

Aspectos de la investigación sobre la

SALUD SEXUAL y REPRODUCTIVA

en países con ingresos
bajos e intermedios



Andrés de Francisco
Ruth Dixon-Mueller
Catherine d'Arcangues

Aspectos de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva en países con ingresos bajos e intermedios

© Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2007
ISBN 2-940286-50-7

El Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud y la Organización Mundial de la Salud se reservan todos los derechos según el Protocolo 2 de la Convención Universal sobre los Derechos de Autor. No obstante, el documento se puede revisar y resumir libremente con la oportuna identificación de la fuente, pero no para su venta o uso con fines comerciales. La solicitud de autorización para reproducir o traducir el informe, ya sea de manera parcial o en su totalidad, se enviará al Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud (véase la dirección más adelante).

El Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud y la Organización Mundial de la Salud han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el documento se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de este material. El Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud y la Organización Mundial de la Salud en ningún caso serán responsables de daño alguno derivado de su utilización.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la presentación de los datos que contiene no implican la expresión, por parte del Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, de opinión alguna acerca de la situación jurídica de países, territorios, ciudades o áreas o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas compañías o de determinados productos comerciales no implica que el Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud y la Organización Mundial de la Salud los aprueben o recomienden con preferencia sobre otros análogos que no se citan. Salvo error u omisión, los nombres de los productos patentados se distinguen por la letra inicial mayúscula.

Los autores son los únicos responsables de las opiniones que se expresan en este documento.

Se pueden solicitar más ejemplares gratuitos de esta publicación (en inglés o en español) en la página web www.globalforumhealth.org o en:

Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud

1-5 route des Morillons
C.P. 2100
1211 Genève/Ginebra 2
Suiza

Tfno + 41 22 791 4260
Fax + 41 22 791 4394
Correo electrónico info@globalforumhealth.org

El Foro Mundial para la Investigación sobre la Salud es una fundación internacional independiente con sede en Ginebra, Suiza. Está subvencionado por la Fundación Rockefeller, el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y por los gobiernos de Canadá, Irlanda, México, Noruega y Suiza.

Impreso en Suiza.

Traductor: Celer Soluciones.

Traducción realizada con el apoyo de la Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, España.

Aspectos de la investigación sobre la

SALUD SEXUAL y REPRODUCTIVA

en países con ingresos
bajos e intermedios



Andrés de Francisco
Ruth Dixon-Mueller
Catherine d’Arcangues

Prólogo

El objetivo de este trabajo es esbozar un marco conceptual y diversos aspectos temáticos y generales de la investigación de la salud sexual y reproductiva como primer paso del proceso consultivo para la identificación de las lagunas y prioridades de la investigación en este campo. La información aquí contenida demuestra la complejidad del campo de la salud sexual y reproductiva y propone la necesidad de abordar los estudios en este ámbito mediante una variedad multidisciplinar de enfoques que abarquen las investigaciones de las ciencias básicas —biomédicas, epidemiológicas y sociales—, de la conducta y de los sistemas político y sanitario.

El presente documento está dirigido a las personas que vayan a participar en este proceso colectivo de formulación de un programa mundial de investigación de prioridades, tales como los representantes de los organismos internacionales para la salud y el desarrollo; los ministerios públicos de sanidad, educación y planificación; las fundaciones; las organizaciones no gubernamentales; los institutos de investigación y los investigadores; los programas universitarios; el sector privado; y los sistemas internacionales y nacionales de investigación sanitaria. Muchos de ellos ya conocen la mayoría de los aspectos políticos, de programación y de investigación que aquí se mencionan.

Los temas de equidad social, pobreza y sexo que se abordan en este trabajo tienen una importancia especial en el terreno de la salud sexual y reproductiva. Igualmente importantes son los desafíos de la colaboración con los socios en el país para identificar las prioridades de la investigación específicas de contexto que abarcan las muchas y variadas dimensiones de la salud sexual y reproductiva y sus determinantes y correlatos, con el fin de elaborar una base de información y de poner en práctica los datos políticos y programáticos en ámbitos con pocos recursos.

Prof. Stephen A. Matlin

Director ejecutivo
Foro Mundial para la
Investigación sobre la Salud

Dr. Paul F. A. Van Look

Director
Salud Reproductiva e Investigación
Organización Mundial de la Salud

Agradecimientos

El presente trabajo ha sido redactado por Ruth Dixon-Mueller. Está basado en un documento anterior sobre la creación de un marco para la investigación de la salud sexual y reproductiva escrito por Andrés de Francisco con aportaciones de Catherine d’Arcangues.

Las personas que se citan a continuación han aportado comentarios, ideas e información en las diferentes etapas de la elaboración del documento, tales como las reuniones para la identificación de las lagunas de la investigación sobre la salud sexual y reproductiva durante el Foro 10. En el documento actual no se reproducen todas las intervenciones.

Heli Bathija
Mary Anne Burke
Jane Cottingham
Luc de Bernis
Peter Fajans
Mahmoud F. Fathalla
Mary Lyn Gaffield
Abdul Ghaffar
Ronnie Johnson
Susan Jupp
Eszter Kismodi
Deborah Leydorf
Anna Liwander
Alejandra Lopez Gomez
Manjula Lusti-Narasimhan
Stephen Matlin
Sylvie Olifson-Houriet
Nuriye Ortayli
Lale Say
Pramilla Senanayake
Iqbal Shah
Lakshmi Sundaram
Paul F. A. Van Look

1	Compromisos mundiales: el programa de salud sexual y reproductiva	7
	El sueño: salud sexual y reproductiva para todos	8
	La realidad: problemas persistentes, desigualdades persistentes	10
2	Las situaciones individuales, las relaciones interpersonales y los acontecimientos de la vida: un marco conceptual	15
	Centrar el interés en la salud y los derechos de las mujeres y los varones	17
	Los contextos interpersonales y los ambientes socioeconómicos, culturales y políticos	18
	Conductas de búsqueda de la salud	19
	Las respuestas del sector oficial	19
3	La sexualidad, el sexo y la salud sexual	23
	La información, la educación y los servicios sobre sexualidad: necesidades y derechos de los adolescentes	24
	Abordar el perjuicio sexual	26
	La elección y la realización sexuales	27
4	Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y las enfermedades del aparato reproductor	31
	Identificar los riesgos, negociar la protección	33
	Percibir los síntomas, buscar (o no buscar) soluciones	34
	Técnicas de diagnóstico y tratamiento en el sector oficial	35
	Cánceres y otras enfermedades del aparato reproductor	36
5	Ayudar a las mujeres, a los varones y a las parejas a conseguir la fecundidad deseada	39
	Evitar los embarazos no deseados: eficacia de los anticonceptivos y necesidades insatisfechas	40
	Tratar los embarazos no deseados	42
	Conseguir los embarazos deseados: diagnóstico y tratamiento de la infertilidad	44
6	Garantizar que el desenlace del embarazo sea satisfactorio para la madre y el recién nacido	49
	Cuantificación y ordenación de los riesgos de muerte	51
	Asistencia esencial durante el embarazo	51
	Asistencia durante el parto y el puerperio	52
	El apoyo al recién nacido	54
7	Las políticas y la importancia de la investigación	59
	Estudios poblacionales sobre las desigualdades de la distribución de la salud sexual y reproductiva	61
	Estudios de las políticas y programas sobre la calidad de la asistencia y la accesibilidad de la información y los servicios	62
	Apoyo técnico para mejorar y facilitar la puesta en marcha de un programa y la ampliación de las intervenciones	64



CAPÍTULO 1

Compromisos mundiales: el programa de salud sexual y reproductiva

ASPECTOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN PAÍSES CON INGRESOS BAJOS E INTERMEDIOS

CAPÍTULO 1

Compromisos mundiales: el programa de salud sexual y reproductiva

Han transcurrido doce años desde que los representantes de 184 estados aprobaran el importante Programa de Acción en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en septiembre de 1994 en El Cairo¹. En su busca de métodos nuevos para equilibrar la población y los procesos de desarrollo, el consenso de El Cairo supuso un cambio paradigmático desde el objetivo de controlar el crecimiento excesivo de la población mediante programas de planificación familiar verticalmente estructurados hasta el objetivo de promover la salud sexual y reproductiva para todos mediante la atención primaria de salud y unos servicios de planificación familiar integrados horizontalmente. La CIPD recomendó dirigir los mismos esfuerzos a la erradicación de la pobreza, el desarrollo económico sostenible, la educación (especialmente de las niñas), la equidad e igualdad entre sexos, la seguridad alimentaria, el desarrollo de los recursos humanos y las garantías de los derechos humanos fundamentales².

El programa de El Cairo se ha reafirmado en numerosos foros internacionales, tales como la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Pekín en 1995³, la verificación por parte de la Organización de Naciones Unidas (ONU) de los progresos en el cumplimiento de los acuerdos de El Cairo y Pekín⁴, la declaración en apoyo de la CIPD hecha por dirigentes mundiales en 2004⁵ y la adopción en 2004 de una estrategia mundial para la salud reproductiva por parte de la Asamblea Mundial de la Salud⁶. Además, tres de los ocho objetivos de desarrollo del milenio (ODM) elegidos por la ONU en 2001 —mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil y combatir el VIH y el sida— son elementos de la salud sexual y reproductiva, mientras que otros —promover la igualdad entre sexos y la autonomía de la mujer, lograr la enseñanza primaria universal y erradicar la pobreza extrema— están muy relacionados con este campo⁷.

En el informe de 2005 del Proyecto del Milenio de la ONU se cita la «ampliación del acceso a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva, tales como la planificación familiar», como una «solución rápida» en la estrategia de reducción de la pobreza como objetivo de desarrollo del milenio⁸.

Además, la Cumbre Mundial de la Asamblea General de las Naciones Unidas renovó en 2005 su compromiso con el objetivo de la CIPD de conseguir el acceso a la salud reproductiva en el año 2015^{9, 10}.

El sueño: salud sexual y reproductiva para todos

La *salud reproductiva* es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el aparato

reproductor y con sus funciones y procesos. Según esto, la salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres a estar informados y a tener acceso a los métodos de planificación familiar de su elección que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y a otros métodos de su elección para la regulación de la fecundidad que no sean ilegales, así como el derecho a acceder a los servicios sanitarios adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo de forma segura y que proporcionen a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con la definición anterior de salud reproductiva, la *asistencia sanitaria reproductiva* se define como un conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud de la función reproductora y al bienestar mediante la prevención y solución de los problemas de la salud reproductiva. También incluye la *salud sexual*, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no solo el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual [las cursivas son nuestras].

Programa de Acción de la CIPD, 1994, párrafo 7.2.

La definición de salud reproductiva aprobada en la CIPD, que tiene sus raíces en los principios de los derechos humanos y la igualdad entre sexos, sigue siendo un aspecto muy importante del programa mundial de investigación sobre la salud sexual y reproductiva. También son importantes las descripciones que hace la CIPD de los *servicios esenciales de salud sexual y reproductiva* que deben ofrecerse en los centros de atención primaria y de planificación familiar, y mediante remisión. El conjunto básico constituye un espectro continuo de medidas que comprenden:

- el asesoramiento, la información y la educación sobre métodos anticonceptivos aceptables, asequibles y accesibles, la comunicación, los suministros y los servicios clínicos y sociales;
- la prevención y el tratamiento de la infertilidad masculina y femenina;
- la prevención del aborto mediante una anticoncepción eficaz, el aborto sin riesgos dentro de los límites de la ley y el tratamiento de las consecuencias de los abortos peligrosos;
- la educación y los servicios especializados para la asistencia prenatal, el parto seguro, la atención obstétrica esencial, la atención puerperal y neonatal y la promoción de la lactancia materna;
- la prevención y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor (IAR) y de transmisión sexual (ITS), como la infección por el VIH y el sida;
- la prevención y el tratamiento de las enfermedades no infecciosas del aparato reproductor, como las fístulas obstétricas, el prolapso uterino y los cánceres del aparato reproductor;
- la información, los servicios y la educación sobre la sexualidad y la salud sexual para adolescentes, combinados con la promoción de la igualdad entre sexos, el respeto mutuo y la paternidad responsable;
- la eliminación de prácticas perjudiciales como la mutilación genital femenina, el matrimonio prematuro, la violencia sexual y la violencia machista.

Es evidente que el sector sanitario no puede por sí solo conseguir mejoras importantes en la salud sexual y reproductiva.

La salud sexual y reproductiva repercute en las experiencias y relaciones personales de cada uno y se ve influida por éstas y por el contexto más amplio de la vida, que abarca las circunstancias económicas, el nivel cultural, las oportunidades laborales, las condiciones de vida, la estructura familiar y el entorno político, social, religioso y jurídico.

Los acuerdos de El Cairo y de Pekín, los objetivos de desarrollo del milenio y la estrategia mundial de la OMS para la salud reproductiva reconocen estas interconexiones y proponen un enfoque de varios niveles y sectores para mejorar todos los aspectos de la vida de las personas, entre los que se encuentran la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos conexos.

Desde la CIPD se ha conseguido mucho en materia de diálogo político internacional y en el marco político y programático de cada país. Se han aclarado conceptos, elegido indicadores, recopilado

datos, diseñado y evaluado programas, realizado análisis poblacionales y establecido prioridades, ampliado y mejorado técnicas, identificado y adoptado prácticas óptimas y activado organismos internacionales y estatales y organizaciones no gubernamentales (ONG)¹¹. En determinados países se han recopilado datos acerca del índice coste/beneficio de la inversión en aspectos fundamentales de la educación y los servicios para la salud sexual y reproductiva¹². No obstante, queda mucho por hacer en todos esos ámbitos si se quiere hacer realidad el sueño de la CIPD y cumplir los objetivos establecidos en la revisión a los cinco años de la CIPD y los objetivos de desarrollo del milenio.

La realidad: problemas persistentes, desigualdades persistentes

En la Estrategia Mundial de la OMS para la Salud Reproductiva se identifican los cinco aspectos fundamentales de los servicios de salud reproductiva y sexual, todos los cuales necesitan mejorar con rapidez:

- mejorar la atención prenatal, perinatal, puerperal y posnatal;
- proporcionar servicios de planificación familiar de gran calidad, incluidos los servicios de infertilidad;
- eliminar los abortos peligrosos;
- combatir las infecciones de transmisión sexual como el sida, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de cuello uterino y otras enfermedades ginecológicas;
- promover la salud sexual¹³.

Las estadísticas mundiales son elocuentes. Por ejemplo, de los 210 millones de mujeres que se quedan embarazadas cada año, unos ocho millones sufren complicaciones potencialmente mortales que originan secuelas duraderas¹⁴.

Se calcula que en el año 2000 fallecieron durante el embarazo y el parto 529.000 mujeres, en su mayoría por causas evitables y casi todas ellas en países en vías de desarrollo. Las cifras mundiales disimulan el enorme contraste existente en cuanto a los perfiles de riesgo de las poblaciones y subgrupos entre distintos países con ingresos bajos e intermedios, o dentro de un mismo país.

El riesgo a lo largo de la vida de que una mujer fallezca por causas relacionadas con el embarazo oscila entre una de cada seis o siete en países como Afganistán, Malawi y Nigeria y una de cada 1.300 o menos en Cuba, Isla de Mauricio y Uruguay¹⁵. La proporción de adultos de 15 a 49 años que padecen infección por el VIH o sida varía entre menos del 1% y el 35% o más incluso en el África subsahariana, donde la epidemia se está feminizando rápidamente entre los adultos jóvenes¹⁶. También son enormes los contrastes en estos y otros indicadores de la salud sexual y reproductiva, tales como los conocimientos y el acceso a la asistencia, entre quintiles de riqueza dentro de un mismo país¹⁷.

Las desigualdades en cuanto al tipo, la intensidad y la distribución intrapoblacionales de la mala salud sexual y reproductiva (por ejemplo, en función del sexo, el grado de pobreza, las etapas de adolescencia y edad adulta) se atribuyen a cuatro causas principales, cada una de las cuales abarca un programa de investigación y es susceptible de intervenciones positivas:

- los factores de riesgo psicológicos, conductuales y ambientales y la escasez de información y recursos que predisponen a algunas personas o grupos a una peor salud en general (por ejemplo, desnutrición, enfermedades infecciosas) y a una mayor cantidad de problemas de la salud sexual y reproductiva en particular;
- los factores sociales, económicos, culturales y personales tales como la juventud, los estigmas en materia sexual, las restricciones a la movilidad física de mujeres y niñas, la pertenencia a grupos minoritarios, las poblaciones discapacitadas, la imposibilidad de costearse la asistencia o las experiencias previas y los temores a un mal tratamiento, que afectan a la *utilización* de los servicios sanitarios oficiales en general y de los servicios de salud sexual y reproductiva en particular;
- los recursos para el desarrollo y las prioridades políticas que afectan a la calidad, la cantidad y la distribución geográfica de la asistencia sanitaria preventiva y curativa en general, y de la *información* y los *servicios* (públicos y privados) para la salud sexual y reproductiva en la atención primaria y en los sistemas de remisión en particular;
- los medios biomédicos y técnicos, como los anticonceptivos, las vacunas que necesitan (o no)

la cadena del frío, los medicamentos multidosis y las pruebas salivales del VIH sin necesidad de análisis de sangre, que influyen en la capacidad que tienen los programas de salud sexual y reproductiva de prestar servicios eficaces a determinados subgrupos de la población.

El éxito de las intervenciones que se llevan a cabo en cada una de estas áreas depende de la coordinación internacional y nacional de las actividades dirigidas a potenciar las capacidades del sistema sanitario y a mejorar la información para establecer prioridades, movilizar la voluntad política, crear un marco legislativo y normativo de apoyo y reforzar el seguimiento, la evaluación y la transparencia¹⁸. Las instituciones públicas y privadas, las ONG y la comunidad internacional de donantes contribuyen de una manera decisiva a estos esfuerzos. Para progresar es necesario asimismo que en los programas nacionales e internacionales de desarrollo —especialmente en los objetivos de desarrollo del milenio— se siga considerando la salud sexual y reproductiva como un concepto integral y un conjunto coordinado de información y servicios sanitarios esenciales¹⁹.

Las soluciones verticales a cada componente del conjunto por separado, como la infección por el VIH y el sida, amenazan con fragmentar el programa de asistencia sanitaria sexual y reproductiva; con desatender sus fundamentos biológicos y conductuales y las necesidades de asistencia sanitaria, y con alejar recursos que son muy importantes para los servicios básicos de asistencia sanitaria sexual y reproductiva en lugar de potenciar la capacidad de cada país para proporcionarlos²⁰.

La investigación desempeña un papel fundamental en la identificación y resolución de las desigualdades sociales y económicas y de las deficiencias del sistema sanitario que impiden lograr el máximo nivel alcanzable de salud sexual y reproductiva para todos. Se necesitan estudios pragmáticos que permitan mejorar de manera importante la salud sexual y reproductiva de las poblaciones identificadas entre países y dentro de cada país como portadoras de cifras desproporcionadamente grandes —y evitables en su mayoría— de muertes, discapacidades, enfermedades y desesperación por causas sexuales o reproductivas²¹. En la revisión de las lagunas y los aspectos de la investigación que se hace en el presente trabajo se identifican muchos de estos estudios. En el capítulo 2 se ofrece un marco para el seguimiento de los problemas y necesidades de la salud sexual y reproductiva de las personas y grupos en diversos contextos y entornos a lo largo de su vida. En los capítulos 3 a 6 se presentan los datos y las lagunas de investigación pertenecientes a cada uno de los cinco aspectos fundamentales de la salud sexual y reproductiva: sexualidad saludable; prevención y control de las ITS y la infección por el VIH; elección de métodos anticonceptivos y calidad de la asistencia; aborto seguro, y asistencia para conseguir un embarazo, parto y puerperio sin riesgos para la madre y el recién nacido. En estos capítulos se hace hincapié en las percepciones y las conductas de búsqueda de asistencia de los posibles usuarios y en las necesidades interconexas del sistema sanitario específicas de cada área sustantiva. En el último capítulo se trazan diversos aspectos generales de la investigación relacionados con el diseño de las políticas y programas para reducir las desigualdades interpoblacionales e intrapoblacionales en materia de salud sexual y reproductiva y garantizar el acceso universal a una asistencia de calidad. Algunos de estos aspectos hacen referencia a la salud sexual y reproductiva en particular, mientras que otros —como la equidad económica y sanitaria— se refieren a la prestación de la asistencia sanitaria en general y se comentan de manera amplia en otras publicaciones.

