales el valor de la ayuda de OCDE cayó por completo al 9,3% en 1995. De estos países sin embargo, Alemania, Suiza y Suecia están intentando mantener sus niveles de salud reproductora y gasto de población, mientras EEUU y Canadá han reducido su gasto de forma significativa.

“Necesitamos poder mantener un control de estos compromisos”, dice Shanti Conly de Population Action International en Washington DC. “En este momento, es poco consistente, lo que los diferentes gobiernos -ambos Norte y Sur- llaman ‘salud reproductora’ y sus compromisos de financiación son igualmente inconsistentes.”

No obstante muchas agencias como el Banco Mundial y la Federación Internacional de Paternidad Planificada están ampliando su postura de la planificación familiar a la

salud reproductora. Por ejemplo, lo que el Banco Mundial presta para salud reproductora y población difícilmente dobló entre 1992 y 1996 a 600 millones de \$ en 1996, incluyendo proyectos con el propósito de detección de cánceres ginecológicos en Brasil, Chile, Ecuador, Rumanía y Venezuela, y educación de la vida familiar, incluyendo información sobre STDs, para adolescentes en Indonesia, Lesoto y Nigeria (73,74).

Los gobiernos del país en vías de desarrollo también están volviendo a formular sus políticas de acuerdo con la agenda del ICPD y algunos, por ejemplo India, Pakistán, Bangladesh, Irán y Perú, han aumentado los niveles de financiación para los programas revisados.

Esta atención largamente debida a las RTIs debería ayudar a cambiar la creencia prevaleciente de que la salud de una mujer está en segundo lugar en el control de su fertilidad. La forma en la que los donantes, gobiernos, ONGs, trabajadores de la salud y personas se enfrentan con las infecciones reproductoras da una medida de su compromiso con la salud de las mujeres y la supervivencia del niño.

Notas bibliográficas:

1. Estos datos excluyen muertes por VIH/SIDA. En 1995 estas se calculaban en 400000 entre las mujeres, 300000 entre los niños y 600000 entre los hombres. Las muertes anuales calculadas entre las mujeres por otras infecciones de la zona reproductora y sus consecuencias incluían las muertes de 87000 madres, una proporción desconocida de 77000 muertes se debe a aborto arriesgado, 280000 muertes por cáncer de cervicales después de la infección con el virus humano papiloma que causa verrugas genitales, 75000 muertes en mujeres por sífilis y complicaciones y secuelas por clamidia. En niños hay un cálculo anual de 325000 muertes por infección con sífilis, clamidia y además 425000 nacimientos de niños muertos causados por estas tres enfermedades. El total es de alrededor de un millón de muertos. El cálculo anual en el número de muertos entre hombres por sífilis, clamidia y gonorrea es de aproximadamente 20000. Fuentes: UNAIDS; The Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries, WHO/FHE/MSM/94.11; Dr. Joseph Monosnegó, Executive Secretary of the European Research Organization on Genital Infection and Neoplasia (EUROGIN), personal communication; Dr. Jane Rowley, Health Sciences Division, The Rockefeller Foundation, personal communication.
2. Murray CJL and López AD (1996) *The Global Burden of Disease* Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
3. Heise, L. and Elias C (1995) "Transforming AIDS prevention to women's needs: A focus on developing countries" *Social Science and Medicine* vol 40(7):931-43.
4. Ericksen K and Brunette T (1996) "Patterns and predictors of infertility among African women: A cross national survey of twenty-seven nations" *Social Science and Medicine* vol 42(2): 209-220.
5. Luthra UK et al (1992) "Reproductive tract infections in India: The need for comprehensive reproductive health policy and programmes" en *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health* Germain et al eds. Plenum Press, Nueva York.
6. Berkeley S (1991) "The public health significance of sexually transmitted diseases for HIV infection in Africa" en *AIDS and Women's Reproductive Health* Chen LC et al eds Plenum Press, Nueva York
7. Grosskurth H et al (1995) "Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: Randomized controlled trial" *Lancet* vol 346:530-6
8. Wasserheit J (1991) "Epidemiological Synergy: Interrelationships between HIV and other STDs" en *AIDS and Women's Reproductive Health* Chen LC et al eds. Plenum Press, Nueva York.
9. Mtukulo A (1995) "Gender agenda uncovers a hidden disease" *Panos Features* 24 de agosto