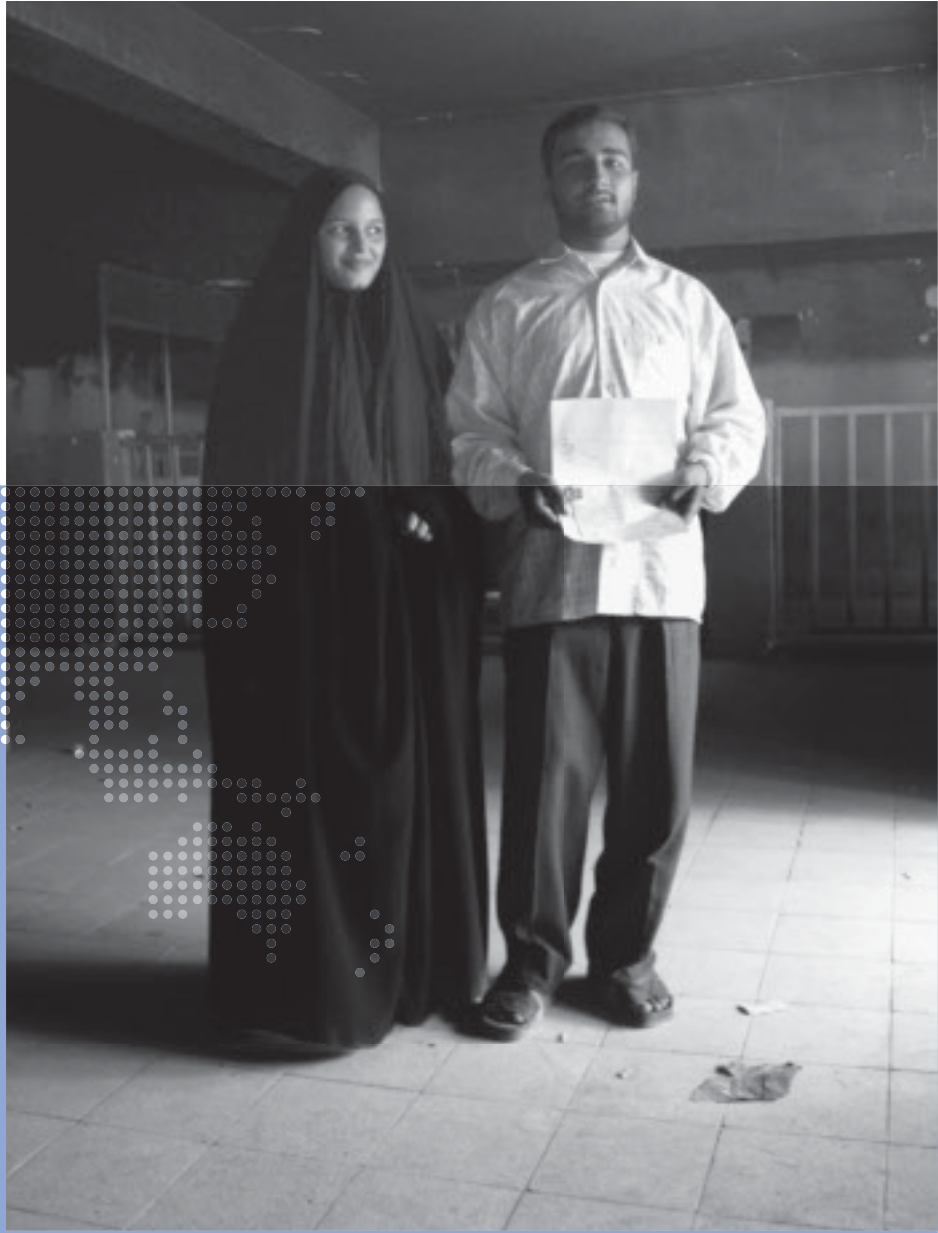
En el presente documento se intenta mostrar algunas de las lagunas y problemas de la salud sexual y reproductiva que han puesto de manifiesto diversos protagonistas en este escenario. Las decisiones acerca de cuáles de estas lagunas deberían convertirse en una prioridad para las investigaciones, y si deberían subvencionarse, quedarán sujetas a futuras consultas con grupos de las partes implicadas.

Bibliografía del capítulo 1

- 1 *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994* (Nueva York: Naciones Unidas); Adrienne Germain y Rachel Kyte, *The Cairo consensus: the right agenda for the right time* (Nueva York: Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres, 1995).
 - 2 Asamblea General de la ONU, 21a sesión especial, 1 de julio de 1999, *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, A/S-21/5/Add.1.*
 - 3 *Declaración y Plataforma de Acción de Pekín, Cuarta Conferencia mundial sobre la Mujer, Pekín, China, 4 a 15 de septiembre de 1995* (Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Información Pública, 1996).
 - 4 Asamblea General de la ONU, 21a sesión especial, 1 de julio de 1999, *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo A/S-21/5/Add.1*; Asamblea General de la ONU, 23a sesión especial, «Nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y Plataforma de Acción de Pekín» (A/RES/S-23/3, 10 de junio de 2000); *The world reaffirms Cairo: official outcomes of the ICPD at ten review* (Nueva York: UNFPA, 2005).
 - 5 *World leaders statement in support of ICPD, 2004.* <http://www.icpdleadersstatement.net>.
 - 6 *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*, adoptada por la 57a Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 2004, WHO/RHR/04.8 (Ginebra: OMS, 2004), <http://www.who.int/reproductive-health/publications/strategy.pdf>.
 - 7 Naciones Unidas. *Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration.* Nueva York: Naciones Unidas, 2001. (A/56/326).
 - 8 *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals: overview* (New York: Millennium Project, 2005).
 - 9 Asamblea General de las Naciones Unidas, 2005, *Resolución aprobada por la Asamblea General: 2005 Documento final de la Cumbre Mundial (A/res/60/1, párrafo 57g)*, http://www.unfpa.org/icpd/docs/2005summit_eng.pdf.
 - 10 *Public choices, private decisions: sexual and reproductive health and the Millennium Development Goals* (Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo).
 - 11 Marge Berer, ed., 2005, *Implementing ICPD: what's happening in countries*, thematic issue of *Reproductive Health Matters* 13(25); Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004, *Investing in people: national progress in implementing the ICPD Programme of Action 1994-2004* (Nueva York: UNFPA); Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2004, *World population monitoring 2002, reproductive rights and reproductive health: selected aspects* (Nueva York: Naciones Unidas); Nicole Haberland y Diana Measham, dirs., 2002, *Responding to Cairo: case studies of changing practice in reproductive health and family planning* (Nueva York: Population Council).
 - 12 Susheela Singh y cols., 2003, *Adding it up: the benefits of investing in sexual and reproductive health care* (Nueva York y Washington: The Alan Guttmacher Institute y UNFPA).
 - 13 *Reproductive health strategy, 2004* (v. ref. 6): párrafos 35-41.
-

Bibliografía del capítulo 1

- 14 Carla AbouZahr y Tessa Wardlaw, 2003, *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (Ginebra: OMS), <http://www.who.int/reproductive-health>.
 - 15 *Ibíd.*: Anexo Tabla G.
 - 16 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2004 (v. ref. 11): Tabla A12.
 - 17 Margaret E. Greene y Thomas Merrick, 2005, *Poverty reduction: does reproductive health matter?* HNP Discussion Paper (Washington, DC: Banco Mundial):24; Davidson Gwatkin y cols., 2004, *Socio-economic differences in health, nutrition and population - 45 countries* (Washington, DC: Banco Mundial), PovertyNet Library, <http://poverty2/forumone.com/library/view/15080>, [consultado el 5 de marzo de 2006].
 - 18 *Reproductive health strategy*, 2004 (v. ref. 6): párrafos 42-61.
 - 19 Adrienne Germain y Jennifer Kidwell, 2005, «The unfinished agenda for reproductive health: priorities for the next 10 years», *International Family Planning Perspectives* 31(2):90-93; «Reproductive health and the UN Millennium Development Goals: commentary», *Studies in Family Planning* 36(2):127-143.
 - 20 Steven W. Sinding, 2005, «Keeping sexual and reproductive health at the forefront of global efforts to reduce poverty», *Studies in Family Planning* 36(2): 140-143.
 - 21 Christopher J. L. Murray y Alan D. López, dirs., 1998, *Health dimensions of sex and reproduction* (Boston: Harvard School of Public Health para la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial); Amy O. Tsui, Judith Wasserheit y John G. Haaga, dirs., 1997, *Reproductive health in developing countries: expanding dimensions, building solutions* (Washington, DC: National Academy Press).
-



CAPÍTULO 2

Las situaciones individuales, las relaciones interpersonales y los acontecimientos de la vida: un marco conceptual

ASPECTOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN PAÍSES CON INGRESOS BAJOS E INTERMEDIOS

CAPÍTULO 2

Las situaciones individuales, las relaciones interpersonales y los acontecimientos de la vida: un marco conceptual

Las mujeres [en Nigeria] han interiorizado la ética de la nobleza de sufrimientos como el dolor y las molestias derivadas de sus funciones reproductora y sexual, y la han aceptado como la propia esencia de la feminidad... El estigma social y, por tanto, la cultura del silencio van unidos a los problemas sexuales y reproductivos, cuyo origen siempre se atribuye a las mujeres.

Mere N. Kisekka¹

Más que la mayoría de las enfermedades o discapacidades, los problemas de la salud sexual y reproductiva que experimentan las mujeres y los varones —jóvenes y mayores— suelen quedar cubiertos por un manto de pudor, confidencialidad y vergüenza². Trastornos tales como el flujo vaginal o uretral, las irregularidades menstruales, la disfunción eréctil, las infecciones por abortos clandestinos y la esterilidad afectan a partes privadas del cuerpo y a las relaciones interpersonales íntimas. Los tabúes culturales, la creencia de que hay que aguantar estos trastornos, los sentimientos de ansiedad o depresión y la falta de información y de recursos para resolverlos contribuyen a la invisibilidad relativa de muchos de los problemas de la salud sexual y reproductiva no sólo para los políticos y los profesionales sanitarios, sino también para los familiares, las parejas sexuales e incluso la propia persona. En consecuencia:

- las personas suelen ser reacias a hablar de sus problemas o a solicitar ayuda;
- muchos problemas no se tratan, y la gente acude a los remedios caseros, a los curanderos tradicionales o se automedica en lugar de acudir a los profesionales sanitarios;
- es posible que los propios profesionales sanitarios carezcan de formación suficiente sobre la materia y no se sientan cómodos al hablar de las necesidades especiales y las preocupaciones de los usuarios³;
- las políticas, los programas y los centros de asistencia sanitaria y planificación familiar no suelen ofrecer un conjunto coordinado de servicios que satisfagan las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres, los hombres y las parejas en los diferentes momentos de su vida, y posiblemente ni siquiera reconocen la necesidad de hacerlo;
- la mala salud sexual y reproductiva —que engloba las dimensiones física, social y emocional, así como las diferencias subyacentes entre sexos— no se refleja adecuadamente en los cálculos de la carga mundial de enfermedad medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que suele utilizarse como base para la asignación de los recursos⁴.

Aunque se han recopilado abundantes datos sobre la distribución de determinados problemas intrapoblacionales e interpoblacionales de la salud sexual y reproductiva⁵, se necesitan más estudios que conviertan lo invisible en visible al rellenar las lagunas de nuestros conocimientos acerca de estos problemas que experimentan física y emocionalmente los hombres, las mujeres y los

adolescentes de ambos sexos a lo largo de su vida. El éxito de las iniciativas depende del desarrollo de unos instrumentos analíticos y de investigación y de unos métodos clínicos, epidemiológicos y de ciencias sociales que sean adecuados y adaptables desde el punto de vista cultural y que permitan obtener información válida sobre temas delicados y datos específicos de edad y específicos de sexo en unas poblaciones que están infraestudiadas⁶. El objetivo es ampliar la base de información sobre las causas y consecuencias de los problemas sexuales y reproductivos y sus interconexiones; cómo varían dichos problemas entre personas y grupos que viven en entornos socioeconómicos y culturales diferentes; y la manera en que los sistemas sanitarios y los profesionales de los distintos niveles pueden responder con mayor eficacia a las necesidades.

Centrar el interés en la salud y los derechos de las mujeres y los varones

En los acuerdos internacionales se afirma que todas las personas tienen derecho al máximo nivel de salud posible, lo cual incluye la salud sexual y reproductiva⁷. Las personas también tienen el derecho a decidir de forma libre y responsable sobre los asuntos relativos a su sexualidad y reproducción, incluida la salud sexual y reproductiva, sin sufrir discriminación, coacción o violencia⁸. Estos derechos se derivan de los derechos humanos admitidos en los ámbitos internacionales, regionales y nacionales, como son el derecho a la autodeterminación, a la libertad y seguridad de la persona, a la ausencia de discriminación y a la igualdad ante la ley, y a no sufrir un trato cruel, inhumano o degradante⁹.

Un enfoque basado en los derechos humanos, que sitúa a la persona en el centro de un «mapa conceptual» de la salud reproductiva¹⁰, valora hasta dónde llega la capacidad de la persona de ejercer su *derecho a la salud sexual y reproductiva* y de tomar decisiones con libertad, información y responsabilidad. Esto comprende la capacidad de:

- obtener, comprender y aplicar la información relativa a las funciones sexual y reproductiva, los distintos tipos de expresión e identidad sexuales, los cambios que se producen a lo largo de la vida y los derechos y responsabilidades propios, entre otras cosas;
- identificar las posibles transgresiones de los derechos humanos propios relacionados con la sexualidad y la salud sexual, y protegerse a uno mismo y a los demás de actos, prácticas y relaciones sexuales indeseados o perjudiciales;
- elegir la pareja o parejas sexuales con libertad y responsabilidad, y disfrutar de la sexualidad propia sin sentir culpa, vergüenza o temor;
- protegerse a uno mismo y a la pareja o parejas frente a las infecciones del aparato reproductivo y de transmisión sexual, y en especial frente al VIH;
- buscar el tratamiento adecuado para las infecciones del aparato reproductivo y de transmisión sexual y para otros problemas del aparato reproductivo causados por infecciones, cánceres, partos, abortos o prácticas perjudiciales;
- evitar la concepción, si así se desea, con métodos anticonceptivos seguros y aceptables;
- interrumpir sin riesgos un embarazo imprevisto o problemático, si la ley lo permite;
- concebir, o hacer que se produzca la concepción, cuando se desea el embarazo, y solicitar tratamiento para la infertilidad para uno mismo o para la pareja;
- llevar a término el embarazo deseado y dar a luz en condiciones seguras;
- garantizar el bienestar del recién nacido mediante la lactancia materna, si es posible, y los cuidados esenciales;
- solicitar y obtener información exacta, asesoramiento y servicios de gran calidad para una gama de necesidades de la salud sexual y reproductiva;
- ser tratado con dignidad;
- intimidad y confidencialidad.

El análisis individual permite documentar el desarrollo cronológico y las circunstancias que rodean a los procesos y las necesidades sexuales y reproductivas importantes que experimentan el hombre y la mujer a lo largo de su vida, desde el nacimiento. Este enfoque «nos permite visualizar a una persona avanzando a través del tiempo, desarrollándose física y psicológicamente, participando en conductas [y relaciones] que repercuten en la salud reproductiva y aprendiendo de la experiencia»¹¹.

Los acontecimientos y las condiciones que probablemente tengan un efecto retroalimentador sobre la salud y la capacidad de tomar decisiones son:

- el trato desigual a los niños y las niñas y la adquisición de sus roles sexuales;

- el desarrollo del cuerpo sexual en los adolescentes y la aparición de la menarquia o semenarquia;
- las diferencias entre sexos en cuanto a la iniciación en la actividad sexual, ya sea voluntaria o bajo coerción;
- la formación (y disolución) de parejas y las primeras y siguientes relaciones sexuales vaginales o de otro tipo;
- la alternancia de períodos de uso o no de anticonceptivos masculinos y femeninos; tener o causar un primer embarazo o embarazos posteriores (si los hubiera);
- la experiencia de un aborto o un parto seguros o peligrosos;
- el padecimiento o la prevención de las ITS;
- los procesos del envejecimiento, como la menopausia en el caso de la mujer¹².

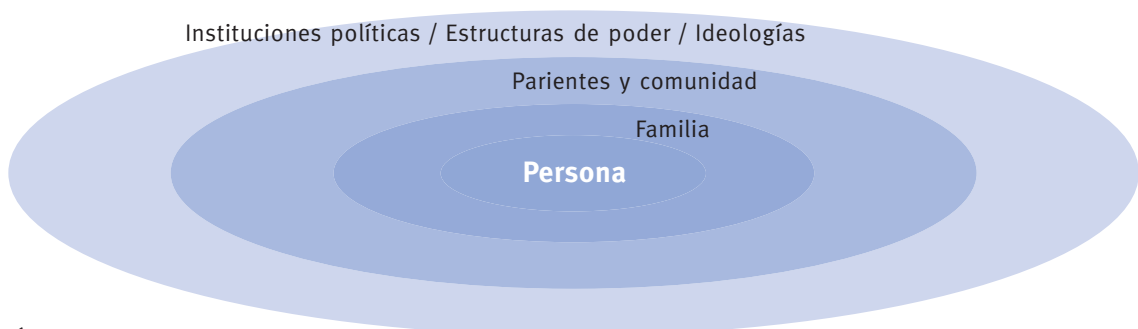
El análisis de estos acontecimientos o condiciones «desencadenantes» permite identificar los puntos estratégicos para las intervenciones informativas, docentes, conductuales y de servicios lo *antes posible en la secuencia causal e interactiva*, con el fin de interrumpir las sinergias negativas y de reforzar las positivas.

Los contextos interpersonales y los ambientes socioeconómicos, culturales y políticos

Las decisiones, los acontecimientos y las condiciones sexuales y reproductivas tienen lugar en un contexto interpersonal inmediato situado en un ambiente socioeconómico, cultural y político que lo determina. Los escenarios están constituidos por numerosos estratos, dimensiones y vías por las que los factores situacionales hacen sentir su influencia. Los contextos y ambientes pueden ser relativamente estables o presentar una gran incertidumbre y variabilidad. El reto no consiste únicamente en identificar y comprender dichos factores situacionales, sino también en aplicar estos conocimientos para mejorar la capacidad de las personas y las parejas de hacer elecciones saludables en materia sexual y reproductiva.

La información sobre atributos como la edad, el sexo, los estudios, el estado civil, la raza, la religión y el lugar de residencia que se suelen recoger en las encuestas demográficas y de salud (EDS) y en otras encuestas poblacionales ofrecen, como mucho, una perspectiva parcial de la situación de una persona en un sistema social determinado. Al colocar a la persona en el centro de los círculos concéntricos de influencia, podemos examinar en primer lugar la naturaleza de sus relaciones íntimas y familiares, incluidas las jerarquías generacionales y sexuales, y su influencia en la capacidad de la persona para tomar decisiones en materia sexual y reproductiva desde la infancia hasta la vejez, pasando por la adolescencia y la edad adulta. Estas estrechas relaciones interpersonales se organizan dentro de un círculo intermedio de estructuras de parentesco e instituciones sociales que, a su vez, se alojan en un círculo exterior potencialmente influyente formado por las instituciones políticas, las estructuras de poder y las ideologías¹³.

Dentro de estas esferas de influencia parcialmente superpuestas, las personas y los grupos sociales ocupan una posición de ventaja o desventaja relativa con respecto al acceso a la información y a otros recursos, incluida la capacidad de tomar decisiones. Esta posición va cambiando a lo largo de la vida y tiene consecuencias importantes en la salud sexual y reproductiva y los derechos propios y ajenos¹⁴.



CÍRCULOS DE INFLUENCIA

Los estudios indican que las ventajas o desventajas relativas en un escenario coexisten a menudo con lo opuesto en otro. Por ejemplo, un hombre joven puede estar sometido a la autoridad de su padre y ejercer poder sobre sus hermanas o sobre su joven esposa. Es posible que una mujer

casada se sienta con derecho a utilizar un método anticonceptivo sin el conocimiento de su esposo, pero no pueda negarse a tener relaciones sexuales con él ni insistir en que use el preservativo aun cuando ella sospeche que tiene el sida.

Conductas de búsqueda de la salud

El Programa de Acción de la CIDP define la asistencia sanitaria reproductiva como «el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivo [y sexual] mediante la prevención y solución de los problemas de la salud reproductiva»¹⁵. Se necesitan estudios que establezcan de qué constan dichos «conjuntos» en determinadas situaciones e identifiquen el lugar donde se encuentran las personas y los grupos sociales en cuanto al acceso a la información y el asesoramiento, los productos básicos (por ejemplo, antibióticos, preservativos y anticonceptivos) y los servicios esenciales (por ejemplo, asistencia prenatal y durante el parto).

¿Cuál es el primer o el último recurso al que acuden las mujeres, los hombres y los adolescentes cuando necesitan un determinado tipo de información o ayuda, y por qué? ¿Cómo puede la investigación de las conductas de búsqueda de la salud ayudarnos a conocer mejor qué es lo que está mal y cómo corregirlo?

Una persona elegirá entre los diversos elementos del «conjunto de métodos, técnicas y servicios» dependiendo de la naturaleza y la urgencia del problema y de su capacidad para actuar, por un lado, y de cómo perciba la familiaridad, la aceptabilidad, la comodidad, el coste, la confidencialidad y la eficacia (entre otros muchos factores) del proveedor, del producto o del servicio, por el otro. Así pues, un «conjunto» abarca:

- *redes personales informales* integradas por amigos íntimos, vecinos, hermanos, padres, parejas, compañeros de clase o compañeros de trabajo a quienes pedir información, consejo, remedios, servicios y referencias;
- *proveedores del sector extraoficial* que carecen de formación oficial pero ofrecen un surtido de consejos, productos y servicios; entre ellos se encuentran los herboristas que ofrecen plantas medicinales para todo tipo de trastornos sexuales y reproductivos (y de otro tipo), así como los proveedores de medicamentos sin receta, los espiritistas, los curanderos tradicionales, los aborteros sin formación y los tenderos que venden preservativos junto con cigarrillos y cerveza;
- *proveedores, centros y sistemas de remisión del sector oficial* (público, privado y ONG), como los hospitales, los consultorios de salud materno-infantil y de planificación familiar, los centros de atención primaria, las farmacias, los distribuidores comunitarios de anticonceptivos y los consultorios médicos privados. En ellos suelen trabajar administradores y profesionales sanitarios cualificados, como enfermeros, médicos, asesores, personal paramédico cualificado y personal de extensión comunitaria, de quienes se espera que ofrezcan información y asistencia básica y urgente en materia de salud sexual y reproductiva.

Probablemente, los sentimientos personales de vergüenza o deshonra y el deseo de ocultación fomenten más la pasividad que la acción; puede que también favorezcan las soluciones privadas sobre otras más públicas y las soluciones extraoficiales sobre las oficiales¹⁶. Así pues, el objetivo de las investigaciones consiste en descubrir no sólo la variedad de *problemas* sexuales y reproductivos que experimentan los hombres, las mujeres y los jóvenes de diferentes grupos sociales, como ya hemos comentado con anterioridad, sino también la variedad de *creencias, actitudes y prácticas* —ya sean perjudiciales o beneficiosas— que están alojadas en los sistemas personales y en los mecanismos extraoficiales y oficiales y que constituyen el conjunto local de la asistencia sanitaria sexual y reproductiva.

Las respuestas del sector oficial

En los dos últimos decenios, el cambio de un enfoque programático de la planificación familiar a un enfoque centrado en el usuario se ha visto acompañado de un notable aumento del interés (especialmente entre los donantes) por los estudios diseñados para medir y mejorar la calidad de *todos* los aspectos de la provisión de servicios para la salud sexual y reproductiva, así como la utilización, la continuación y la integración de la asistencia¹⁷. Se ha prestado una atención especial a la experimentación con métodos que combinen los aspectos centrales de la asistencia con el fin de

maximizar sus interconexiones y facilitar que los usuarios obtengan la atención que necesitan¹⁸. Son ejemplos de ello la incorporación sistemática del asesoramiento y los análisis para las infecciones de transmisión sexual y por el VIH dentro de la asistencia anticonceptiva y prenatal; el asesoramiento y tratamiento para la esterilidad dentro de la planificación familiar; y el consejo y los servicios de anticoncepción dentro de la asistencia posterior a un aborto o a un parto. La declaración de la CIDP de que «la promoción del ejercicio responsable de los derechos [en materia reproductiva] para todas las personas debe ser el fundamento de las políticas y programas estatales y sociales en el campo de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar» (las cursivas son nuestras), refuerza el objetivo de la asistencia de calidad como *derecho humano*¹⁹.

Según la interpretación del «derecho a la salud» ofrecida por el Comité de la ONU para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁰, los estados deben garantizar que los programas de salud pública, que abarcan la información, las instalaciones, el personal, los bienes y los servicios:

- estén *disponibles* en cantidad suficiente con respecto al tipo y el nivel de servicio;
- sean *accesibles* para todos sin discriminación alguna, lo cual abarca la accesibilidad física (a una distancia o alcance razonables) y la accesibilidad económica (asequibilidad);
- sean *aceptables* (respetuosos con las diferencias culturales, sensibles a las necesidades de cada sexo, edad y generación, confidenciales, éticos); y
- sean *adecuados* en lo tocante a calidad científica y médica, lo cual abarca la formación y supervisión del personal, la disponibilidad de los suministros esenciales, las pautas higiénicas, etc.

Cada una de estas características plantea importantes cuestiones de investigación que requieren estudios específicos de cada situación local sobre la distribución y la accesibilidad de la atención primaria de salud y de la información y los servicios de planificación familiar en general; sobre los servicios esenciales y las remisiones para la asistencia sexual y reproductiva en particular; y sobre cómo se pueden mejorar las políticas, los programas, el personal y las prácticas. Por ejemplo, en su revisión de la CIPD a los cinco años, la ONU insistió en que «los estados deben esforzarse para garantizar que en el año 2015 *todos los centros de atención primaria y de planificación familiar* puedan ofrecer, directamente o mediante remisión, la más amplia gama posible de métodos seguros y eficaces de planificación familiar y anticoncepción; la asistencia obstétrica esencial; la prevención y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, incluidas las infecciones de transmisión sexual; y los métodos de barrera (como los preservativos masculino y femenino y los microbicidas, si estuvieran disponibles) para evitar las infecciones» (las cursivas son nuestras)²¹. Este ambicioso objetivo incluye la tarea, igualmente ambiciosa, de conservar, reclutar, formar, destinar y proporcionar apoyo técnico y moral permanente al personal sanitario femenino y masculino dedicado a la salud sexual y reproductiva. De tal modo que estas personas, con diferentes grados de formación y preparación adecuados a los diferentes entornos, sean capaces de ofrecer la información, el asesoramiento y las medidas preventivas, diagnósticas y curativas convenientes. Hacen falta estudios que dirijan el diseño, la supervisión y la evaluación de los planes coordinados de ámbito mundial, regional, nacional, comarcal y local para conseguir estos objetivos.

Bibliografía del capítulo 2

- 1 Mere N. Kisekka, «Reproductive health research and advocacy: challenges to women's associations in Nigeria», citado en: Ruth Dixon-Mueller y Judith Wasserheit, 1991, *The culture of silence: reproductive tract infections among women in the third world* (Nueva York: Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres).
 - 2 Carla Maklouf Obermeyer, dir., 2001, *Cultural perspectives on reproductive health* (Oxford: Oxford University Press); Hind A. S. Khattab, 1992, *The silent endurance: social conditions of women's reproductive health in rural Egypt* (Ammán: Population Council/Oficina Regional de UNICEF para Oriente Medio y el Norte de África).
 - 3 Karl L. Dehre y Gabriele Riedner, 2005, *Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate services* (Ginebra: OMS):22-23.
 - 4 Carla AbouZahr, 1999, «Disability-adjusted life years (DALYs) and reproductive health: a critical analysis», *Reproductive Health Matters* 7 (14): 118-129; Christopher J. L. Murray y Alan D. López (dirs.), 1998, *Health dimensions of sex and reproduction* (Boston: Harvard School of Public Health para la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial).
 - 5 P. ej., Organización Mundial de la Salud, 2004, *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4a ed. (Ginebra: OMS); Organización Mundial de la Salud, 2001, *Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates* (Ginebra: OMS).
-

Bibliografía del capítulo 2

- 6 J. Cleland y cols., dirs., 2004, *Measurement of sexual behaviour*, número especial de la revista *Sexually Transmitted Infections* 80 (supl. 1); John Cleland, Roger Ingham y Nicole Stone, 2000, *Asking young people about sexual and reproductive behaviours: illustrative core instruments* (Ginebra: OMS), <http://who.int/reproductive-health/adolescent/core-instruments.en.html>; Oona Campbell y cols., 1999, *Social science methods for research on reproductive health* (Ginebra: OMS); Dale Huntington, Barbara Mensch y Vincent C. Miller, 1996, «Survey questions for the measurement of induced abortion», *Studies in Family Planning* 27(3):155-161.
 - 7 Naciones Unidas, artículo 12 del Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No 14, 2000, «The right to the highest attainable standard of health»; Programa de Acción de la CIPD, 1994, párrafos 7.2, 7.3; Rebecca J. Cook y Bernard M. Dickens, 2000, *Considerations for formulating reproductive health laws*, 2a ed. (Ginebra: OMS).
 - 8 *Ibid.*; Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Pekín, 1995, Plataforma de Acción, párrafo 96; Rebecca J. Cook y Mahmoud F. Fathalla, 1996, «Advancing reproductive rights beyond Cairo and Beijing», *International Family Planning Perspectives* 22(3):115-121.
 - 9 Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla, 2003, *Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics and the law* (Oxford: Oxford University Press).
 - 10 Jane Cottingham y Cynthia Myntti, 2002, «Reproductive health: conceptual mapping and evidence», en Gita Sen, Asha George, y Pirooska Ostlin (dirs.), *Engendering international health: the challenge of equity* (Cambridge, MA: MIT Press)
 - 11 *Ibid.*:88.
 - 12 *Ibid.*:87.
 - 13 Adaptado a partir de Cottingham y Myntti (v. ref. 10); v. también Susan Greenhalgh y E. A. Winckler, 2005, *Governing China's population: from Leninist to neoliberal biopolitics* (Stanford, CA: Stanford University Press); Marge Berer, dir., 1996, *Fundamentalism, women's empowerment and reproductive rights*, número monográfico de la revista *Reproductive Health Matters* (8); Bina Agarwal, dir., 1988, *Structures of patriarchy: state, community and household in modernising Asia* (Londres: Zed Books).
 - 14 Shireen J. Jejeebhoy, 2000, «Women's autonomy in rural India: its dimensions, determinants, and the influence of context», en Harriet B. Presser y Gita Sen, dirs., 2000, *Female empowerment and demographic processes: moving beyond Cairo* (Oxford: Oxford University Press para la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población); Ayesha Khan, 1999, «Mobility of women and access to health and family planning services in Pakistan», *Reproductive Health Matters* 7(14):39-48; Amartya K. Sen, 1990, «Gender and cooperative conflicts», en Irene Tinker, dir., *Persistent inequalities: women and world development* (Nueva York: Oxford University Press).
 - 15 Programa de Acción de la CIPD, 1994: párrafo 7.2.
 - 16 Dehre y Riedner, 2005 (v. ref. 3):22-23; Manju Rani y Sekhar Bonu, 2003, «Rural Indian women's care-seeking behavior and choice of provider for gynecological symptoms», *Studies in Family Planning* 34(3):173-185.
 - 17 Judith Bruce, 1990, «Fundamental elements of the quality of care: a simple framework», *Studies in Family Planning* 21(2):61-91.
 - 18 OMS, UNFPA, IPPF y ONUSIDA, 2005, *Sexual and reproductive health and HIV/AIDS: a framework for priority linkages* (gráfica); Marge Berer, dir., 2003, *Integration of services*, número monográfico de la revista *Reproductive Health Matters* 11(21); Louisiana Lush, 2002, «Service integration: an overview of policy developments», *International Family Planning Perspectives* 29(2):71-76.
 - 19 Programa de Acción de la CIPD, 1994: párrafo 7.3; Cook, Dickens y Fathalla, 2003 (v. ref. 9).
 - 20 Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, 2000 (v. ref. 7): 3-4.
 - 21 Asamblea General de la ONU, 21a sesión especial, 1 de julio de 1999, *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, A/S-21/5/Add.1*, párrafo 53.
-



CAPÍTULO 3

La sexualidad, el sexo y la salud sexual

ASPECTOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN PAÍSES CON INGRESOS BAJOS E INTERMEDIOS

CAPÍTULO 3

La sexualidad, el sexo y la salud sexual

Al igual que la salud reproductiva, la salud sexual —«un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad»¹— es un concepto integral y polifacético basado en la capacidad de cada persona para ejercer sus derechos humanos básicos. La Plataforma para la Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM) celebrada en Pekín incluyó, por primera vez en una conferencia internacional de la ONU, una declaración de derechos humanos relacionados con la sexualidad y la salud sexual que podrían aplicarse por igual a todas las personas, con independencia de su sexo u orientación sexual:

Los derechos humanos de las mujeres comprenden su derecho a controlar y decidir con libertad y responsabilidad sobre los aspectos relativos a su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, sin sufrir coerción, discriminación o violencia. Para que las relaciones entre las mujeres y los varones sean igualitarias en asuntos de relaciones sexuales y reproducción, lo cual incluye un respeto absoluto por la integridad de la persona, se necesita respeto mutuo, consentimiento y responsabilidad compartida para la conducta sexual y sus consecuencias.

CCMM, 1995, Plataforma para la Acción, párrafo 96

La multidimensionalidad del concepto de sexualidad, que engloba los significados, las identidades, el deseo, las orientaciones y el placer sexuales, así como los tipos de emparejamiento y de actos sexuales, tiene importantes consecuencias para los estudios². «Las investigaciones sobre la sexualidad deben ir más allá de los aspectos relativos a la conducta, el número de parejas y las prácticas, y abarcar los factores subyacentes sociales, culturales y económicos que hacen a las personas vulnerables al riesgo y que influyen en la manera en que las mujeres, los hombres y los jóvenes buscan, desean o rechazan el sexo. Este modo de investigar la sexualidad supone trascender la salud reproductiva mediante el estudio integral y exhaustivo de la salud sexual»³. Los estudios pueden analizar los fundamentos fisiológicos, sociales, culturales, psicológicos e interpersonales de la salud sexual a lo largo de la vida; sus correlatos y consecuencias; y una multitud de factores que facilitan o dificultan la capacidad de las mujeres, de los hombres y de los jóvenes para tener una vida sexual voluntaria, sin riesgos y satisfactoria, y hacer elecciones en materia sexual sin sufrir coacción, discriminación o violencia.

La información, la educación y los servicios sobre sexualidad: necesidades y derechos de los adolescentes

Los más de mil millones de adolescentes de 10 a 19 años de edad que constituyen el 20% de la población mundial están viviendo una transición desde la infancia hasta la vida adulta de enorme

trascendencia para su salud y su bienestar sexual y reproductivo, actual y futuro⁴. En los acuerdos internacionales adoptados en El Cairo y Pekín, así como en la Cumbre Mundial sobre la Infancia celebrada en 2002, se afirma que los adolescentes tienen el derecho a disponer de la información y los servicios que les permitan abordar su sexualidad de *manera positiva y responsable*⁵. El fomento de las relaciones intersexuales equitativas y de respeto mutuo se ha identificado como un elemento esencial para garantizar una vida sexual placentera y sin riesgos. Además, el acceso de los adolescentes a la información y los servicios de salud reproductiva y sexual *no se limitará* mediante barreras discriminatorias legales, normativas o sociales, ni por las actitudes de los profesionales sanitarios o de otro tipo⁶.

Los niños y adolescentes crecen en entornos con una gran densidad de mensajes, prejuicios y estereotipos explícitos e implícitos acerca de la sexualidad, la identidad sexual y su expresión⁷. En el proceso de interiorización de estas reglas sexuales adoptan actitudes y conductas que repercuten de manera importante en la salud y los derechos propios y de los demás, tanto en el momento actual como en el futuro. Al mismo tiempo, muchas niñas y niños carecen incluso de la información más básica sobre la sexualidad y la reproducción; sobre los cambios físicos y emocionales que experimentan durante la pubertad y más allá; y sobre sus derechos y responsabilidades personales, que abarcan las aptitudes necesarias para protegerse a sí mismos de los actos sexuales no deseados, del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual⁸.

Los estudios que investigan la naturaleza y la evolución cronológica de los acontecimientos o condiciones importantes para el desarrollo sexual de los adolescentes menores y mayores en diferentes situaciones ofrecen la oportunidad de identificar aquellos aspectos donde las intervenciones educativas y sanitarias podrían interrumpir las secuencias negativas (por ejemplo, la coerción sexual entre niños varones) y reforzar las positivas (por ejemplo, el uso del preservativo durante el primer coito). La evolución cronológica es fundamental si se quiere llegar a los jóvenes *antes* de que sean sexualmente activos o durante la etapa escolar, si están escolarizados⁹. Cada vez disponemos de más datos acerca de las circunstancias que rodean a la iniciación sexual de los adolescentes de 15 a 19 años¹⁰. Sin embargo, tenemos menos información sobre las actitudes y conductas de los niños y niñas menores de 15 años. A pesar de ello, los datos procedentes de las encuestas demográficas y de salud y otras fuentes indican que —con independencia de otras actividades sexuales que puedan realizar— una cuarta parte o más de los varones adolescentes de algunos países (especialmente en Iberoamérica y el Caribe) han practicado el coito vaginal antes de los 15 años. Esto también es cierto para las niñas en ciertas zonas del África subsahariana y en la India y Bangladesh, fundamentalmente debido a los matrimonios infantiles¹¹. Cada vez están mejor documentadas las repercusiones negativas físicas, sociales y emocionales de la iniciación sexual prematura —que en la mayor parte de los casos se produce bajo coacción—, así como los entornos sociales, económicos y conductuales de riesgo en los que tiene lugar y la práctica ausencia de protección contra las ITS y el embarazo precoz de alto riesgo¹².

¿Adónde acuden los niños y adolescentes en busca de información y ayuda en materia sexual? Hacen falta estudios en situaciones diferentes que identifiquen las fuentes fundamentales y su idoneidad, su precisión y sus mensajes sexuales sexuados. Según los datos disponibles, los niños consultan fuentes muy diferentes de las que utilizan las niñas; recurren, por ejemplo, a los amigos y a las revistas, películas o sitios de Internet sexualmente explícitos, en lugar de a los padres, profesores y otras fuentes legítimas (aunque no necesariamente bien informadas)¹³. Un muchacho que participa en un programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes dirigido por el BRAC (Bangladesh Rural Advancement Committee) en Bangladesh explica al entrevistador las ganas que tienen los demás muchachos de aprender lo que él sabe: «Cuando mis amigos supieron que estaba aprendiendo todo esto en la escuela, vinieron a hacerme un montón de preguntas, como “¿Cómo se quedan embarazadas las niñas?” y “¿Por qué se produce la menstruación?”... Yo contesté algunas, no todas, porque desconozco muchas de las respuestas»¹⁴.

La provisión de una educación sexual basada en los derechos y completa en los centros escolares (empezando en la escuela primaria allí donde los niños abandonan pronto la escolarización, y con mayor intensidad entre los 10 y 14 años), así como en los programas de alfabetización, formación profesional y lúdicos para adolescentes de ambos sexos que no están escolarizados, es una prioridad fundamental del programa mundial para la salud sexual y reproductiva y para la prevención del sida¹⁵. Un importante reto para la investigación consiste en identificar y evaluar la idoneidad de las

respuestas nacionales y locales de los sectores sanitario y educativo a la *necesidad y el derecho que tienen los niños y adolescentes de conocer* las prácticas sexuales seguras y peligrosas¹⁶. Las iniciativas de investigación pueden abordar la calidad y el alcance de los programas de vida familiar o de educación sexual ya existentes con el fin de evaluar factores tales como la preparación de los profesores, el grado de respuesta de la asignatura a las necesidades de diferentes personas y grupos, la importancia que se da a la tolerancia y a los derechos humanos y la capacidad que tienen para adaptarse y añadir intervenciones educativas eficaces, así como para superar las resistencias políticas. Se necesita una base de información firme para convencer a los políticos de la utilidad de la educación temprana e integral para la sexualidad. Unas intervenciones bien dirigidas que desafíen las ideologías sexuales perjudiciales, que fomenten la responsabilidad masculina y que involucren a los jóvenes en las decisiones sobre su propio futuro ayudarán a sentar las bases para gran parte de lo que ocurra a lo largo de su vida¹⁷.

Abordar el perjuicio sexual

Las leyes y las políticas nacionales, subnacionales y locales ofrecen un marco que garantiza determinados aspectos de la libertad y la elección sexuales, como la prohibición del matrimonio en ausencia del consentimiento total y libre por ambas partes y la prohibición y el castigo de aquellos actos que puedan causar un perjuicio sexual, como el maltrato sexual infantil, la violación (conyugal y extraconyugal), la desfiguración con ácido, el asesinato por honor, el acoso sexual y la violencia en el seno de la pareja. El éxito de los esfuerzos que se realizan para eliminar el perjuicio sexual en la familia y en la sociedad depende, al menos en parte, de la disposición de los organismos estatales y de las autoridades locales a perseguir las infracciones con todos los medios legales a su alcance. Es evidente que se necesitan estudios para identificar mecanismos que garanticen la puesta en práctica y el funcionamiento eficaz de leyes, políticas y procedimientos adecuados.

A diferencia de muchos otros delitos, las infracciones de los derechos sexuales suelen tener su origen en las desigualdades sexistas en las relaciones interpersonales y en la estructura jerárquica de las familias, castas o clanes donde los miembros de mayor edad y más poderosos controlan el cuerpo y la vida sexual de los jóvenes de ambos sexos. El incesto, el comercio sexual infantil, la mutilación genital femenina, el matrimonio obligado (o la negación del permiso para casarse), las amenazas físicas o psíquicas y la humillación sexual se justifican mediante los principios de la autoridad tradicional, el honor de la familia o el derecho personal adquirido. Fuera de la familia, el uso de la coacción sexual por parte de los hombres contra las novias, los niños pequeños, los conocidos o los extraños, y por parte de los niños contra las niñas u otros niños, se justifica en ocasiones mediante las ideologías de masculinidad o las afirmaciones de que la víctima «se merecía lo que le ha pasado»¹⁸.

Los estudios publicados en el último decenio o antes, algunos de los cuales se guían por protocolos de entrevista de reciente creación¹⁹, han arrojado luz sobre las relaciones de poder subyacentes y la frecuencia de la coacción y la violencia sexuales dentro de las parejas y las familias, así como entre grupos de aptitud, de clase, de casta, étnicos o raciales²⁰.

En algunos países, entre el 20% y el 40% de las jóvenes afirman que sus primeras relaciones sexuales fueron impuestas por la pareja²¹. «A veces la obligo» a practicar el sexo, explica un joven de KwaZulu Natal, Suráfrica, «porque no puedo controlarme. Según nuestra tradición, es el hombre quien toma estas decisiones, y la mujer debe obedecer»²².

Los estudios también señalan la gran frecuencia, en algunos entornos, del maltrato sexual a niños y adolescentes de ambos sexos por parte de adultos que ocupan una posición de confianza; de la existencia de hombres jóvenes que son al mismo tiempo víctimas (habitualmente de otros hombres) y perpetradores de violencia sexual; y de las relaciones sexuales obligadas dentro del matrimonio o de las parejas de hecho. Los sentimientos de culpa, vergüenza y temor entre las víctimas, y de negación, autojustificación o indiferencia entre los perpetradores, se confabulan para ocultar la verdadera frecuencia con que se producen la coacción y la violencia. En el estudio multinacional de la OMS sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica contra las mujeres, por ejemplo, que investigó la frecuencia y las consecuencias para la salud de diversos tipos de violencia de pareja en

ocho países culturalmente diferentes, así como el riesgo de las mujeres y las estrategias y factores protectores en diferentes entornos, se observó que «el entrevistador solía ser la primera persona con la que la mujer maltratada hablaba de la violencia física ejercida por su pareja»²³.

Se necesitan esfuerzos continuos para hacer visibles las infracciones invisibles de los derechos sexuales en diferentes entornos, y sobre todo en la poblaciones infraestudiadas, como los niños y adolescentes menores, los emigrantes y refugiados, las personas con una identidad sexual alternativa y los profesionales del sexo, cuyo derecho a la protección contra el perjuicio sexual puede que no esté reconocido. Más importante aún es la necesidad de identificar métodos innovadores para transformar estos estudios en acciones como el diseño, a partir de la información, de nuevas intervenciones que eliminen el perjuicio sexual, así como la evaluación de las iniciativas educativas y sanitarias que actualmente se están llevando a cabo en estos ámbitos (por ejemplo, la erradicación de la mutilación los genital femenina)²⁴. Dentro del sistema sanitario se necesitan evaluaciones de los métodos empleados para identificar, valorar, diagnosticar, asesorar y tratar a los varones y mujeres de cualquier edad que sean víctimas de la violencia y el maltrato sexuales y de otros tipos de perjuicio sexual, así como para atender a sus muchas necesidades. Esto comprende la asistencia hospitalaria, el asesoramiento familiar o de la pareja, las denuncias judiciales, los servicios de protección social, los hogares seguros para las mujeres o niños en peligro, la asistencia psicológica y el tratamiento a las víctimas masculinas o femeninas de una violación, la anticoncepción urgente o a largo plazo, el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y por el VIH, el aborto seguro y la asistencia al embarazo y el parto, junto con medidas especiales para evitar nuevos perjuicios²⁵.