10. International Conference on Population and Development (1994) Programme of Action International Conference on Population and Development Naciones Unidas, Nueva York.
11. Report of the United Nations Conference on Population and Development, El Cairo, Egipto, 5-13 de septiembre de 1994, A/CONF. 171/13, 18 octubre 1994.
12. Piot P and Islam M (1994) "Sexually transmitted diseases in the 1990s" Sexually Transmitted Diseases Suppl:S7-13.
13. Larson A (1989) "Social context of human immunodeficiency virus transmission in Africa: Historical and cultural bases of East and Central African sexual relations" Review of Infectious Diseases vol 11(5):716-31.
14. Nataraj S (1994) "The magnitude of neglect" en Private Decisions, Public Debate: Women, Reproduction and Population Mirsky J and Radlett M eds, Panos, London.
15. Younis et al (1993) "A community study of gynecological and related morbidities in rural Egypt" Studies in Family Planning vol 24(3): 175:86.
16. Bang RA and Bang AT (1989) "High prevalence of gynecological diseases in rural Indian women" Lancet vol 1(8629): 85-7.
17. Nataraj, S., (1994) "The magnitude of neglect" en Private Decisions, Public Debate: Women, Reproduction and Population Mirsky J and Radlett M eds, Panos, London.
18. Moses S et al (1992) "Impact of user fees on attendance at a referral centre for sexually transmitted diseases" Lancet vol 340:463-6
19. Mulder D (1993) "Disease perception and health seeking behaviour for sexually transmitted diseases" en Prevention and Management of Sexually Transmitted Diseases in Eastern and Southern Africa Proceedings of a NARESA/AMREF Workshop, Mwanza, Tanzania.
20. Maggwa ABN and Ngugi E (1992) "Reproductive tract infections in Kenya: Insights for action from research" en Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health Germain et al eds, Plenum Press, Nueva York. 21. op. cit.
22. Temmerman M et al (1993) "Syphilis prevention in pregnancy: An opportunity to improve reproductive and child health in Kenya" Health Policy and Planning vol 8(2): 12-7.
23. Moses S et al (1992) "Impact of user fees on attendance at a referral centre for sexually transmitted diseases" Lancet vol 340:463-6.
24. Jamison et al eds (1993) Disease Control Priorities in Developing Countries Oxford Univeristy Press, Oxford.
25. Grosskurth H et al (1995) "Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: Randomized controlled trial" Lancet Vol 346: 530-6.
26. Van der Straten A et al (1995) "Couple communication, sexual coercion and HIV risk recution in Kigali, Rwanda" AIDS vol 9(8). 935-44.
27. Jenniskens F et al (1995) "Syphilis control in pregnancy: Decentralization of screening facilities to primary care level, a demonstration project in Nairobi, Kenya" International Journal of Gynecology & Obstetrics 48 Suppl. S121-S128.
28. Network (1994) vol 14(4): 16-7 (16) Network (1994) vol 14 (4): 16-7.
29. Blaney CL 81994) "Clients at STD risk need barrier methods" Network vol 14(4): 11-5.
30. Khan A. (1996) "Policy-making in Pakistan's population programme" Health Policy and Planning vol 11(1):30-51.
31. Simmons R et al (1990) "Maternal-child health and family planning: User perspectives and service constraints in rural Bangladesh" Studies in Family Planning vol 21(4): 187-96.
32. Dr. Sandra Kabir, Population Concern, personal communication.
33. Brabin L et al (1995) "Reproductive tract infections and abortion among adolescents girls in rural Nigeria" Lancet vol 345:300-4.
34. Cliff J and Noormahomed, R., (1988) "Health as a target. Sout Africa's destabilization of Mozambique" Social Science and Medicine vol 27(7): 717-22.