La elección y la realización sexuales

Gran parte de lo que se sabe en el campo de la salud sexual y reproductiva acerca de la conducta sexual masculina y femenina, que comprende la frecuencia de las relaciones sexuales, las parejas múltiples, la protección contra las ITS y los embarazos no deseados y —cada vez más— las prácticas sexuales distintas del coito vaginal, procede de encuestas poblacionales como las encuestas demográficas y de salud y otros estudios sobre las conductas de riesgo asociadas a la transmisión del VIH²⁶. Mucho menos abundante es la información acerca de los elementos positivos de la elección y la realización sexuales implicados en el derecho de todas las personas «a reivindicar una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y placentera». Aun así, los estudios acerca de los efectos beneficiosos que la expresión y la liberación sexuales de los hombres y las mujeres ejercen sobre la salud física y emocional indican que una vida sexual activa y agradable protege contra el infarto de miocardio, y posiblemente también contra el ictus, el cáncer de mama y el cáncer de próstata; refuerza el sistema inmunitario; alivia el dolor crónico, la jaqueca y los dolores menstruales; protege contra la depresión; disminuye el estrés, y aumenta la autoestima, entre otras ventajas²⁷. Una relación sexual mutuamente placentera para la pareja también influye de manera favorable en otros aspectos de la salud reproductiva²⁸. Por el contrario, los miedos, las ITS previas, la experiencia de un embarazo no deseado, las dificultades para utilizar protección, los problemas de relación, el estrés, el dolor o la enfermedad crónicos, el uso de determinados medicamentos, los desequilibrios hormonales, los efectos del envejecimiento y otros muchos factores pueden causar sufrimiento y disfunción psíquicos y físicos a uno o a ambos miembros de la pareja²⁹.

Es necesario investigar no sólo la naturaleza y las causas de la desinformación y del malestar sexual de las mujeres, los hombres y los jóvenes en diferentes ambientes, sino también las fuentes a la que acuden las personas en busca de información, consejo y tratamiento. Estas abarcan tanto el entramado de personas cercanas como los proveedores extraoficiales de información sexual o de asesoramiento (por ejemplo, comadronas, espiritistas), productos (por ejemplo, vendedores de supuestos afrodisíacos y filtros amorosos) y servicios (por ejemplo, varones y mujeres profesionales del sexo, incluidas las condiciones en que los varones adolescentes y adultos solicitan sus servicios especializados). Dentro del sistema sanitario oficial, los estudios podrían analizar la eficacia, la calidad de la asistencia (incluida la formación de los profesionales) y la capacidad que tienen los métodos de asesoramiento, diagnóstico y tratamiento dirigidos a hombres, mujeres y parejas para adaptarse a los diferentes grupos y entornos. Las investigaciones operativas de este tipo comprenden entrevistas y cuestionarios, protocolos diagnósticos que demuestran las posibles causas de las dificultades, y métodos de tratamiento como la psicoterapia (por ejemplo, ante un antecedente de maltrato sexual infantil), el asesoramiento de parejas (problemas de relación, técnicas copulatorias

y masturbatorias) y los tratamientos con hormonas masculinas y femeninas, lubricantes vaginales y otras alternativas adecuadas para entornos de pocos recursos.

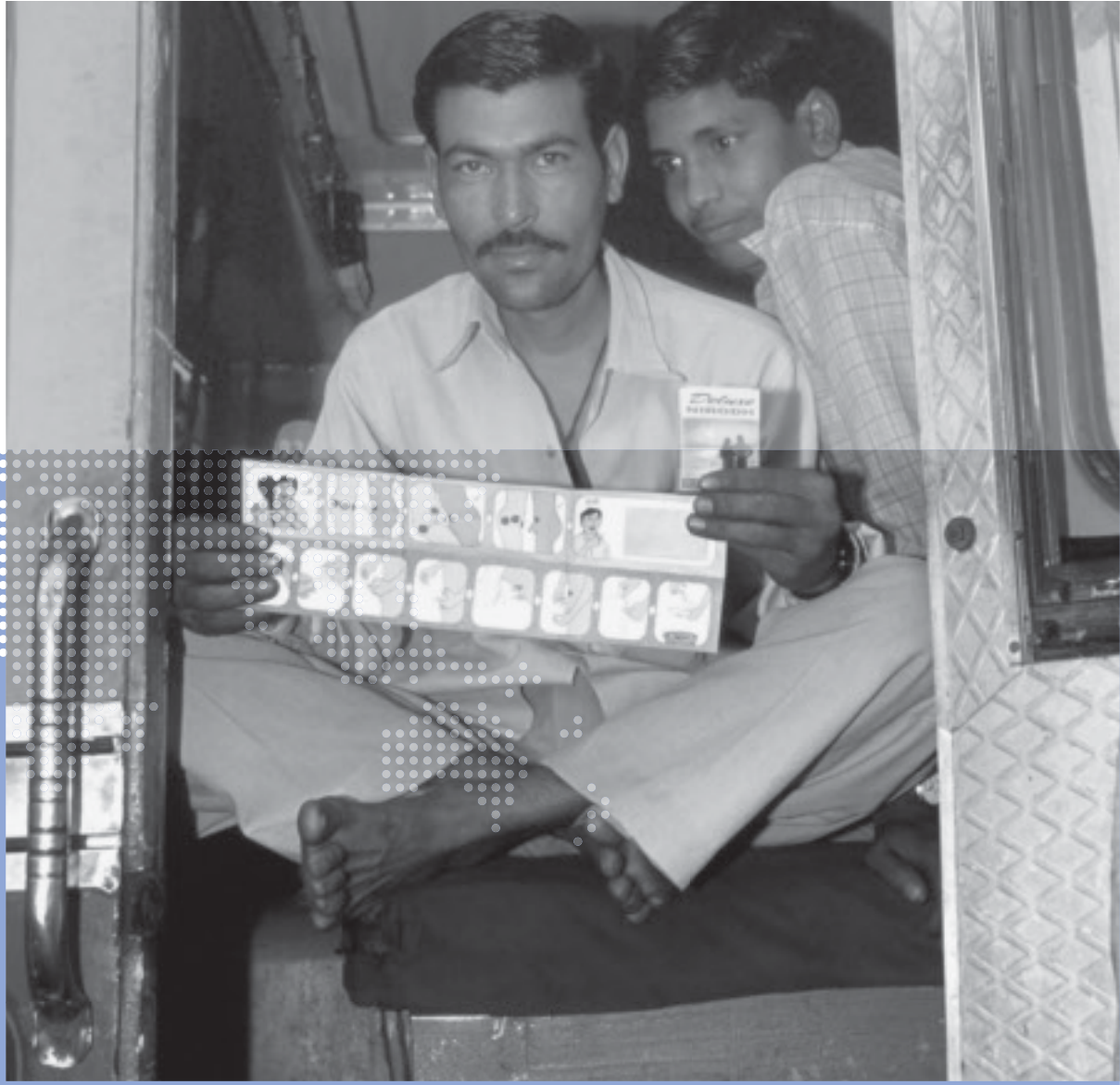
Por último, dado que la salud sexual es un componente fundamental de la salud reproductiva y viceversa, también es necesario investigar la posibilidad de integrar el asesoramiento para la sexualidad y las relaciones en el conjunto de la asistencia sanitaria sexual y reproductiva en los centros de atención primaria y de planificación familiar o mediante remisiones. Por ejemplo, para un profesional o asesor que está intentando ayudar a una persona o a una pareja a elegir la anticoncepción o a evitar las infecciones de transmisión sexual y por el VIH, es fundamental entender la salud sexual y reproductiva como un todo y comprender los antecedentes y la conducta sexual y reproductiva del cliente. A su vez, la provisión de servicios de planificación familiar o de prevención de las infecciones de transmisión sexual, e incluso de asistencia prenatal y posnatal, ofrece una buena oportunidad para identificar y abordar los problemas sexuales de las mujeres y de sus parejas³⁰. Los estudios para determinar los problemas y las necesidades sanitarias especiales de personas con identidades u orientaciones sexuales alternativas, como los hombres que mantienen relaciones homosexuales, ayudarán a diseñar programas educativos y servicios de extensión comunitaria en ámbitos concretos para quienes no pueden o son reacios a buscar asistencia sanitaria por los conductos habituales, o ante quienes algunos profesionales sanitarios se sienten mal equipados para atenderlos o se muestran reacios a hacerlo.

Bibliografía del capítulo 3

- 1 Programa de Acción de la CIPD, 1994, párrafo 7.2. Las definiciones de salud sexual, derechos sexuales y sexualidad en www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html «se ofrecen como una contribución a los debates en marcha sobre salud sexual, pero no representan la postura oficial de la OMS ni deben utilizarse o citarse como definiciones de la OMS».
 - 2 Marge Berer, dir., 1998, *Sexuality*, número monográfico de la revista *Reproductive Health Matters* 6(12); HERA (Health, Empowerment, Rights, and Accountability), 1998, *Women's sexual and reproductive rights and health. Action sheets* (Nueva York: Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres); Ruth Dixon-Mueller, 1993, «The sexuality connection in reproductive health», *Studies in Family Planning* 24(5): 269-282.
 - 3 Definición de salud sexual, OMS (v. ref. 1).
 - 4 Cynthia B. Lloyd, dir., 2005, *Growing up global: the changing transitions to adulthood in developing countries* (Washington, DC: National Academies Press).
 - 5 Plan de Acción de la CIPD, 1994: párrafos 7.45, 7.46, 7.47; Plataforma de Acción de la CCMM, 1995: párrafos 107, 108, 267, 281; Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU, 2002, Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, párrafos 44, 47.
 - 6 Plan de Acción de la CIPD, 1994: párrafo 7.45.
 - 7 Christine A. Varga, 2003, «How gender roles influence sexual and reproductive health among South African adolescents», *Studies in Family Planning* 34(3): 160-172; Ivonne Szasz, 1998, «Masculine identity and the meanings of sexuality: a review of research in Mexico», *Reproductive Health Matters* 6(12): 97-104.
 - 8 Sabina Faiz Rashid, 2003, «Communicating with rural adolescents about sex education: experiences from BRAC, Bangladesh», en Sarah Bott y cols., dirs., *Towards adulthood: exploring the sexual and reproductive health of adolescents in South Asia* (Ginebra: OMS); Radhika Chandiramani, 1998, «Talking about sex», *Reproductive Health Matters* 6(12): 76-86.
 - 9 Lloyd, 2005 (v. ref. 4).
 - 10 *Ibíd.*; Sarah Bott y cols., dirs., 2003 (v. ref. 8); Ann Denise Brown, Shireen J. Jejeebhoy, Iqbal Shah y Kathryn M. Young, 2001, *Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO case studies* (Ginebra: OMS); John Cleland, Roger Ingham y Nicole Stone, 2000, *Asking young people about sexual and reproductive behaviours: illustrative core instruments* (Ginebra: OMS); Instituto Alan Guttmacher, 1998, *Into a new world: young women's sexual and reproductive lives* (Nueva York: AGI).
 - 11 «Timing of first intercourse», www.measuredhs.org (DHS data); Elizabeth Eggleston, Jean Jackson y Karen Hardee, 1999, «Sexual attitudes and behavior among young adolescents in Jamaica», *International Family Planning Perspectives* 25(2): 78-84 & 91; Susheela Singh y cols., 2000, «Gender differences in the timing of first intercourse: data from 14 countries», *International Family Planning Perspectives* 26(1): 21-28 & 43.
 - 12 Shelley Clark, 2004, «Early marriage and HIV risks in Sub-Saharan Africa», *Studies in Family Planning* 35(3): 149-160; Laurie Schwab Zabin y Karungari Kiragu, 1998, «Health consequences of adolescent sexuality and fertility behavior in Sub-Saharan Africa», *Studies in Family Planning* 29(2): 210-232; M. Elizabeth Duncan y cols., 1990, «First coitus before menarche and risk of sexually transmitted disease», *The Lancet* 335(Feb. 10): 338-340.
-

Bibliografía del capítulo 3

- 13 Axel Hamprecht, Amire Hodzic e Ina Warriner, 2004, «How do perceptions of gender roles shape the sexual behaviour of Croatian adolescents?» *Social Science Research Policy Briefs*, serie 1, n.o 1 (Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, OMS); Manju Rani, María Elena Figueroa y Robert Ainsle, 2003, «The psychosocial context of young adult sexual behavior in Nicaragua: looking through the gender lens», *International Family Planning Perspectives* 29(4): 174-181.
 - 14 Rashid, 2003 (v. ref. 8):170.
 - 15 Adrienne Germain y Jennifer Kidwell, 2005, «The unfinished agenda for reproductive health: priorities for the next 10 years», *International Family Planning Perspectives* 31(2):90-93; Deborah Rogow y Nicole Haberland, 2005, «Sexuality and relationships education: toward a social studies approach», *Sex Education* 5(4): 333-344; Andrea Irvin, 2004, *Positively informed: lesson plans and guidance for sexuality educators and advocates* (Nueva York: Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres).
 - 16 Bo Wang y cols., 2005, «The potential of comprehensive sex education in China: findings from suburban Shanghai», *International Family Planning Perspectives* 31(2): 63-72; Sue Alford, Nicole Cheetham y Debra Hauser, 2005, *Science & success in developing countries: holistic programs that work to prevent teen pregnancy, HIV & sexually transmitted infections* (Washington, DC: Advocates for Youth); Ilene S. Speizer, Robert J. Magnani y Charlotte E. Colvin, 2003, «The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence», *Journal of Adolescent Health* 33(5): 324-348; Caitlin Gerdt, 2002, «Universal sexuality education in Mongolia: educating today to protect tomorrow», *Quality/Calidad/Qualité* n.o 12 (Nueva York: The Population Council); Andrea Irvin, 2000, *Taking steps of courage: teaching adolescents about sexuality and gender in Nigeria and Cameroon* (Nueva York: Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres).
 - 17 Lloyd 2005 (v. ref. 4):227-250; Françoise Girard, 2003, «“My father didn’t think this way”: Nigerian boys contemplate gender equality», *Quality/Calidad/Qualité* n.o 4 (Nueva York: The Population Council).
 - 18 Population Council y USAID, 2001, *Power in sexual relationships: an opening dialogue among reproductive health professionals* (Nueva York: The Population Council); Population Council, 2000, «Sexual coercion: young men’s experiences as victims and perpetrators», *Research that makes a difference* (Nueva York: The Population Council), <http://www.popcouncil.org/ganfam/power.html>.
 - 19 Organización Mundial de la Salud, 2001, *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women* (Ginebra: OMS).
 - 20 Organización Mundial de la Salud, 2005, *WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women’s responses* (Ginebra: OMS); Shireen J. Jejeebhoy, Iqbal Shah y Shyam Thapa, dirs., 2005, *Sex without consent: young people in developing countries* (Londres: Zed Books); Shireen J. Jejeebhoy y Sarah Bott, 2003, *Non-consensual sexual experiences of young people: a review of evidence from developing countries* (Nueva Delhi: The Population Council); *Gender-based violence and reproductive health*, 2004, número monográfico de la revista *International Family Planning Perspectives* 30(4); Lori L. Heise y cols., 1994, *Sexual coercion and reproductive health: a focus on research* (Nueva York: The Population Council).
 - 21 Jejeebhoy y Bott, 2003 (v. ref. 20).
 - 22 Varga, 2003, (v. ref. 7):165.
 - 23 OMS, 2005 (v. ref. 20):18; Charlotte Watts y Susanah Mayhew, 2004, «Reproductive health services and intimate partner violence: shaping a pragmatic response in Sub-Saharan Africa», *International Family Planning Perspectives* 30(4): 207-213.
 - 24 Judith Mirsky, 2003, *Beyond victims and villains: addressing sexual violence in the educational sector* (Londres: Panos).
 - 25 Organización Mundial de la Salud, 2004, *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence* (Ginebra: OMS); OMS, 2001 (v. ref. 19).
 - 26 John Cleland y cols., dirs., 2004, *Measurement of sexual behaviour*, número especial de la revista *Sexually Transmitted Infections* (80, supl. 11); John Cleland y Benoit Ferry, dirs., *Sexual behaviour and AIDS in the developing world* (Londres: Taylor and Francis).
 - 27 Planned Parenthood Federation of America y Society for the Scientific Study of Sexuality, 2003, *The health benefits of sexual expression*, <http://plannedparenthood.org/pp2/portal/medicalinfo/sexualhealth/white-030401-sexual-expression.pdf>.
 - 28 Jane Cottingham y Cynthia Myntti, 2002, «Reproductive health: conceptual mapping and evidence», en Gita Sen, Asha George y Pirooska Ostlin, dirs., *Engendering international health: the challenge of equity* (Cambridge, MA: MIT Press).
 - 29 J. Astbury, M. Cabral de Mello, J. Fisher y S. Saxena (dirs.), 2006, *Mental and behavioural aspects of women’s reproductive health: a global review of the literature* (Ginebra: OMS); Robert A. Hatcher y cols., 1998, *Contraceptive technology*, 17a ed. (Nueva York: Ardent Media); capítulos 2, 6; *Health & Sexuality: Publication of the Association of Reproductive Health Professionals* (10)2, 2005.
 - 30 Refs. 2, 19, 20; S. Kingsberg, 2004, «Just ask! Talking to patients about sexual function», *Sexuality, Reproduction & Menopause* 2(4):199-203; Kirsten Moore y Judith F. Helzner, 1996, *What’s sex got to do with it? Challenges for incorporating sexuality into family planning programs* (Nueva York: The Population Council e IPPF Western Hemisphere Region, Inc.).
-



CAPÍTULO 4

Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y las enfermedades del aparato reproductor

ASPECTOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PAÍSES CON INGRESOS BAJOS E INTERMEDIOS

CAPÍTULO 4

Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y las enfermedades del aparato reproductor

En la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Infecciones de Transmisión Sexual que se adoptó en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2006 se afirma que anualmente se producen en la población mundial de 15 a 49 años unos 340 millones de contagios de infecciones bacterianas y protozoarias curables (aunque a menudo no tratadas) tales como la sífilis, la gonococia, la clamidiasis, la tricomoniasis y el chancroide¹. Además, cada año se transmiten por contacto sexual muchos millones más de infecciones virales incurables, como las producidas por el virus del herpes simple, por el papilomavirus humano (PVH) causante de los condilomas acuminados y que, en el caso de algunas cepas, aumenta el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino, y por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) causante del sida. Se calcula que en el año 2005 el VIH infectó por primera vez a 4,9 millones de personas; entre ellas, 700.000 niños menores de 15 años². Se han identificado más de 30 infecciones del aparato reproductor (IAR) y de transmisión sexual (ITS) causadas por bacterias, virus u otros microorganismos, entre las que se incluyen las infecciones vaginales endógenas no contagiadas por vía sexual, como la vaginosis bacteriana y la candidiasis.

El doble rasero frente a la conducta sexual, unido a la coacción sexual y otros desequilibrios de poder dentro de las parejas, subyace en las diferencias entre ambos sexos en cuanto a la probabilidad de contagiar o contraer una infección de transmisión sexual³. Además de las desigualdades del sexismo social, la dinámica del contagio de las infecciones de transmisión sexual y por el VIH se aprovecha de un *sexismo biológico* por el que las mujeres —y en especial las más jóvenes, cuyo organismo todavía no ha alcanzado la madurez sexual— tienen mayor riesgo que los varones de contraer una infección tras un único coito vaginal con una pareja infectada⁴. (La penetración anal sin protección, en cambio, comporta un riesgo elevado en ambos sexos.) Una vez infectadas, las mujeres son más proclives a no presentar síntomas (y, por tanto, a no recibir tratamiento) y a sufrir consecuencias más graves a largo plazo, como la enfermedad inflamatoria pélvica que, si no se trata, puede ser motivo de esterilidad; el embarazo ectópico, potencialmente mortal; el aborto espontáneo o la muerte del feto; el parto prematuro o el bajo peso al nacer; y la transmisión de infecciones congénitas al recién nacido⁵.

Tanto en las mujeres como en los varones, la presencia de infecciones —en especial las que producen úlceras o lesiones genitales o flujo vaginal o uretral— contribuye a una sinergia epidemiológica que aumenta la probabilidad de contraer o contagiar el VIH y, finalmente, el sida desarrollado y otras enfermedades, entre las que se encuentran otras infecciones de transmisión sexual⁶. Dado que las sinergias conductuales y epidemiológicas tienen fundamentos comunes, la prevención y el diagnóstico y tratamiento lo más precoces posibles de todas las infecciones del aparato reproductor y de transmisión sexual —incluido el VIH— son cruciales⁷. El reto para los investigadores consiste

en llevar a cabo los estudios necesarios para identificar, adaptar y ampliar las intervenciones que eviten y controlen los efectos de estas infecciones sinérgicas y del VIH en entornos de pocos recursos o de alto riesgo, tales como mejorar la eficacia de las técnicas diagnósticas y terapéuticas rápidas y baratas. Es necesario desarrollar métodos innovadores y pragmáticos de asesoramiento, análisis y tratamiento para adolescentes y adultos —ya sea por separado o en pareja—, así como de apoyo para la información a la pareja y los cambios conductuales, y probarlos en situaciones concretas. Un reto especial consiste en llegar a las personas y grupos de riesgo que probablemente estén infraatendidos por los servicios sanitarios habituales, como son las esposas jóvenes que permanecen aisladas, los niños de la calle y los refugiados y desplazados con alto riesgo de contraer infecciones.

Identificar los riesgos, negociar la protección

Dadas la gran frecuencia y la complejidad epidemiológica de las infecciones del aparato reproductor, de transmisión sexual y por el VIH, la frecuente invisibilidad de los síntomas, sus secuelas perjudiciales y las dificultades del diagnóstico y tratamiento, en el centro de las campañas de salud pública dirigidas a la población en general cabría esperar encontrar estrategias de prevención claramente articuladas. Las intervenciones dirigidas a los subgrupos de población se ponen en marcha de forma secuencial, y no en paralelo. Los estudios y programas para las infecciones de transmisión sexual y por el VIH se dirigen en primer lugar a los llamados transmisores centrales, que abarcan a los profesionales del sexo de ambos sexos, a los varones y mujeres que tienen numerosas parejas, a los hombres que mantienen relaciones homosexuales (muchos de los cuales también las mantienen heterosexuales) y a los drogadictos por vía parenteral⁸. En algunos programas, la estrategia se queda en esta primera fase de actuación y carece de otros aspectos imprescindibles como el abordaje del maltrato sexual de los niños y adolescentes menores de ambos sexos, que a menudo contribuye a la drogadicción y a la adopción de conductas sexuales de riesgo sexual, y la violencia y la coacción sexuales entre jóvenes y adultos, que no sólo dañan física y emocionalmente a las víctimas, sino que además las exponen a las infecciones, incluida la infección por el VIH⁹. Se necesitan enfoques pragmáticos que proporcionen a *todos* los adolescentes de ambos sexos la información y las aptitudes que necesitan para identificar su riesgo de contraer o contagiar ITS, cuando empiecen a tener relaciones sexuales, para negociar la protección propia y de su pareja.

También son necesarias estrategias para proteger a las mujeres casadas con hombres cuya conducta pasada o presente suponga un riesgo para ellas y sus hijos, así como para convencer a todos los varones —sean niños, adolescentes o adultos— que mantienen relaciones sexuales y que hayan podido estar expuestos a infecciones de transmisión sexual o por el VIH de su obligación de someterse a análisis y tratamiento y de apoyar, proteger y respetar la salud y los derechos de su pareja, sea del sexo que sea. Tales aspectos son complejos, por supuesto, y es posible que las actitudes y creencias culturales, junto con los factores socioeconómicos, impidan alcanzar estos objetivos en muchos o la mayoría de los entornos de bajos ingresos. No obstante, los estudios ayudan a identificar las maneras de superar los principales límites a la consecución de los cambios que son necesarios, por ejemplo insistiendo en la utilidad de prevenir, diagnosticar y tratar las infecciones de transmisión sexual en ambos miembros de la pareja con el fin de garantizar su fecundidad en el futuro¹⁰.

Especialmente necesarios son los estudios con adolescentes y adultos jóvenes de diversos entornos para identificar sus conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a las infecciones de transmisión sexual y por el VIH, así como para elaborar una base de datos epidemiológicos sobre su situación actual, ya que algunos de ellos se habrán infectado durante la infancia. ¿Cómo y qué pueden aprender los adolescentes acerca de los síntomas (o la ausencia de síntomas), los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual y por el VIH a través de actividades sexuales como el coito anal, oral y vaginal, dónde obtener preservativos masculinos (y femeninos) y cómo utilizarlos de manera correcta? Estas investigaciones aportan datos para el diseño y la evaluación de las campañas de información, educación y comunicación en las escuelas, en los centros sanitarios y en las comunidades. Asimismo, los estudios permiten identificar los obstáculos que encuentran los jóvenes para adquirir y *utilizar* los preservativos (por ejemplo, su precio, el miedo de los niños a perder la erección, la vergüenza de las niñas) y dirigir el diseño y la evaluación de los centros y servicios accesibles para los jóvenes donde obtener información (incluida Internet), suministros, asesoramiento, análisis y tratamiento.

Sin embargo, los estudios sobre la relación existente entre información y conductas sexuales de riesgo en adolescentes y adultos se enfrentan a dos observaciones persistentes¹¹.

- En primer lugar, la percepción de la propia vulnerabilidad personal suele estar reñida con la realidad a causa no sólo de la desinformación, sino también del pensamiento mágico, de la negación y de otras acrobacias mentales.
- En segundo lugar, ni siquiera una información exacta garantiza una respuesta «racional». Al igual que en otros tipos de conductas de riesgo (como consumir alcohol, tabaco o drogas o correr el riesgo de que se produzca un embarazo), existe una combinación de factores sociales, psíquicos, económicos e interpersonales que influye en la evaluación que cada persona hace de los costes y beneficios de las conductas alternativas —suponiendo que tenga alguna elección— y desvía la progresión desde el «tratamiento» (la información) hasta el «efecto».

El objetivo de los estudios no consiste únicamente en comprender cómo actúan estos factores en las mujeres y los varones en diferentes circunstancias, sino también en diseñar y probar las estrategias de intervención —en especial, las relativas a la protección contra las infecciones de transmisión sexual y por el VIH— que puedan contrarrestarlos.

Percibir los síntomas, buscar (o no buscar) soluciones

Las infecciones asintomáticas, que en ocasiones son más perjudiciales que las sintomáticas¹², suelen quedar sin tratamiento salvo que se descubran mediante pruebas de detección sistemática en el ámbito clínico o por notificación de la pareja, o salvo que la persona solicite análisis voluntariamente. El ejemplo clásico de una infección asintomática (al principio) es, por supuesto, la infección por el VIH. Se calcula que en todo el mundo el 90% de las mujeres y hombres seropositivos desconocen que lo son¹³.

No obstante, a veces ni siquiera la aparición de síntomas da lugar a una conducta de búsqueda de la salud. Los adolescentes son especialmente propensos a hacer caso omiso de los signos de infección o a autotratarse con los productos localmente disponibles; en Benin, Nigeria, los preferidos eran «el refresco Krest Bitter Lemon, la cola (un estimulante barato) y unas mezclas de sal, potasa, ginebra, lima y pimienta»¹⁴. Pero los adultos también desdeñan o aguantan síntomas como el flujo vaginal o uretral y las úlceras genitales aun cuando produzcan molestias o dolor. A veces los atribuyen a causas distintas de la actividad sexual y, cualquiera que sea el supuesto motivo, consultan con un curandero tradicional o se automedican con hierbas medicinales o con medicamentos de venta sin receta como los antibióticos, especialmente si no hay servicios de ITS o si éstos son caros¹⁵. Reconocer la relación entre los síntomas y sus causas es algo especialmente difícil en las infecciones de transmisión sexual porque son un asunto muy personal e *interpersonal*. En algunas culturas, se considera que las infecciones de transmisión sexual son «enfermedades femeninas» de las que se culpa a las mujeres sea cual sea la conducta de su pareja masculina¹⁶. Culpar a la mujer puede incluso convertirse en una fuente de orgullo masculino. En las sesiones de grupo con varones adolescentes surafricanos de KwaZulu-Natal, «la mayoría de los muchachos admitieron que las conquistas sexuales y las infecciones de transmisión sexual repetidas eran elementos esenciales de una imagen masculina poderosa... y una prueba de su éxito con numerosas parejas»¹⁷.

Todos estos escenarios, y otros más, constituyen un argumento firme a favor de garantizar la disponibilidad, en los centros de atención primaria y en las clínicas de extensión comunitaria situadas en lugares accesibles, de servicios asequibles de asesoramiento, análisis y tratamiento voluntarios para un surtido de infecciones frecuentes del aparato reproductor, de transmisión sexual y por el VIH. En entornos donde la prevalencia es elevada, así como en las personas o grupos de alto riesgo, se puede hacer una detección sistemática y asesoramiento individuales o de pareja de manera directa o aprovechando la derivación en relación con otros servicios sanitarios (la política de la OMS de «no dejar pasar las oportunidades») como la anticoncepción o el aborto, la asistencia prenatal y el tratamiento del paludismo, la tuberculosis, las infecciones respiratorias o la diarrea persistente¹⁸. Hacen falta estudios que investiguen las consecuencias que tendrían los análisis voluntarios y sistemáticos en diferentes ámbitos y en las poblaciones vulnerables sobre la capacidad de los sistemas sanitarios para proporcionar tratamiento, políticas de notificación a la pareja y la posibilidad de disminuir la propagación de las infecciones de transmisión sexual de origen bacteriano o por virus incurables, como el VIH¹⁹.

Técnicas de diagnóstico y tratamiento en el sector oficial

Del mismo modo que algunas infecciones son asintomáticas, otras se manifiestan mediante síntomas que pueden confundirse con otras enfermedades, algunas de las cuales no son de transmisión sexual²⁰. Los datos procedentes de los estudios de población indican que los síntomas que describen los pacientes (si es que mencionan alguno), sus características y su intensidad no siempre coinciden con las observaciones realizadas en la exploración diagnóstica²¹. A su vez, los datos observados durante la exploración no siempre coinciden con los resultados de los análisis clínicos, cuya interpretación también varía según los técnicos, las pruebas empleadas y los centros. La triangulación de los métodos para valorar las infecciones del aparato reproductor y de transmisión sexual y las diferencias que se han observado en los resultados han dado lugar a una noción un tanto humillante de lo complicado que resulta un diagnóstico preciso incluso en condiciones favorables²².

De los métodos diagnósticos para las infecciones del aparato reproductor y de transmisión sexual, el que se realiza mediante *análisis clínicos* requiere una recogida de muestras, cultivos (e incubadoras), muestras de sangre que han de manipularse con cuidado, material de análisis y personal cualificado para interpretar los resultados. Aunque este método permite identificar con mayor precisión la infección específica y su tratamiento adecuado, a menudo no es factible porque son pocos los países en vías de desarrollo que disponen del material de laboratorio o del personal cualificado necesario, salvo en centros especializados. Tener que esperar a los resultados significa, además, que el paciente deberá volver para el tratamiento posterior una vez que se haya identificado la infección de transmisión sexual, pero es posible que no vuelva.

Una alternativa útil en los entornos con pocos recursos es el *método sindrómico*, que contiene unas directrices paso a paso en forma de diagramas de flujo (algoritmos) con las que los profesionales pueden identificar la causa o causas probables y las opciones de tratamiento para las enfermedades (síndromes) más frecuentes, como la secreción uretral en los varones, los condilomas acuminados en ambos sexos y la secreción vaginal y el dolor pélvico en las mujeres²³. Los tratamientos farmacológicos recomendados son activos frente a la mayoría de los microorganismos importantes que suelen causar un síndrome determinado. Las recomendaciones abarcan también el asesoramiento de los usuarios masculinos y femeninos para la notificación, el análisis y el seguimiento de la pareja. Las ventajas del método sindrómico son su relativa sencillez en lo que a la formación del personal se refiere y el hecho de que en una sola consulta se proporciona el diagnóstico y el tratamiento. No obstante, también tiene inconvenientes. Por ejemplo, un uso excesivo de los antibióticos para tratar simultáneamente varias infecciones puede favorecer la aparición de microorganismos farmacorresistentes; también es posible que las infecciones asintomáticas se queden sin tratar²⁴. Además, el método sindrómico no es útil en muchos casos de flujo vaginal y es poco específico en los lugares donde las infecciones de transmisión sexual suponen un problema importante, pero de baja prevalencia en general.

Aún quedan por investigar otros aspectos fundamentales de las técnicas biomédicas para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor y de transmisión sexual. Se necesitan con urgencia sistemas baratos para el diagnóstico rápido de determinadas infecciones en el ámbito clínico y extraclínico (por ejemplo, los autoanálisis de farmacia), así como pautas de tratamiento baratas y accesibles. Dada la repercusión que el método sindrómico podría tener en grandes segmentos de población de los países en vías de desarrollo, se necesitan estudios que mejoren su validez (sensibilidad y especificidad). El desarrollo de análisis sencillos y rápidos para el VIH, algunos de los cuales solo necesitan ya un pinchazo en el dedo o una muestra bucal obtenida con una torunda y ofrecen el resultado en 15 minutos, tiene un potencial enorme²⁵. Los análisis rápidos disminuyen la pérdida de pacientes entre la prueba y la notificación del resultado, respaldan las tareas de asesoramiento y ofrecen la oportunidad de implicar a las parejas en la toma de decisiones sobre las alternativas sexuales y reproductivas y sobre el tratamiento y los cuidados, incluidos el coste y las ventajas del tratamiento antirretroviral si es que éste constituye una opción²⁶. También tiene gran prioridad la investigación sobre vacunas preventivas. El desarrollo de una vacuna contra las cepas del PVH que pueden causar cáncer de cuello uterino está mostrando indicios de éxito, y algunos organismos estatales han aprobado recientemente la vacuna contra el PVH. Es esencial investigar estrategias que garanticen la disponibilidad y la accesibilidad de las vacunas contra el PVH para las poblaciones de los países en vías de desarrollo, así como negociar el precio de dichas vacunas.

El desarrollo de vacunas contra las numerosas cepas mutantes del VIH —de ellas, una treintena en fase de investigación— sigue siendo extremadamente complicado²⁷. Otra prioridad urgente es el desarrollo y la comprobación de microbicidas vaginales eficaces, asequibles y aceptables que disminuyan la transmisión del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual; hay más de 60 productos, de los cuales cuatro se encuentran actualmente en la fase III de investigación clínica²⁸.

Cánceres y otras enfermedades del aparato reproductor

La mala salud sexual y reproductiva incluye otros tipos de discapacidades y enfermedades que afectan al aparato reproductor masculino y femenino a lo largo de la vida (algunas precoces, otras tardías) y que también necesitan atención y tratamiento²⁹. Una campesina de Tamil Nadu que había sufrido durante años un prolapso uterovaginal por no disponer de la asistencia sanitaria adecuada afirma: «No puedo hacer ningún trabajo y estoy muy deprimida. A menudo siento un dolor agudo y escozor al orinar. Además, muchos días tengo un flujo blanquecino abundante y maloliente»³⁰. Hacen falta estudios que identifiquen la prevalencia, las causas subyacentes, los factores contribuyentes, las consecuencias y la idoneidad de los esfuerzos realizados para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades siguientes:

- los trastornos del ciclo menstrual, como la amenorrea primaria y secundaria, la endometriosis, el sangrado uterino anormal, el síndrome premenstrual grave, los síntomas y las secuelas de la menopausia (por ejemplo, osteoporosis, dispareunia), y otros problemas ginecológicos y sus consecuencias en la función sexual femenina, el uso de anticonceptivos, la infertilidad y la autoestima³¹;
- los cánceres de cuello uterino, útero y ovario, los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino (como la iniciación sexual prematura, las parejas múltiples del varón o de la mujer, la infección por una cepa de PVH de alto riesgo) y los métodos de citología vaginal, detección visual y tratamiento inmediato (módulos de «ver y tratar»), las vacunas contra el PVH y los métodos conexos de prevención, diagnóstico y tratamiento³²;
- los problemas vaginales tales como las fístulas vesicovaginales causadas por un parto prolongado y otras lesiones obstétricas³³, el prolapso uterino debido a partos frecuentes y mala asistencia, las lesiones causadas por prácticas obstétricas como la episiotomía y la cesárea, la mutilación genital femenina analizada según su prevalencia y gravedad, su significado cultural y el contexto en que se tomó la decisión, sus consecuencias tales como infecciones, dificultades sexuales, problemas menstruales y complicaciones obstétricas, y los métodos para eliminar esta práctica³⁴;
- los cánceres de próstata y de testículo según su incidencia específica de edad y su prevalencia en determinados entornos, su gravedad y la urgencia y la accesibilidad del tratamiento, los problemas benignos como la hiperplasia prostática, la epididimitis, la torsión testicular, etc., y las consecuencias de estos y otros problemas y de la cirugía y la quimioterapia sobre la función sexual masculina.

La tarea de hacer visible lo invisible es aplicable a todos estos problemas. Lo mismo ocurre con otros objetivos, tales como comprender cómo viven los adolescentes y los adultos de ambos sexos sus síntomas (si los tienen) y cómo buscan la información y los servicios; diseñar y evaluar las intervenciones educativas y sanitarias a edades tempranas y más avanzadas para evitar o interrumpir las secuencias de acontecimientos y condiciones perjudiciales, y evaluar la respuesta de los sistemas educativos y sanitarios de diferentes entornos con el fin de mejorar las técnicas importantes, la formación de los profesionales y la cantidad de información y asistencia.

Bibliografía del capítulo 4

- 1 Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, 2006, http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/stisstrategy/stis_strategy_es.pdf; Organización Mundial de la Salud, 2005, *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica* (Ginebra: OMS); Organización Mundial de la Salud, 2001, *Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates* (Ginebra: OMS).
- 2 ONUSIDA, *AIDS epidemic update: December 2005* (Ginebra: ONUSIDA).
- 3 Karl L. Dehre y Gabriele Riedner, 2005, *Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services* (Ginebra: OMS); Shelley Clark, 2004, «Early marriage and HIV risks in Sub-Saharan Africa», *Studies in Family Planning* 35(3):149-159; Judith Bruce y Shelley Clark, 2004, «The implications of early marriage for HIV/AIDS policy», escrito basado en un documento informativo preparado para una consulta técnica de OMS/UNFPA/Population

Bibliografía del capítulo 4

- Council sobre adolescentes casados (Nueva York: Population Council); Organización Mundial de la Salud, 2003, «Gender and HIV/AIDS», *Gender and Health* (noviembre), <http://www.who.int/gender/documents/en/>; Organización Mundial de la Salud, 2003, *Integrating gender into HIV/AIDS programmes: a review paper* (Ginebra: OMS); Population Council y USAID, 2001, *Power in sexual relationships: an opening dialogue among reproductive health professionals* (Nueva York: The Population Council).
- 4 Willard Cates Jr., «Reproductive tract infections», en Robert A. Hatcher y cols., 1998, *Contraceptive technology*, 17a edición revisada (Nueva York: Ardent Media):180.
 - 5 Ibid.
 - 6 Ibid.:181.
 - 7 OMS, UNFPA, IPPF y ONUSIDA, 2005, *Sexual and reproductive health and HIV/AIDS: a framework for priority linkages (gráfica)*; *Global health-sector strategy for HIV/AIDS* adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud 2003, párrafo 8(j); Marge Berer, dir., 2003, *HIV/AIDS, sexual and reproductive health: intimately related*, número monográfico de la revista *Reproductive Health Matters* 11(22).
 - 8 ONUSIDA, 2005, «Intensifying prevention» (v. ref. 2).
 - 9 Organización Mundial de la Salud y Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA, 2006, *Violence against women and HIV/AIDS information sheet*, <http://www.who.int/gender/en/infosheetvawandhiv.pdf>.
 - 10 Karl L. Dehre y Gabriele Riedner, 2005, *Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services*. Ginebra: OMS.
 - 11 John Cleland y cols., dirs., 2004, *Measurement of sexual behaviour*, número especial de la revista *Sexually Transmitted Infections* (80, supl. 11); Carla Makhlouf Obermeyer, 2005, «Reframing research on sexual behavior and HIV», *Studies in Family Planning* 36(1):1-12; Kristin Luker, 1975, *Taking chances: abortion and the decision not to contracept* (Berkeley, CA: University of California Press).
 - 12 OMS, 2005 (v. ref. 1): 34.
 - 13 ONUSIDA, 2005 (v. ref. 2).
 - 14 Michael J. Temin y cols., 1999, «Perceptions of sexual behavior and knowledge about STDs among adolescents in Benin City, Nigeria», *International Family Planning Perspectives* 25(4):15.
 - 15 Shireen Jejeebhoy, Michael Koenig y Christopher Elias, dirs., 2003, *Investigating reproductive tract infections and other gynaecological disorders: a multidisciplinary approach* (Cambridge: Cambridge University Press); Carla Makhlouf Obermeyer, dir., 2001, *Cultural perspectives on reproductive health* (Oxford: Oxford University Press).
 - 16 Mere Nakaterregga Kisekka, dir., 1992, *Women's health issues in Nigeria* (Zaria: Tamaza):185.
 - 17 Christine A. Varga, 2003, «How gender roles influence sexual and reproductive health among South African adolescents», *Studies in Family Planning* 34(3):160-172.
 - 18 Berer, 2003 (v. ref. 7); Helen Epstein y cols., 2002, *HIV/AIDS prevention guidance for reproductive health professionals in developing-country settings* (Nueva York: Population Council y UNFPA).
 - 19 Stuart Rennie y Frieda Behets, 2006, «Desperately seeking targets: the ethics of routine HIV testing in low-income countries», *Bulletin of the World Health Organization* 84(1): 52-57.
 - 20 OMS, 2005 (v. ref. 1):12.
 - 21 Jejeebhoy, Koenig y Elias, 2003 (v. ref. 15).
 - 22 Ibid.
 - 23 OMS, 2005 (v. ref. 1): capítulo 8.
 - 24 Ibid.
 - 25 ONUSIDA, 2005 (v. ref. 2); <http://www.TestHIVNow.com>; <http://www.orasure.com>.
 - 26 ONUSIDA, 2005 (v. ref. 2).
 - 27 Vacunas contra el PVH, http://www.who.int/vaccine_research/diseases/hpv/en; vacunas contra el VIH en ONUSIDA, 2005, «Intensifying prevention» (v. ref. 2); HIV Vaccine Trials Network, 2006, <http://www.hvtn.org>.
 - 28 Alliance for Microbicide Development, 2006, *Microbicide clinical trials summary table*, <http://www.microbicide.org>; ONUSIDA 2005, «Intensifying prevention» (v. ref. 2); *Microbicides: new potential for protection*, 2005, INFO Reports n.o 3 (Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs).
 - 29 Jejeebhoy, Koenig y Elias, 2003 (v. ref. 15); Michael Koenig y cols., 1998, «Investigating women's gynaecological morbidity in India: not just another KAP survey», *Reproductive Health Matters* 6(11):84-97.
 - 30 T. K. Sundari Ravindran, R. Savitri y A. Bhavani, 1999, «Women's experiences of utero-vaginal prolapse: a qualitative study from Tamil Nadu, India», en Marge Berer y T. K. Sundari Ravindran, dirs., *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*, número especial de la revista *Reproductive Health Matters*:170.
 - 31 Hatcher y cols., 1998 (v. ref. 4): capítulos 4-6; Sioban Harlow, 1995, «What we do and do not know about the menstrual cycle, or questions scientists should be asking», Robert H. Ebert Program on Critical Issues in Reproductive Health, Publication Series (Nueva York: The Population Council).
 - 32 Hatcher y cols., 1998 (v. ref. 4) capítulo 3; Organización Mundial de la Salud, 2002, *Cervical cancer screening in developing countries: a report of a WHO consultation* (Ginebra: OMS); Vanessa E. Cullins y cols., 1999, «Cervical cancer prevention using visual screening methods», *Reproductive Health Matters* 7(14): 134-143; Organización Mundial de la Salud, 2006, *Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice* (Ginebra: OMS).
 - 33 Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens y S. Syed, 2004, «Obstetric fistula: the challenge to human rights», *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (87):72-77; Jejeebhoy, Koenig y Elias, 2003 (v. ref. 15); Judith A. Fortney y Jason B. Smith, 1999, «Measuring maternal morbidity», 1999, en Berer y Ravindran (v. ref. 30).
 - 34 Organización Mundial de la Salud, 2001, *Female genital mutilation: integrating the prevention and management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery* (Ginebra: OMS); Organización Mundial de la Salud, 1998, *A systematic review of research on health complications following female genital mutilation, including sequelae in childbirth* (Ginebra: OMS).
-



CAPÍTULO 5

Ayudar a las mujeres, a los varones y a las parejas a conseguir la fecundidad deseada

ASPECTOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN PAÍSES CON INGRESOS BAJOS E INTERMEDIOS

CHAPTER 5

Ayudar a las mujeres, a los varones y a las parejas a conseguir la fecundidad deseada

...[L]os derechos reproductivos abarcan determinados derechos humanos que ya están reconocidos por las leyes nacionales, en los documentos sobre los derechos humanos y en otros documentos de consenso importantes. Estos derechos se basan en el reconocimiento básico del derecho de todas las parejas y personas a decidir con libertad y responsabilidad el número de hijos que quieren tener, con qué frecuencia y en qué momento, y a disponer de la información y los medios para lograrlo. ...También comprenden su derecho a tomar decisiones acerca de la reproducción sin sufrir discriminación, coacción o violencia...