35. Cossa H et al (1994) "Syphilis and HIV infection among displaced pregnant women in rural Mozambique" *International Journal of STDs and AIDS* vol 5:382/1-7
36. Vuylsteke et al (1993) "High prevalence of sexually transmitted diseases in a rural area of Mozambique" *Genitourinary Medicine* vol 69(6): 427-30.
37. Bastos dos Santos, R. et al (1992) "Reproductive tract infections in Mozambique. A case study of integrated services" en *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health* Germain et al eds. Plenum Press, Nueva York.
38. Dr Lieve Fransen, European Commission, personal communication.
39. De Lay, P. (1994) "Adding STD services needs careful evaluation" *Network* vol 14(4): 8-10
40. Over, M. and Piot P., (1993) "HIV infection and Sexually Transmitted Diseases" en *Disease Control Priorities in Developing Countries* Jamison et al eds. Oxford University Press, Oxford.
41. Grosskurth H, et al (1993) "Risk Assessment for the diagnosis of sexually transmitted disease" en *Prevention and Management of Sexually Transmitted Diseases in Eastern and Southern Africa* Proceedings of a NARESA/AMREF Workshop. Mwanza. Tanzania.
42. op. cit.
43. Ndowa FJ (1993) "Mass treatment in the control of sexually transmitted diseases: Opportunities and Constraints" en *Prevention and Management of Sexually Transmitted Diseases in Eastern and Southern Africa* Proceedings of a NARESA/AMREF Workshop, Mwanza, Tanzania.
44. Wawer M., Columbia University, personal communication.
45. op. cit.
46. Ndowa, FJ. op. cit.
47. Wawer, M., op. cit.
48. Analysis by WHO's Global Programme on AIDS, presentado en la XI Conferencia Internacional sobre el SIDA, Berlín 1993.
49. Jenniskens, F et al (1995) "Syphilis control in pregnancy: decentralization of screening facilities to primary care level, a demonstration project in Nairobi, Kenya" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 48 Suppl. S121-S128.
50. Arya, O.P., Osoba, A.O. and Bennett, F.J., (1988) *Tropical Veneorology* Churchill Livingstone, Edimburgo.
51. De Schryver A and Meheus A (1990) "Epidemiology of sexually transmitted diseases: The global picture" *Bulletin of the World Health Organization* vol 68(5): 639-54.
52. Associated Press (1996), "Syphilis epidemic hits Russia", *The Guardian* 23 de octubre: 13
53. Jenniskens F et al. op. cit.
54. Temmerman M et al (1993) "Syphilis prevention in pregnancy: An opportunity to improve reproductive and child health in Kenya" *Health Policy and Planning* vol 8(2): 122-7.
55. Grosskurth H et al (1996) "Asymptomatic gonorrhoea chlamydial infection in rural Tanzania men" *British Medical Journal* vol 312:277-80.
56. Van Dyck L et al (1995) "Epidemic spread of plasmid-mediated tetracycline-resistant *Nisseria gonorrhoeae* in Zaire" *International Journal of STDs and AIDS* vol 6:345-7.
57. Grosskurth H et al. op. cit.
58. Laga M (1993) "Epidemiology and control of sexually transmitted diseases in developing countries" presented at the Xth International Meeting of the Society of STD Research, Helsinki, Finlandia
59. Whitely, R.J., (1995) "Herpes simplex virus infections of women and their offspring: Implications for a developed society" en *Infectious Disease in an Age of Change* Roizman, B ed. National Academy Press, Washington DC
60. Lowry et al (1995) "Genital human papilloma virus infection" en *Infectious Disease in an Age of Change* Roizman B, National Academy Press, Washington DC

61. World Bank (1994) *A New Agenda for Women's Health* World Bank, Washington DC.
62. Brunham, R.C. and Embree JE (1992) "Sexually transmitted diseases: Current and future dimensions of the problem in the third world" en *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health* Germain et al eds, Plenum Press, Nueva York.
63. Arya, O.P., Osoba, A.O. and Bennett, F.J., op. cit.
64. Sen G et al (1994) "Reconsidering population policies: Ethics, development and strategies for change" en *Population Policies reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Harvard University Press, Cambridge Massachusetts.
65. Benson, J. et al (1996) "Complications of unsafe abortion in sub-Saharan Africa: A review" *Health Policy and Planning* vol 11(2): 117-31.
66. op. cit.
67. World Bank (1996) *Improving Women's Health in India* World Bank, Washington DC
68. Meheus A (1992) "Women's health: importance of reproductive tract infections, pelvis inflammatory disease and cervical cancer" en *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health* Germain et al eds, Plenum Press, Nueva York.
69. World Bank. Op. cit.
70. Inhorn, M. (1994) "Interpreting infertility: Medical anthropological perspectives" *Social Science and Medicine* 39(4):459-61.
71. Finger WR (1995) "\$ 17 billion for reproductive health needed by the year 2000" *Network* vol 16(1):1-2.
72. Vernon, Mack, United Nations Population Fund (UNFPA), personal communication.
73. World Bank (1996) *Improving Women's Health in India* World Bank, Washington DC
74. Dr. Anne Tinker, World Bank, personal communication.