Programa de Acción de la CIPD, 1994, párrafo 7.3

En el programa de la CIPD se especifica «el derecho de los hombres y las mujeres a estar informados y a tener acceso a los métodos de planificación familiar de su elección que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y a otros métodos de su elección para la regulación de la fertilidad que no sean ilegales»¹. La definición de asistencia sanitaria reproductiva abarca el asesoramiento, la información, la educación, la comunicación y los servicios para la planificación familiar; la interrupción del embarazo «en circunstancias en las que el aborto no sea ilegal» y el tratamiento humanitario de las consecuencias del aborto (peligroso); y la prevención y el tratamiento adecuados de la infertilidad². Esta definición implica:

- que desde la primera vez que se tienen relaciones sexuales y a lo largo toda la vida sexual, las personas y las parejas deben poder mantener relaciones sexuales sin temor a un embarazo no deseado;
- tener libertad para hablar con la pareja de los deseos de cada uno en materia reproductiva y para negociar la protección propia, en caso necesario;
- disponer de información sobre las ventajas y los inconvenientes de determinados métodos anticonceptivos y elegir el método mejor para cada uno.

Es fundamental prevenir la infertilidad secundaria, y las personas y las parejas estériles deben tener el derecho a ser diagnosticadas y, si es posible, recibir tratamiento para este trastorno.

Evitar los embarazos no deseados: eficacia de los anticonceptivos y necesidades insatisfechas

Decenios de investigación e inversión en programas de planificación familiar se han traducido en una mejora espectacular de la cobertura de los programas y de las técnicas biomédicas, así como en un aumento importante (aunque desigual) del consumo de anticonceptivos en la mayor parte del mundo en vías de desarrollo³. Entre los métodos anticonceptivos —no todos ellos disponibles en muchos de estos países— se encuentran las hormonas para las mujeres en diversas pautas y vías de administración (comprimidos, inyecciones, implantes, parches, anillos vaginales, dispositivos intrauterinos medicados), los preservativos masculinos y femeninos perfeccionados,

los espermicidas, los capuchones cervicales y otras barreras vaginales, la anticoncepción poscoital (de urgencia), los métodos perfeccionados de conocimiento de los días fértiles, y la ligadura de trompas y la vasectomía mediante técnicas más sencillas y eficaces⁴.

No obstante, las encuestas demográficas y de salud ponen de manifiesto que en muchos países —y entre ellos, algunos con tasas muy elevadas de uso de métodos anticonceptivos—, el 40% de las mujeres que habían dado a luz recientemente señalaban que el embarazo fue deseado a posteriori o no deseado en absoluto⁵. Asimismo, la proporción de mujeres casadas cuyas necesidades de anticoncepción no están cubiertas llega en muchos países al 30% o al 40%, o incluso más⁶.

Estas dos situaciones reflejan en un grado diferente las insuficiencias de los programas y métodos, como por ejemplo los fallos de los anticonceptivos por diversas razones, así como los factores personales y de situación que hay que abordar, entre los que se encuentran la oposición de la pareja, la presencia de efectos secundarios en la mujer o el temor a que estos aparezcan⁷.

La información, las necesidades y la motivación para el uso de anticonceptivos evolucionan a lo largo de la vida a medida que los adolescentes de ambos sexos empiezan sus relaciones sexuales antes del matrimonio o la cohabitación (quizás con varias parejas), o en el momento del matrimonio, y deciden como pareja si quieren tener hijos y cuándo empezar a tenerlos (si es que no los han tenido ya accidentalmente); acumulan experiencia con la anticoncepción (o su ausencia), el embarazo y el parto; piensan en distanciar los hijos y dejar de tenerlos; y probablemente se enfrentan a otros 10 ó 20 años reproductivos más de riesgo. Algunas personas se divorcian, vuelven a casarse y deciden tener otro hijo; otras tienen hijos (deseados o no) fuera del matrimonio o están motivadas para no tenerlos. Hay muchas situaciones ambientales y contextuales, y las trayectorias personales son todavía más variadas.

El reto para los sectores sanitario y educativo consiste en satisfacer esas necesidades cambiantes con una información exhaustiva acerca de los riesgos de embarazo, los métodos anticonceptivos aceptables y su uso correcto y constante. Las intervenciones pretenden rebatir la confianza en los métodos ineficaces y vencer los miedos irrealistas que posiblemente ya hayan adquirido los adolescentes acerca de los efectos secundarios de los anticonceptivos. Es necesario ofrecer un servicio continuo adaptado a las necesidades específicas y cambiantes de las personas y de las parejas y vinculado a otras aportaciones para la salud sexual y reproductiva⁸.

Actualmente existe una amplia base de información acerca de cómo crear entornos de planificación familiar más accesibles, cómo favorecer las interacciones entre el cliente y el profesional y otros aspectos de la calidad de los servicios, y cómo implicar a los varones y a las mujeres en la conversación sobre las alternativas anticonceptivas, su facilidad de uso, la necesidad de colaboración por parte de la pareja, los posibles efectos sobre la expresión sexual (como los métodos que se utilizan durante el coito), la seguridad, la eficacia, los efectos secundarios, la aceptabilidad, la accesibilidad y el coste⁹. Se han elaborado directrices para asesorar a usuarios tales como los adolescentes solteros que necesitan una protección doble; las parejas que quieren utilizar un método natural; las parejas que quieren posponer el primer embarazo o espaciar los siguientes; las personas que quieren emplear un método sin que su pareja lo sepa; las mujeres en período puerperal o de lactancia; las mujeres que reciben asistencia después de un aborto; las mujeres que han tenido relaciones sexuales sin protección (entre ellas las víctimas de violación); las personas o parejas que buscan métodos duraderos reversibles o permanentes; y las mujeres premenopáusicas¹⁰.

También ha crecido mucho la información relativa a los aspectos médicos de la anticoncepción masculina y femenina. Se han establecido criterios médicos de idoneidad para el uso de determinados métodos en las mujeres de cualquier edad reproductiva que presenten problemas de salud concretos, como el tabaquismo empedernido o las enfermedades crónicas con tratamiento farmacológico prolongado (por ejemplo, con antihipertensivos, antirretrovirales)¹¹. Se están llevando a cabo estudios sobre la relación de algunos métodos con los factores protectores y de riesgo

para determinadas enfermedades (como el cáncer de mama, cuello uterino o testículo, las enfermedades cardiovasculares, la endometriosis). Para los asesores de planificación familiar y contra las infecciones de transmisión sexual y por el VIH son cruciales las investigaciones que relacionan el empleo de métodos como las hormonas orales o inyectables, los espermicidas vaginales, la ligadura de trompas y la vasectomía, los diafragmas y capuchones cervicales y los preservativos masculinos y femeninos con los factores de riesgo o protectores para la adquisición y propagación de infecciones del aparato reproductor y de transmisión sexual, incluido el VIH¹².

Se necesitan con urgencia estudios sobre la interacción entre el uso de anticonceptivos como los métodos hormonales y el riesgo de contraer el VIH, de transmitirlo y de que la enfermedad progrese en las personas que padecen el sida, así como sobre las interacciones entre el uso de algún método y los tratamientos contra el VIH, como los antirretrovirales.

En un nivel más general, en diversos entornos de ingresos bajos e intermedios se necesitan estudios para:

- identificar las interconexiones entre la anticoncepción y la salud mental y física en diferentes poblaciones;
- mejorar la eficacia, la seguridad, la aceptabilidad y la comodidad para el usuario de los métodos actuales en grupos especiales como los adolescentes, los ancianos y las personas con enfermedades crónicas;
- disminuir los efectos secundarios propios de cada método;
- desarrollar técnicas nuevas, como los métodos de periodicidad mensual para las mujeres y los métodos reversibles para los varones, y mejorar la doble protección contra el embarazo y las enfermedades.

Paralelamente al desarrollo de un surtido de métodos nuevos que satisfagan mejor las necesidades de planificación familiar de las personas y las parejas, las investigaciones en el nivel operativo permiten evaluar y recomendar estrategias para:

- aumentar las alternativas de métodos baratos disponibles y aptos para una variedad de usuarios, como la anticoncepción de urgencia, y garantizar el abastecimiento constante de los productos, incluidos los de venta sin receta;
- mejorar la accesibilidad general y la calidad de la asistencia anticonceptiva;
- adoptar y ampliar intervenciones como las técnicas nuevas, las directrices y los módulos de formación para profesionales¹³.

También hacen falta estudios que identifiquen de qué manera se pueden vincular servicios como el asesoramiento sobre la sexualidad, los estudios de infertilidad y los análisis para las infecciones de transmisión sexual y por el VIH para los clientes y su pareja con la asistencia para la planificación familiar en diferentes entornos y, a su vez, cómo garantizar que se aborde y se ofrezca la anticoncepción en la asistencia prenatal, posnatal y tras el aborto. Por supuesto, la detección sistemática de las infecciones del aparato reproductor y de transmisión sexual, incluido el VIH, tiene una importancia capital en el ámbito de la planificación familiar para conservar la salud y la futura fecundidad de la pareja, y es un requisito imprescindible antes de implantar un DIU o de aplicar otras técnicas transcervicales¹⁴.

Tratar los embarazos no deseados

El fomento de un mayor uso de los anticonceptivos eficaces puede dar buenos resultados en cuanto a disminución del número de abortos¹⁵. Se calcula que de los 210 millones de embarazos que se producen anualmente en el mundo, 46 millones acaban en un aborto provocado¹⁶. De estos, la proporción de usuarios de anticonceptivos cuyo método ha fracasado es en ocasiones elevada¹⁷. Posiblemente se lleven a cabo 19 millones de abortos en condiciones peligrosas según la definición de la OMS, prácticamente todos ellos en países en vías de desarrollo con leyes restrictivas¹⁸.

Las intervenciones peligrosas causan cada año la muerte de unas 68.000 mujeres, y tal vez discapacidades transitorias o permanentes a otros cinco millones¹⁹. Sin embargo, resulta considerablemente difícil calcular con precisión la incidencia del aborto y la morbilidad

asociada, ya sea a partir de fuentes institucionales, cálculos indirectos o las propias mujeres²⁰. Se necesitan estudios que hagan visible esta dimensión invisible de la salud reproductiva con fines de control, de programación y políticos²¹.

Una evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas respecto al aborto permitiría comprobar el alcance de la información de que disponen las mujeres acerca de los diversos métodos y de dónde obtenerlos; su concienciación respecto a los riesgos²²; sus conocimientos sobre la situación legal del aborto en su país; si alguna vez han intentado provocar una menstruación retrasada o un aborto espontáneo; y, en caso afirmativo, dónde, cómo y con qué consecuencias²³.

En la vida de una niña o de una mujer, la comprobación de que ha desaparecido la menstruación es un acontecimiento importante que se puede vivir con emoción, con resignación o con desesperación. La reacción dependerá de la edad, de la situación conyugal o de pareja, de la oportunidad del embarazo, de los hijos que ya se tengan, de las circunstancias sociales y económicas, de cómo crean que reaccionará su marido o su pareja al embarazo, de los problemas de salud y de otros muchos factores²⁴. Otra posibilidad es que la niña o mujer haya sufrido una violación por parte de un extraño o violencia o coacción sexual por su pareja. Sin embargo, poco se sabe acerca del proceso de toma de decisiones sobre la fecundidad después de la concepción, de por qué algunas mujeres o parejas deciden interrumpir el embarazo mientras que otras en la misma situación no lo hacen, y acerca del papel que desempeña el varón de la pareja en la decisión.

En los entornos con leyes restrictivas, una niña o mujer que esté desesperada por interrumpir el embarazo buscará habitualmente fuentes interpersonales y extraoficiales de información y asistencia si no puede costearse un médico que actúe de forma clandestina. Es posible que pregunte a una amiga o pariente de sexo femenino por algún remedio, como las infusiones herbarias o las duchas vaginales, para «hacer bajar» la regla que se ha retrasado, o que busque en el mercado pastillas o inyecciones comerciales que se rumorea que provocan la menstruación²⁵. «Una mujer será capaz de beber jugo de cebolla o de ajo, o de tomar cualquier cosa del herbolario», afirma una mujer egipcia en una sesión de grupo. «Conozco a una mujer que intentó de todo y no funcionó»²⁶. Cuando los intentos fracasan, puede que la mujer adopte o no medidas más drásticas. «Una de mis amigas me llevó a una mujer que me masajéo el abdomen, metió la mano en mi matriz y la agitó hasta que sangré», explica una maestra de Birmania (Myanmar). «Aborté en casa, el dolor no desaparecía y tenía fiebre. No sabía que la gente podía morir tras un aborto»²⁷. Las complicaciones de las prácticas peligrosas son bien conocidas y comprenden el aborto incompleto, las quemaduras químicas, el envenenamiento, la perforación uterina, las hemorragias y las infecciones, todas las cuales necesitan un tratamiento hospitalario urgente (a menudo inaccesible)²⁸.

El uso de técnicas sencillas por parte de personal cualificado prácticamente eliminaría la morbimortalidad asociada al aborto allí donde la ley permite estas intervenciones (o las tolera sin penalización)²⁹. Los estudios clínicos demuestran que la aspiración al vacío, manual o eléctrica, realizada por personal paramédico cualificado antes de las 12 semanas de gestación es segura³⁰. Los métodos médicos, como la administración de mifepristona y misoprostol combinados, se están perfeccionando para determinar la dosis mínima y las vías de administración óptimas (vaginal, oral) y para simplificar los procedimientos (menos consultas, menor tiempo de espera), establecer su eficacia en etapas más avanzadas del embarazo, reducir al mínimo los efectos secundarios y evaluar la aceptabilidad para los profesionales y los clientes de diferentes entornos³¹. Prosiguen las investigaciones sobre el uso del misoprostol en monoterapia y de otros medicamentos para estimular las contracciones uterinas en los abortos a largo plazo³². Dos puntos esenciales son la seguridad de los distintos métodos para provocar el aborto en mujeres infectadas por el VIH (especialmente en aquellas que tienen una cifra baja de leucocitos CD4, anemia o ambas) y si el tratamiento con misoprostol y mifepristona tiene alguna interacción adversa con los antirretrovirales.

El asesoramiento tras el aborto es un elemento esencial de la intervención de los servicios de salud sexual y reproductiva³³. Las evaluaciones de la calidad de la asistencia postaborto abarcan

procedimientos como vigilar el estado físico y emocional de la paciente; advertirla de los signos de peligro y enseñarle qué debe hacer si estos aparecen; programar una consulta de seguimiento; aconsejar acerca de la doble protección contra las ITS y contra nuevos embarazos; explicar las técnicas de negociación; y proporcionar un método anticonceptivo adecuado, ya sea in situ, si es posible, o mediante remisión.

En la revisión y evaluación de la CIPD realizada a los cinco años por la ONU se recomendó que «en aquellas circunstancias en las que el aborto no sea ilegal, los sistemas sanitarios deben formar y equipar a los profesionales sanitarios y adoptar otras medidas para garantizar que el aborto sea seguro y accesible»³⁴. Para cumplir este objetivo, se necesitan estudios que ayuden a:

- mejorar la recogida de datos poblacionales acerca de los conocimientos y prácticas relativos al aborto, como su incidencia, su seguridad y las características de quienes lo practican;
- crear más entornos de apoyo en los países donde la ley permita el aborto únicamente para salvar la vida de la mujer³⁵;
- identificar y eliminar las barreras administrativas y legales innecesarias para acceder al aborto *dentro* de los límites legales vigentes, como las autorizaciones médicas o los períodos de espera excesivos, así como las actitudes negativas de los profesionales hacia las mujeres que solicitan el aborto³⁶;
- entender el proceso de toma de decisiones para el aborto en diferentes grupos de mujeres (por ejemplo, adolescentes, solteras, mujeres mayores) y por qué, cuándo, dónde y cómo interrumpen las mujeres un embarazo deseado;
- documentar el coste que el aborto peligroso supone para la mujer, para su familia y para el sistema sanitario, así como los beneficios económicos que obtienen quienes lo practican, incluidos los médicos, allí donde el aborto es ilegal y, por tanto, caro;
- proporcionar pruebas del efecto de la despenalización y el establecimiento de unos servicios seguros para practicar el aborto, como son la aspiración manual y el aborto médico por parte de profesionales de grado intermedio, sobre la morbilidad materna.

Conseguir los embarazos deseados: diagnóstico y tratamiento de la infertilidad

En muchas sociedades, las esposas jóvenes y sus maridos soportan una intensa presión social para tener un hijo durante el primer o segundo año de matrimonio, y más adelante para tener un segundo o tercer hijo o un bebé del sexo deseado³⁷. Es más, no conseguirlo puede significar un desastre y especialmente para la mujer, a quien se suele culpar de ello. «La llaman *waanj* (estéril)» explica un agente de planificación familiar de Bhiwandi, en la India. «Existe la superstición de que si toca a un bebé, éste morirá»³⁸. Aun así, y a pesar de la elevada prevalencia de la infertilidad primaria y secundaria, que afecta al 20% a 40% de las parejas en las zonas del África subsahariana donde las infecciones de transmisión sexual son endémicas y al 10% en países en vías de desarrollo como la India³⁹, el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad masculina y femenina es uno de los aspectos más desatendidos de la salud sexual y reproductiva en las regiones con bajos ingresos⁴⁰. Como sucede con otros muchos aspectos de la salud sexual y reproductiva, las mujeres que tienen dificultades para concebir suelen recurrir a los curanderos tradicionales, espiritistas y otras fuentes antes de acudir a un centro sanitario o a un médico privado, si es que lo hacen.

No obstante, a menudo no se consigue identificar la causa de la infertilidad de una pareja ni siquiera en condiciones ideales, y la mayoría de los profesionales sanitarios de atención primaria y de planificación familiar no están bien equipados para esta tarea⁴¹. Entre las muchas causas posibles de la infertilidad masculina y femenina se encuentran las secuelas de las infecciones del aparato reproductor y de transmisión sexual, y de enfermedades generalizadas como la tuberculosis, el paludismo o la infección por el VIH⁴². En las mujeres, la imposibilidad de concebir puede ser consecuencia de una lesión ovárica o tubárica secundaria a una endometriosis, a una tuberculosis pélvica o a una enfermedad inflamatoria pélvica, esta última debida a infecciones de transmisión como la gonococia o la clamidiasis; de una infección puerperal o postaborto debida a procedimientos peligrosos; o de otras causas. Entre los motivos de la imposibilidad de llevar a término un embarazo se encuentran las infecciones de transmisión sexual como la sífilis, las complicaciones de partos o abortos peligrosos previos, los tumores y otros muchos factores. Asimismo, la infertilidad masculina, cuya causa inmediata es un semen de mala calidad o escaso, puede ser consecuencia de una obstrucción de los conductos deferentes o de un trastorno de la producción de espermatozoides, originados a su vez por determinadas infecciones de transmisión

sexual, por algunas enfermedades generales o por factores hormonales, ambientales o de hábitos de vida (como el tabaquismo o el consumo excesivo de alcohol y drogas)⁴³.

Los tratamientos de la infertilidad comprenden un surtido de estrategias médicas y extramédicas, que en su mayor parte no están al alcance de la mayoría de las parejas de los países en vías de desarrollo. Es posible que la intervención más importante para la infertilidad por ITS sea la identificación y el tratamiento precoces de las infecciones para evitar la esterilidad secundaria. De hecho, podría decirse que los adelantos realizados en el campo de las técnicas de reproducción asistida, como la fecundación *in vitro*, la transferencia intratubárica de gametos o cigotos, la inyección intracitoplásmica de espermatozoides y la congelación de embriones, representan un caso clásico de desigualdad entre las inversiones y las necesidades⁴⁴. Un grupo de intervenciones que posiblemente tengan una repercusión muy superior en la mayoría de los entornos de bajos recursos son la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el suministro de medios para curar dichas infecciones y la enfermedad inflamatoria pélvica, como los antibióticos; el tratamiento quirúrgico de las obstrucciones orgánicas femeninas y masculinas; las técnicas sencillas de inseminación artificial; y las estrategias extramédicas como el asesoramiento acerca de la frecuencia y el momento óptimos para el coito y otras modificaciones de la conducta⁴⁵. Los estudios sociales, clínicos y operativos ayudarían a identificar las intervenciones esenciales en los niveles personal, de pareja y social para prevenir las enfermedades frecuentes que provocan infertilidad; para diagnosticar y tratar la esterilidad con métodos sencillos, cuando sea posible; y para reducir el estigma de la esterilidad mediante el asesoramiento de la pareja y de la familia, la educación de la sociedad y el apoyo a los acuerdos alternativos para el intercambio de niños, como la acogida o la adopción, entre otras opciones.

Bibliografía del capítulo 5

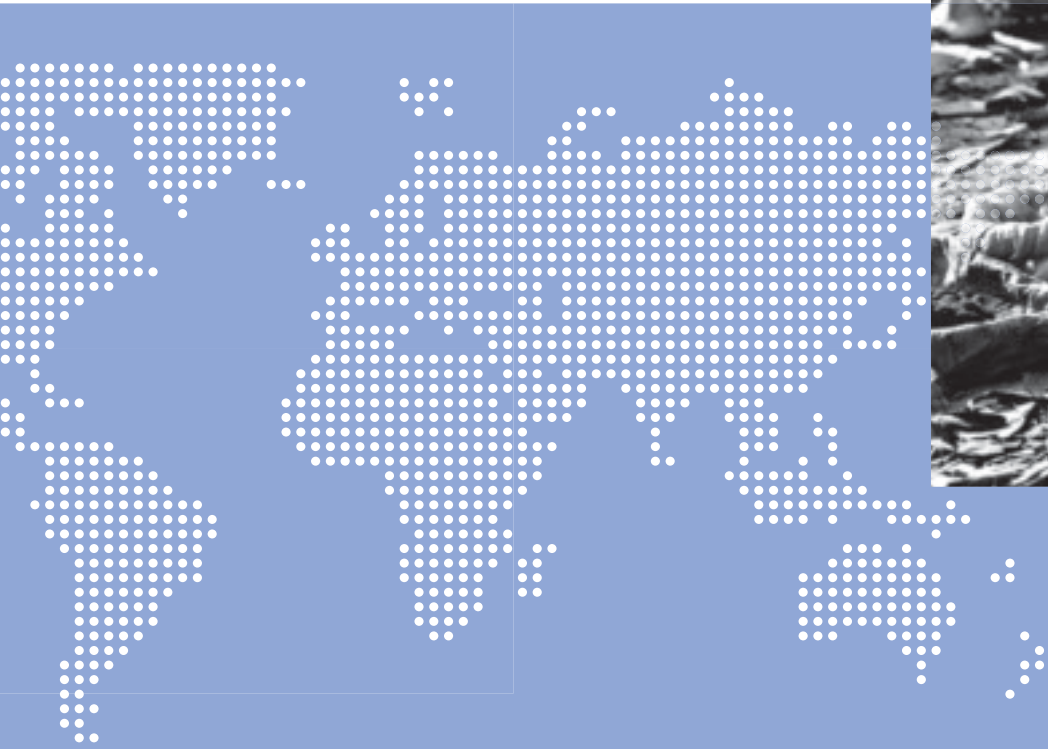
- 1 Programa de Acción de la CIPD, 1994, párrafo 7.2.
 - 2 *Ibid.*, párrafos 7.6, 8.25.
 - 3 Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2004, *World population monitoring 2002, reproductive rights and reproductive health: selected aspects* (Nueva York: Naciones Unidas), capítulo III.
 - 4 Ushma D. Upadhyay, 2005, *New contraceptive choices, population reports*, serie M., n.º 19 (Baltimore, MD: Population Information Program, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health); Robert A. Hatcher y cols., 1998, *Contraceptive technology*, 17th ed. (Nueva York: Ardent Media).
 - 5 «Fertility planning status», www.measuredhs.com/statcompiler.
 - 6 Demographic and Health Surveys, «Need for family planning services», www.measuredhs.com/statcompiler; Charles F. Westoff, 2001, *Unmet need at the end of the century*, DHS Comparative Reports n.º 1 (Calverton, MD: ORC Macro); John Bongaarts, 1997, «Trends in unwanted childbearing in the developing world», *Studies in Family Planning* 28(4):267-277.
 - 7 Anrudh Jain, 1999, «Should eliminating unmet need for contraception continue to be a program priority?» *International Family Planning Perspectives* 25: S30-S43; John B. Casterline, Aurora E. Pérez y Ann E. Biddlecom, 1997, «Factors underlying unmet need for family planning in the Philippines», *Studies in Family Planning* 28(3):173-191; Bryant Robey, John A. Ross e Indu Bhushan, 1996, *Meeting unmet need: new strategies, population reports*, series J, n.º 43 (Baltimore: Population Information Program, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health); John Bongaarts y Judith Bruce, 1995, «The causes of unmet need for contraception and the social context of services», *Studies in Family Planning* 26(2):57-75.
 - 8 Anrudh Jain, 2001, «Implications for evaluating the impact of family planning programs with a reproductive health orientation», *Studies in Family Planning* 32(3):220-229.
 - 9 Organización Mundial de la Salud, 2004, *Selected practice recommendations for contraceptive use* (Ginebra: OMS); Saumya RamaRao y Raji Mohanam, 2003, «The quality of family planning programs: concepts, measurement, interventions, and effects», *Studies in Family Planning* 34(4):227-248.
 - 10 Hatcher y cols., 1998 (v. ref. 4):78.
 - 11 Organización Mundial de la Salud, 2004, *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, 3a ed. (Ginebra: OMS).
 - 12 *Ibid.*
 - 13 Organización Mundial de la Salud, 2002, *Making decisions about contraceptive introduction: a guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care* (Ginebra: OMS); Organización Mundial de la Salud, 2002, *The strategic approach to improving reproductive health policies and programmes: a summary of experiences* (Ginebra: OMS).
 - 14 Organización Mundial de la Salud, 2005, *Sexually transmitted infections and other reproductive tract infections: a guide to essential practice* (Ginebra: OMS): capítulo 6; Kevin R. O'Reilly, Karl L. Dehne y Rachel Snow, 1999, «Should management of STIs be integrated into family planning services: evidence and challenges», *Reproductive Health Matters* 7(14):49-59.
-

Bibliografía del capítulo 5

- 15 Charles F. Westoff, 2005, *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*, DHS Analytical Studies n.o 8 (Calverton, MD: ORC Macro); Cicely Marston y John Cleland, 2003, «Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence», *International Family Planning Perspectives* 29(1):6-13; John Bongaarts y Charles F. Westoff, 2000, «The potential role of contraception in reducing abortion», *Studies in Family Planning* 31(3):193-202
 - 16 Organización Mundial de la Salud, 2004, *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4a ed. (Ginebra: OMS).
 - 17 Hatcher y cols., 1998 (v. ref. 4), capítulo 31.
 - 18 Marge Berer, 2004, «National laws and unsafe abortion: the parameters of change», *Reproductive Health Matters* 12(24 supl.):1-8.
 - 19 OMS, 2004 (v. ref. 16).
 - 20 *Ibíd.*; Clémentine Rossier, «Estimating induced abortion rates: a review», *Studies in Family Planning* 34(2):87-102.
 - 21 Dale Huntington, Barbara Mensch y Vincent C. Miller, 1996, «Survey questions for the measurement of induced abortion», *Studies in Family Planning* 27(3):155-161.
 - 22 Valentine O. Otoide, Frank Oronsaye y Friday E. Okonofua, 2001, «Why Nigerian adolescents seek abortion rather than contraception: evidence from focus-group discussions», *International Family Planning Perspectives* 27(2):77-81.
 - 23 ORC Macro, 2001, *Final report, Armenia: 2000 DHS*, y *Final report, Cambodia: 2000 DHS*, <http://www.measuredhs.com>.
 - 24 Akinrinola Bankola, Shusheela Singh y Taylor Haas, 1999, «Characteristics of women who obtain induced abortion: a worldwide review», *International Family Planning Perspectives* 25(2):68-77; Akinrinola Bankole, Shusheela Singh y Taylor Haas, 1998, «Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries», *International Family Planning Perspectives* 24(3):117-127.
 - 25 Axel I. Mundigo y Cynthia Indriso, dirs., 1999, *Abortion in the developing world* (Londres: Zed Books y Nueva Delhi: Vistaar Publications, para OMS); Etienne van de Walle y Elish P. Renne, dirs., 2001, *Regulating menstruation: beliefs, practices, interpretations* (Chicago: University of Chicago Press).
 - 26 Dale Huntington, 2001, «Abortion in Egypt», en Carla Makhoul Obermeyer, dir., *Cultural perspectives on reproductive health* (Oxford: Oxford University Press).
 - 27 Katherine Ba-Thike, 1997, «Abortion: a public health problem in Myanmar», *Reproductive Health Matters* 9 (May):98.
 - 28 Organización Mundial de la Salud, 1994, *Clinical management of abortion complications: a practical guide* (Ginebra: OMS).
 - 29 Organización Mundial de la Salud, 2003, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (Ginebra: OMS).
-

Bibliografía del capítulo 5

- 30 *Ibíd.*: 28; Nguyen Duc Vy y Nguyen Thi My Huong, 2005, «Comparison of the safety and the quality of manual vacuum aspiration (MVA) performed by physicians and mid-level health providers in Viet Nam», *Journal of Obstetrics and Gynaecology-VINAGOFPA* (número especial):313-319; Ipas e IHCAR, 2002, *Deciding women's lives are worth saving: expanding the role of midlevel providers in safe abortion care* (Chapel Hill, NC: Ipas).
- 31 Marge Berer, dir., 2005, *The abortion pill*, número monográfico de la revista *Reproductive Health Matters* 13(26); Organización Mundial de la Salud, 2003 (v. ref. 29):28-51; Batya Elul y cols., 2001, «Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen?» *The Lancet* 357 (mayo):1402-1405.
- 32 OMS, 2003 (v. ref. 29):33-34.
- 33 *Ibíd.*: 44-46, 103-106.
- 34 Asamblea General de la ONU, 21a sesión especial, 1 de julio de 1999, *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, A/S-21/5Add.1, párrafo 63 (iii).
- 35 Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2004 (v. ref. 3): Tabla A.9.
- 36 OMS, 2003 (v. ref. 29):91-94; Adrienne Germain y Theresa Kim, 1998, *Expanding access to safe abortion: strategies for action* (Nueva York: Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres).
- 37 Marcia C. Inhorn, 2001, «The quest for conception in Egypt: gender, class and religion in infertility therapy decisions», en Obermeyer (v. ref. 26).
- 38 Bishakha Datta, 2002, «'What about us?' Bringing infertility into reproductive health care», *Quality/Calidad/Qualité* 13 (Nueva York: The Population Council): 3.
- 39 Carla AbouZahr, E. Ahman y R. Guidotti, 1998, «Puerperal sepsis and other puerperal infections», in Christopher J. L. Murray y Alan D. López, dirs., *Health dimensions of sex and reproduction* (Cambridge, MA: Harvard University Press para la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial):205.
- 40 Datta, 2002 (v. ref. 38); Organización Mundial de la Salud, 2002, *Current practices and controversies in assisted reproduction: report of a WHO meeting* (Ginebra: OMS).
- 41 Organización Mundial de la Salud, 2000, *WHO manual for the investigation, diagnosis and management of the infertile male* (Ginebra: OMS); Organización Mundial de la Salud, 1993, *WHO manual for the standardized investigation and diagnosis of the infertile couple* (Ginebra: OMS).
- 42 Hatcher y cols., 1998 (v. ref. 4): capítulo 27.
- 43 *Ibíd.*: 654.
- 44 OMS, 2002 (v. ref. 40).
- 45 *Ibíd.*
-



CAPÍTULO 6

Garantizar que el desenlace del embarazo sea satisfactorio para la madre y el recién nacido

ASPECTOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN PAÍSES CON INGRESOS BAJOS E INTERMEDIOS

CAPÍTULO 6

Garantizar que el desenlace del embarazo sea satisfactorio para la madre y el recién nacido

Todos los países, con el apoyo de todos los sectores de la comunidad internacional, deben ampliar la prestación de servicios de salud materna en el contexto de la atención primaria. Estos servicios, basados en el concepto de la elección informada, deben comprender la educación para la maternidad sin riesgos, la atención prenatal dirigida y eficaz, los programas de nutrición materna, una asistencia adecuada del parto que evite recurrir en exceso a la cesárea y resuelva las urgencias obstétricas, unos servicios de referencia para las complicaciones del embarazo, del parto y del aborto, la asistencia posnatal y la planificación familiar. Todos los nacimientos deben ser asistidos por personas cualificadas, preferiblemente enfermeras y matronas y, si no es posible, al menos por auxiliares adiestradas...

Programa de Acción de la CIPD, 1994, párrafo 8.22

Para la mayoría de las mujeres del mundo, y en especial las adolescentes, el embarazo, incluso el deseado, es una fuente de inquietud y expectación. ¿Vivirá el niño? «He oído que el primer parto es aún más difícil si el bebé es grande», dice una mujer vietnamita. «Por ello no me atrevo a comer alimentos nutritivos, ya que tengo miedo a que me operen en el hospital comarcal»¹. ¿Sobrevivirá el niño, estará sano y será del sexo «correcto»? Una segunda mujer explica: «Sé que para nosotros será muy duro criar otro hijo más, pero debemos tener al menos un varón»². Las presiones para conseguir el «éxito» reproductivo son intensas tanto para la mujer como para el varón.

Si seguimos a una mujer a lo largo de la secuencia de acontecimientos y condiciones vitales que la hacen propensa a morir o sufrir discapacidades a causa del embarazo, descubriremos dos aspectos importantes para la intervención mediante los programas de salud sexual y reproductiva. El primero consiste en *disminuir la exposición* de la mujer a los riesgos generales del embarazo y el parto mediante una planificación familiar eficaz que le permita distanciar y limitar sus embarazos y evitar concepciones imprevistas, lo que reducirá la tasa de mortalidad materna (muertes maternas por cada 100.000 mujeres en edad fértil)³. El segundo consiste en *disminuir los riesgos* propios del embarazo y el parto mediante servicios más seguros y accesibles, lo que reducirá el *coeficiente* de mortalidad materna (muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) tal y como se ha establecido en la revisión de la CIPD a los cinco años y en los objetivos para la salud materna de los objetivos de desarrollo del milenio. Sin embargo, la disminución del riesgo de los partos no incumbe únicamente a la asistencia obstétrica, sino también al proceso continuo de asistencia sanitaria y nutrición desde la infancia y hasta el final de la vida reproductiva, pasando por la adolescencia.

Las iniciativas mundiales para una maternidad segura han contribuido de manera considerable a la disminución de las muertes asociadas al embarazo en algunas zonas del mundo en vías de desarrollo,

especialmente en los países de ingresos intermedios que gozan de un buen sistema de atención primaria⁴. Sin embargo, en casi todos los sitios se han encontrado dificultades para abordar algunas de las causas de la morbilidad materna (y neonatal)⁵, y en los países más pobres que carecen de un sistema sanitario o que sufren una crisis económica o política se han hecho pocos progresos (o ninguno)⁶. En consecuencia, el coeficiente de mortalidad materna prácticamente no ha variado en el decenio comprendido entre 1990 y 2000⁷. Es posible que cada año mueran medio millón de mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio; que haya 3,3 millones de mortinatos; y que otros tres millones fallezcan antes de una semana de vida⁸.

Hay en marcha estudios biomédicos y operativos que están comprobando la eficacia de las nuevas intervenciones clínicas para prevenir y tratar las principales complicaciones prenatales, obstétricas y puerperales y para adaptar otras intervenciones a los entornos de bajos ingresos. La OMS y otros organismos de la ONU han elaborado unas directrices basadas en datos científicos en las que se especifican las aptitudes, la formación, las técnicas y las instalaciones que son necesarias y los procedimientos que hay que seguir en los diferentes centros (hospitales, consultorios, puestos de salud, hogares) para la prestación de una asistencia esencial básica (nivel primario) y especializada (niveles secundario y terciario)⁹. La abundancia de estudios realizados a lo largo de los años ha contribuido al banco de conocimientos sobre las intervenciones rentables (con un índice favorable entre coste y eficacia); el mayor reto es su puesta en marcha. No obstante, es necesario seguir investigando para desarrollar nuevas técnicas sencillas y conocer las causas de problemas importantes como los trastornos hipertensivos del embarazo, el parto prematuro y el muy bajo peso al nacer con el fin de desarrollar mejores estrategias de prevención y tratamiento. Además, los estudios ayudan a identificar y superar los obstáculos de los sistemas sanitarios para retener al personal cualificado, contratar y formar personal y adoptar y ampliar las mejores prácticas, así como los obstáculos que impiden a las mujeres tener un embarazo y un parto sin riesgos¹⁰.

Cuantificación y ordenación de los riesgos de muerte

En ausencia de un buen sistema de notificación, resulta difícil cuantificar las muertes maternas y sus causas, especialmente en los lugares donde la mayoría de las mujeres fallece fuera del hospital¹¹. Los métodos innovadores que se han creado para solicitar a los familiares y a los proveedores extraoficiales y oficiales la información acerca de las muertes maternas son de una utilidad incalculable para identificar las principales causas de muerte y orientar la respuesta del sector sanitario¹².

Aunque los patrones varían considerablemente de un entorno a otro debido a factores de la población y del sistema sanitario¹³, los datos combinados —que se ofrecen en el párrafo siguiente— constituyen una plantilla sobre la que diseñar las respuestas de los sectores educativo y sanitario¹⁴.

Cuando una niña o mujer se queda embarazada, es posible que ya se encuentre en peligro a causa de trastornos preexistentes tales como una mala situación nutricional, anemia, paludismo, diabetes e infecciones del aparato reproductor, de transmisión sexual o por el VIH. En interacción con el embarazo, las enfermedades preexistentes son responsables indirectas de cerca del 19% de todas las muertes maternas¹⁵. Los acontecimientos que ocurren en las primeras etapas de la gestación, como las complicaciones de los abortos peligrosos tras embarazos no deseados o imprevistos, representan el 13% de las muertes maternas; al embarazo ectópico no tratado le corresponde el 8% de estas muertes. Más adelante, los riesgos incluyen la hipertensión arterial, que puede empeorar al final del embarazo y, si no se trata, provocar convulsiones (es la eclampsia, causante del 12% de las muertes maternas). Las complicaciones del parto, entre las que se encuentran el parto prolongado, el parto obstruido, la retención de la placenta, los desgarros vaginales o del cuello uterino y la rotura o la inversión del útero, producen el 8% de las muertes. Las complicaciones del parto que aparecen horas o días después del mismo comprenden la hemorragia puerperal (25%), que puede ser súbita y causar la muerte en apenas dos horas, y la septicemia puerperal (15%)¹⁶. La mayoría de estos desenlaces se deben a una asistencia insuficiente o a prácticas de parto peligrosas¹⁷.

Asistencia esencial durante el embarazo

Los datos procedentes de las encuestas demográficas y de salud indican que en el decenio de 1990 a 2000, la probabilidad de que las mujeres asistieran como mínimo a una consulta prenatal aumentó

progresivamente en todas las regiones geográficas, salvo en el África subsahariana¹⁸. No obstante, hay enormes contrastes interregionales. Por ejemplo, en Botsuana, Cuba y Bahrein tuvieron al menos una consulta prenatal el 97% o más de las mujeres, en comparación con el 27% en Etiopía y el 29% en Laos. Dentro de un mismo país, las mujeres con menos estudios, las mujeres pobres, las residentes en zonas rurales y aquellas cuyo embarazo no estaba previsto tuvieron menos posibilidades de recibir asistencia prenatal¹⁹.

El acuerdo para la asistencia prenatal, en el que se establecen las recomendaciones para la coordinación, el número y el contenido clínico y de asesoramiento de las consultas, está diseñado para evitar o interrumpir las secuencias perjudiciales de acontecimientos o condiciones de la salud sexual y reproductiva que tienen una importancia especialmente crucial en las zonas donde hay una mortalidad materna y perinatal elevada y las enfermedades infecciosas son endémicas²⁰. Entre las intervenciones fundamentales se encuentran el consejo para evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas, y la detección y el tratamiento sistemáticos de la anemia ferropénica, el paludismo, la hipertensión arterial, las carencias de vitamina A y yodo, la bacteriuria y proteinuria (signos de infección, de nefropatía o de preeclampsia) y las infecciones de transmisión sexual especialmente dañinas, como la sífilis, la gonococia, la clamidiasis y la infección por el VIH y el sida²¹. Se han desarrollado técnicas sencillas y relativamente baratas para realizar la mayoría de estas intervenciones en una sola consulta en las zonas de escasos recursos, y que si se adoptaran de forma universal permitirían eliminar enfermedades como la preeclampsia y la sífilis congénita²².

No obstante, aún queda mucho por hacer, sobre todo en relación con la puesta en marcha y la ampliación de las intervenciones para un gran porcentaje de mujeres embarazadas en países de ingresos bajos e intermedios y con el tratamiento de todas las complicaciones que se detecten. Otros retos son fomentar una mayor participación de los varones en la toma de decisiones y la asistencia prenatales y eliminar la violencia contra las mujeres, que a veces aumenta durante el embarazo y que eleva el riesgo de que se produzcan complicaciones y la muerte. También se necesitan estudios que permitan formular políticas eficaces para la detección prenatal sistemática, el asesoramiento y la prevención de la transmisión parental del VIH a los lactantes en las zonas donde la prevalencia es elevada o entre las personas de alto riesgo.

Si no recibe tratamiento, una mujer seropositiva para el VIH tiene entre un 25% y un 40% de posibilidades de contagiar el virus a su hijo; si recibe antirretrovirales durante el embarazo, el parto y el puerperio en el caso de que amamante a su hijo, las probabilidades oscilan entre el 2% y el 5%²³. Se necesitan datos procedentes de estudios que orienten el debate sobre la ética de la detección sistemática²⁴.

Para disminuir la tasa de nuevas infecciones por el VIH entre los lactantes y fomentar la responsabilidad parental conjunta es necesario resolver en diversos contextos los aspectos relativos a la discriminación y la notificación a la pareja; los problemas de la disponibilidad, el coste, el momento oportuno y la duración del tratamiento antirretroviral; y otras cuestiones²⁵.

Asistencia durante el parto y el puerperio

Según las recomendaciones de las directrices internacionales, la mujer que acude para recibir asistencia prenatal debe hacer un plan de parto que comprenda, si es posible, la decisión de dar a luz en un hospital, clínica o centro de salud y, en caso contrario, la organización de la ayuda de un asistente especializado para el parto en casa²⁶. Hay que respetar su derecho a decidir dónde, cómo y con quién dar a luz (y si debe o no estar presente su pareja). Si decide tener un parto domiciliario, se indicará a la mujer y a sus familiares cuáles son los signos de peligro y se les enseñará a seguir un plan de emergencia concreto en caso de que surjan complicaciones. Para las mujeres que desean una asistencia tradicional del parto, que solicitan ayuda a una pariente o vecina, o que dan a luz solas, se han desarrollado botiquines obstétricos desechables con ilustraciones gráficas fáciles de seguir en las que se describen las prácticas correctas para el parto y la necesidad de evitar las prácticas perjudiciales²⁷.

Medir el efecto de los servicios de asistencia materna es una tarea que exige un gran esfuerzo. Se necesitan estudios de población extensos y sistemas de vigilancia que aporten pruebas concluyentes

de la repercusión de las intervenciones. Por ejemplo, la iniciativa Making Pregnancy Safer («Por un embarazo más seguro») fomenta de forma activa el uso universal de asistentes obstétricos especializados, como matronas, médicos y enfermeras bien adiestrados en las técnicas necesarias para atender un parto normal y para diagnosticar o derivar las complicaciones obstétricas. Un segundo componente de esta iniciativa consiste en establecer un sistema universalmente accesible de comunicación y transporte hacia los centros que disponen de personal y equipo adecuados para ofrecer una asistencia obstétrica completa y urgente²⁸. No obstante, carecemos de pruebas concluyentes del efecto de disponer de asistentes especializados y de centros de remisión sobre el coeficiente de mortalidad materna, en parte porque en algunos países las muertes maternas son infrecuentes y la base de datos tarda mucho en crecer²⁹. Además, el diseño de estudios capaces de evaluar los efectos independientes e interactivos de determinados tipos de *profesionales* actuando en diferentes *intervenciones* en diferentes *centros* con diferentes *usuarios* y en diferentes *entornos* es extremadamente exigente. No se trata solo de «atender el parto» sino también de dar asistencia durante el puerperio, que es cuando se producen la mayor parte de las muertes maternas³⁰. Otras iniciativas, como la recientemente creada Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), necesitarán pruebas sólidas de la probable repercusión de las intervenciones encaminadas a reducir la morbilidad y la mortalidad con el fin de fundamentar sus recomendaciones a los gobiernos de los países con ingresos bajos o intermedios.

El tratamiento especializado de las complicaciones urgentes debería estar a cargo de un médico especialista en obstetricia en un centro bien equipado. Sin embargo, dadas la brusquedad y la imprevisibilidad de las complicaciones, la distancia hasta los servicios de urgencia y la dificultad para organizar el transporte en automóvil, bote, carro de tracción animal, carretilla o parihuela, la prioridad en la mayoría de las zonas de pocos recursos es proveer a la comunidad de asistentes especializados que dispongan de la preparación y el equipamiento necesarios para tratar, al menos de forma transitoria, las complicaciones que entrañan un mayor riesgo inmediato de muerte. En diferentes entornos nacionales y subnacionales se están probando soluciones prácticas y adaptando técnicas (en función de las necesidades y recursos) para la provisión de una asistencia obstétrica urgente básica durante y después del parto, tales como el tratamiento de las convulsiones (eclampsia) con anticonvulsivos; de la obstrucción parcial del parto con un parto vaginal asistido; de la retención placentaria con un masaje abdominal, una extracción manual o una aspiración al vacío; de la hemorragia puerperal con oxitócicos; y de la infección puerperal (septicemia puerperal) con antibióticos³¹. Si no responde, la mujer necesitará asistencia hospitalaria que puede comprender una cesárea para un parto prolongado u obstruido, sin la cual es casi seguro que morirá³².

Los aspectos fundamentales que hay que investigar son la cuantificación del efecto de las intervenciones para una maternidad segura, la capacidad de los sistemas sanitarios para ampliar las intervenciones y la capacidad de participación de las comunidades para garantizar que las mujeres puedan tener un embarazo y un parto sin riesgos. Esto incluye las técnicas para la prestación de la asistencia obstétrica urgente y básica descritas anteriormente.

Un punto clave de los estudios en muchos lugares es la conexión entre las creencias de las personas acerca del embarazo y el parto, por un lado, y las características de los profesionales y centros del sector sanitario oficial que ofrecen la asistencia obstétrica urgente y básica por el otro. En unos estudios ilustrativos llevados a cabo en Ghana, Nigeria septentrional y Uganda se identificaron numerosos factores que obstaculizaban el uso de los sistemas de urgencia existentes incluso cuando las mujeres se encontraban en una situación grave. Dichos factores son³³:

- la creencia cultural de que la mujer debe dar a luz sola y de que permanecer estoico ante el dolor o incluso la muerte es un asunto de orgullo y honor personales;
- el desconocimiento de la gravedad de complicaciones como el parto prolongado y el dolor persistente, la fiebre y la hemorragia intensa después del parto;
- las prohibiciones religiosas y culturales referentes al uso de la asistencia institucional, y especialmente al contacto de las mujeres con médicos varones u otros profesionales de sexo masculino;
- la falta de confianza en los profesionales y centros del sector oficial (y el temor a ellos);
- las restricciones a la movilidad física de las mujeres sin la autorización del marido;
- la falta de dinero o de medios de transporte;

- las expectativas de un mal tratamiento en la clínica o el hospital, incluidos tiempos de espera, discriminación social, exigencia de pagos suplementarios y otras preocupaciones.

Este tipo de observaciones, que a primera vista parecen obstáculos insalvables, pueden sin embargo constituir la base para el diseño de intervenciones educativas, informativas e institucionales sistemáticas que impliquen a los varones, mujeres, familias, comunidades, profesionales sanitarios y administradores en un diálogo participativo y en un proceso de toma de decisiones que mejorará tanto la *provisión* como la *utilización* de una asistencia sanitaria reproductiva de gran calidad³⁴. También se necesitan intervenciones que, apoyadas en los estudios, garanticen una asistencia oportuna y adecuada a las adolescentes embarazadas y solteras que posiblemente tendrán dificultades para acceder a los servicios y deberán afrontar la desaprobación de los profesionales sanitarios, de su familia y de la sociedad.

El apoyo al recién nacido

Después de muchos años de apatía, se ha observado recientemente mucha actividad en el campo del apoyo al recién nacido. En una revisión de la supervivencia neonatal llevada a cabo por un equipo del grupo de Bellagio y publicada en *The Lancet*, se indica que la proporción de muertes infantiles que tienen lugar durante el período neonatal (el 38% en 2000) ha aumentado a medida que ha ido mejorando la salud infantil³⁵. Se calcula que cada año mueren cuatro millones de recién nacidos antes de las cuatro semanas de vida (el período neonatal), y que tres cuartas partes de las muertes neonatales tienen lugar en la primera semana; el mayor riesgo de muerte corresponde al primer día de vida, sobre todo en los países con ingresos bajos o intermedios. Las cifras globales más altas de muerte neonatal se dan en los países del Asia central, mientras que las tasas más elevadas corresponden por lo general al África subsahariana. En el mundo, las causas directas más importantes de muerte neonatal son el parto prematuro (28%), las infecciones graves (26%) y la asfixia (23%). El tétanos neonatal es responsable de una proporción más pequeña de muertes (7%), pero es fácilmente evitable.

En la serie sobre supervivencia neonatal publicada en *The Lancet* se identificaron 16 intervenciones de eficacia demostrada (puestas en práctica en condiciones ideales) para la supervivencia neonatal que se incorporaron a módulos para añadirlos a los servicios sanitarios siguiendo tres modos de prestación de servicios (actividades de extensión, asistencia comunitaria o familiar y asistencia en centros sanitarios). Comparados con las intervenciones aisladas, todos los módulos de asistencia son más rentables en términos comparativos de coste y eficacia.

Aparte del embarazo malogrado por un aborto espontáneo prematuro, se calcula que anualmente se producen en todo el mundo 3,3 millones de mortinatos (un tercio de las cuales tienen lugar durante el parto) y, como ya se ha indicado, otros tres millones más de niños mueren durante la primera semana. Las muertes fetales y neonatales que se producen entre la 22ª semana de la gestación y el final de la primera semana de vida constituyen una categoría especial, denominada *mortalidad perinatal*, cuyas causas guardan una estrecha relación con la salud de la madre y con las condiciones del embarazo y el parto³⁶. La *mortalidad neonatal* (las muertes que ocurren durante las cuatro primeras semanas de vida) y la *mortalidad infantil* (antes de cumplir el primer año) abarcan la porción de la mortalidad perinatal que tiene lugar durante la primera semana de vida. El hecho de que las muertes perinatales y neonatales sean difíciles de documentar en las zonas de escasos recursos no resulta sorprendente, pero en muchos países se dispone de cálculos realizados a partir de los datos de población de las encuestas demográficas y de salud³⁷. Los episodios aislados o repetidos de aborto espontáneo, muerte fetal o muerte neonatal no sólo son indicadores de una mala salud reproductiva; también son una tragedia para la madre, el padre y el grupo familiar. En un estudio multinacional realizado recientemente por la OMS se ha demostrado que la mutilación moderada o grave de los genitales femeninos repercute de manera clara en la aparición de complicaciones obstétricas como la cesárea y la hemorragia puerperal, así como en las muertes fetales, las muertes neonatales y la necesidad de reanimación del lactante³⁸.

Los acontecimientos y condiciones de la salud reproductiva que afectan a la mujer durante el embarazo —y a menudo mucho antes del mismo— afectan también al desarrollo del feto y a sus posibilidades de sobrevivir. Una amplia gama de enfermedades ya mencionadas, como la sífilis no tratada, la desnutrición grave y otras complicaciones del embarazo, pueden causar la muerte

intrauterina del feto antes de que empiece el parto (aunque la causa suele ser desconocida); por el contrario, la muerte de un bebé que estaba vivo cuando empezó el parto pero nació muerto casi siempre es consecuencia de una mala asistencia obstétrica³⁹. En los niños que nacen vivos, la especial vulnerabilidad asociada al parto prematuro (32-36 semanas de gestación) y al bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) representa el 24% de las muertes infantiles durante las cuatro primeras semanas de vida (muertes neonatales)⁴⁰. Por supuesto, todas estas condiciones y otras (como por ejemplo las malformaciones congénitas) también originan enfermedades graves, algunas de las cuales conducirán a la muerte más adelante durante la lactancia o la infancia.

Además de tratar al principio del embarazo enfermedades graves como la sífilis de la mujer (y de su pareja), otras medidas próximas al parto que protegerán al recién nacido son la vacunación antitetánica, el tratamiento antirretroviral contra el VIH y la profilaxis de la eclampsia en las mujeres que presenten signos de preeclampsia. En las directrices internacionales para la asistencia sistemática y urgente de los recién nacidos se indican numerosas intervenciones para los lactantes que presenten signos de dificultad respiratoria, ictericia, infección, problemas de alimentación u otras dificultades. Las medidas habituales para asegurar el bienestar del lactante comprenden la higiene durante la manipulación del cordón umbilical para evitar la infección; la protección térmica para mantener caliente al recién nacido, incluido el contacto directo con la piel de la madre (el método de la «madre canguro») en los prematuros o recién nacidos de bajo peso al nacer⁴¹; la aplicación sistemática de antisépticos en los ojos para evitar infecciones; la ayuda a la madre y el hijo para iniciar el amamantamiento inmediato; la profilaxis con antirretrovirales en los hijos de madres seropositivas para el VIH; y otras intervenciones en el momento del parto y en las horas y días siguientes cuando el riesgo es alto⁴².

Entre las medidas de urgencia se encuentran las necesarias para reanimar al lactante que deja de respirar. Lo ideal es que los asistentes obstétricos especializados estén adiestrados en estas técnicas. Sin embargo, en un estudio se observó que únicamente el 47% de los médicos, matronas, enfermeras y estudiantes internos de medicina de Benín, Ecuador, Jamaica y Ruanda que solían atender los partos eran capaces de reanimar a un recién nacido⁴³.

En muchos países se necesita mejorar la formación de los asistentes obstétricos especializados en cuanto a la asistencia del recién nacido, así como mejorar los centros sanitarios para ofrecer asistencia urgente al lactante con problemas.

La comprensión de las numerosas causas interrelacionadas de los partos prematuros y del retraso del crecimiento fetal (intrauterino) que da lugar a recién nacidos a término de bajo peso continúa siendo un reto importante para la investigación. El bajo peso al nacer resultante de cualquiera de los factores mencionados —que afecta aproximadamente al 16% de los lactantes de los países en vías de desarrollo y al 27% en Asia central y meridional— guarda una estrecha relación con la morbilidad neonatal, con la inhibición del crecimiento y del desarrollo cognitivo del niño y con las enfermedades crónicas en etapas posteriores de su vida⁴⁴. Actualmente, la OMS está llevando a cabo estudios multinacionales para evaluar otras causas subyacentes aparte de las ya conocidas. Estas abarcan una variedad de enfermedades crónicas; la mala nutrición y otras alteraciones de la salud asociadas a la pobreza y al entorno social y físico (por ejemplo, el trabajo físicamente exigente realizado por la madre durante el embarazo e inmediatamente después); los antecedentes tales como el crecimiento fetal de la propia madre y su alimentación desde que nació hasta el embarazo; los factores asociados a la programación y el distanciamiento de los embarazos repetidos, así como a la edad de la madre y del padre biológico; y otros factores relativos a los hábitos de vida sensibles a las intervenciones educativas y sanitarias para prevenir, anticipar o tratar los diversos problemas que sufren los lactantes con tan pocas posibilidades de comenzar la vida con salud^{45,46}. Otros aspectos fundamentales que hay que investigar son los costes y ventajas relativos de las alternativas a la lactancia materna para las madres infectadas por el VIH que reciben o no tratamiento antirretroviral, teniendo en cuenta los riesgos endémicos de los sustitutos de la leche materna disponibles⁴⁷. Para garantizar que las intervenciones benefician a las comunidades pobres y marginadas, las estrategias y políticas deben concebir métodos que superen las desigualdades en cuanto a las posibilidades de los lactantes y de sus madres.

Bibliografía del capítulo 6

- 1 Do Thi Ngoc Nga y Martha Morrow, 1999, «Nutrition in pregnancy in rural Vietnam: poverty, self-sacrifice and fear of obstructed labour», en Marge Berer y T. K. Sundar Ravindran, dirs., *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*, número especial de la revista *Reproductive Health Matters*:142.
 - 2 Ibid.:143.
 - 3 Cicely Marston y John Cleland, 2004, *The effects of contraception on obstetric outcomes* (Ginebra: World Health Organization): 12; Susheela Singh y cols., 2003, *Adding it up: the benefits of investing in sexual and reproductive health care* (Nueva York: The Alan Guttmacher Institute):16-21; N. Daulaire, 2002, *Promises to keep: the toll of unintended pregnancy on women's lives in developing countries* (Washington, DC: Global Health Council); Beverly Winikoff y Maureen Sullivan, 1987, «Assessing the role of family planning in reducing maternal mortality», *Studies in Family Planning* 18(3):128-143.
 - 4 Organización Mundial de la Salud, 2005, *Informe sobre la salud en el mundo: ¡Cada madre y cada niño contarán!* (Ginebra: OMS).
 - 5 Berer y Ravindran, 1999 (v. ref. 1), *passim*.
 - 6 OMS, 2005 (v. ref. 4).
 - 7 Carla AbouZahr y Tessa Wardlaw, 2003, «Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA» (Ginebra: OMS), <http://www.who.int/reproductive-health>.
 - 8 Organización Mundial de la Salud, 2006, *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates* (Ginebra: OMS): iii.
 - 9 Organización Mundial de la Salud, 2003, *Pregnancy, childbirth, and postpartum and newborn care: a guide for essential practice* (Ginebra: OMS); Organización Mundial de la Salud, 2002, *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetrices y médicos* (Ginebra: OMS); *Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*, 8a ed. (CD-ROM), 2006.
 - 10 Rebecca J. Cook y Bernard M. Dickens, 2001, *Advancing safe motherhood through human rights* (Ginebra: OMS).
 - 11 Organización Mundial de la Salud, 2004, *Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer* (Ginebra: OMS); Carla AbouZahr, 1999, «Measuring maternal mortality: what do we need to know?» en Berer y Ravindran (v. ref. 1).
 - 12 Ana Langer y cols., 1999, «Identifying interventions to prevent maternal mortality in Mexico: a verbal autopsy study», en Berer y Ravindran (v. ref. 1).
 - 13 Ndola Prata y cols., 2004, «Setting priorities for safe motherhood interventions in resource scarce settings», paper delivered at the annual meeting of the Population Association of America, <http://www.paa2004.princeton.edu/download.asp?submissionId=40656>.
 - 14 Organización Mundial de la Salud, 2002, *Making pregnancy safer: biennial report 2000-2001* (Ginebra: OMS):3.
 - 15 Ibid.; Marge Berer, 1999, «HIV/AIDS, pregnancy and maternal mortality and morbidity: implications for care», en Berer y Ravindran (v. ref. 1).
 - 16 Carla AbouZahr, 1999, «When pregnancy is over: preventing post-partum deaths and morbidity», en Berer y Ravindran (v. ref. 1):18; Organización Mundial de la Salud, 1998, *Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide* (Ginebra: OMS).
 - 17 Mere Nakaterregga Kisekka, dir., 1992, *Women's health issues in Nigeria* (Zaria, Nigeria: Tamaza Publishing).
 - 18 Carla AbouZahr y Tessa Wardlaw, 2003, «Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities», available at <http://www.who.int/reproductive-health>.
 - 19 Ibid.; Marston y Cleland, 2004 (v. ref. 3):21.
 - 20 OMS, 2003 (v. ref. 9); Suellen Miller y cols., 2003, «Where is the 'E' in MCH? The need for an evidence-based approach to safe motherhood», *Journal of Midwifery & Women's Health* 48(1):10-18.
 - 21 Ibid.
 - 22 Organización Mundial de la Salud, 2005, «Eliminating congenital syphilis», folleto (Ginebra: OMS).
-

Bibliografía del capítulo 6

- 23 OMS, 2003 (v. ref. 9): G3; Peter R. Lamptey y Helene D. Gayle, dirs., 2001, *HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings: a handbook for the design and management of programs* (Arlington, VA: Family Health International); Kevin De Cock y cols., 2000, «Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries», *Journal of the American Medical Association* 283(9):1175-1182.
 - 24 Stuart Rennie y Frieda Behets, 2006, «Desperately seeking targets: the ethics of routine HIV testing in low-income countries», *Bulletin of the World Health Organization* 84(1):52-57.
 - 25 Organización Mundial de la Salud, 2005, *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica* (Ginebra: OMS), capítulo 7; Organización Mundial de la Salud, 2001, *New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications* (Ginebra: OMS); Marge Berer, 1999, «HIV/AIDS, pregnancy and maternal mortality and morbidity: implications for care», en Berer y Ravindran (v. ref. 1).
 - 26 OMS, 2003 (v. ref. 9).
 - 27 Ibid.:C18.
 - 28 Tessa Wardlaw y Deborah Maine, 1999, «Process indicators for maternal mortality programmes», en Berer y Ravindran, 1999 (v. ref. 1):24-30.
 - 29 AbouZahr y Wardlaw, 2001:563; Organización Mundial de la Salud, 2004, *Evidence-led obstetric care: report of a WHO meeting*, Ginebra, Suiza, 28 a 30 de enero de 2004 (Ginebra: OMS).
 - 30 AbouZahr, 1999 (v. ref. 16).
 - 31 Organización Mundial de la Salud, 2004, *Midwifery toolkit: strengthening midwifery services* (6 módulos) (Ginebra: OMS).
 - 32 AbouZahr y Wardlaw, 2001 (v. ref. 29):565-566.
 - 33 Grace Bantebya Kyomuhendo, 2003, «Low use of rural maternity services in Uganda: impact of women's status, traditional beliefs and limited resources», *Reproductive Health Matters* 11(21):16-26; L. Lewis Wall, 1998, «Dead mothers and injured wives: the social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria», *Studies in Family Planning* 29(4):341-359; Mere Nakaterrega Kisekka y cols., 1992, «Determinants of maternal mortality in the Zaria area», en Kisekka (v. ref. 17).
 - 34 Organización Mundial de la Salud, 2003, *Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health* (Ginebra: OMS); Dora J. Shehu, 1999, «Community participation and mobilization in the prevention of maternal mortality in Kebbie, Northwestern Nigeria», en Berer y Ravindran 1999 (v. ref. 1).
 - 35 Joy E. Lawn, Simon Cousens y Jelka Zupan, 2005, «4 million neonatal deaths: when? where? why?» *The Lancet* 365:891-900.
 - 36 OMS, 2006 (v. ref. 8):2-3.
 - 37 Ibid.
 - 38 WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome, 2006, «Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries», *The Lancet*, 367:1835-1841.
 - 39 OMS, 2006 (v. ref. 8):3.
 - 40 OMS, 2002 (v. ref. 14):3.
 - 41 Organización Mundial de la Salud, 2003, *Método madre canguro: guía práctica* (Ginebra: OMS).
 - 42 Organización Mundial de la Salud, 2003, *Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives* (Ginebra: OMS).
 - 43 Steve Harvey y cols., 2004, «Skilled birth attendant competence: an initial assessment in four countries, and implications for the Safe Motherhood movement», *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 87(2):203-210.
 - 44 Organización Mundial de la Salud, 2005, *Low birthweight: country, regional and global estimates* (Ginebra: OMS).
 - 45 Ibid.
 - 46 Nancy E. Reichman y Julien O. Tetler, 2005, *American Journal of Public Health* 96(5):862-866.
 - 47 Organización Mundial de la Salud, 2001, *Breastfeeding and replacement feeding practices in the context of mother-to-child transmission of HIV* (Ginebra: OMS).
-



CAPÍTULO 7

Las políticas y la importancia de la investigación

ASPECTOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN PAÍSES CON INGRESOS BAJOS E INTERMEDIOS

CHAPTER 7

Las políticas y la importancia de la investigación

Según la definición presentada en este documento, basado en los principios de los derechos humanos, la justicia social y la equidad sanitaria¹, el objetivo principal de las investigaciones consiste en proporcionar datos que mejoren la calidad, la disponibilidad y el uso de la información, servicios y productos de salud sexual y reproductiva en las poblaciones de países con ingresos bajos o intermedios que actualmente están infraatendidas. En los capítulos precedentes se han identificado lagunas de la investigación y estrategias para cada uno de los aspectos fundamentales de la salud sexual y reproductiva que no se van a repetir aquí. En este último capítulo se reúnen muchos de los elementos ya descritos para las iniciativas de estudios de colaboración nacionales y mundiales que podrían contribuir de un modo pragmático a la consecución de la salud sexual y reproductiva para todos prevista en el Programa de Acción de la CIPD, en la Estrategia Mundial de la OMS para la Salud Reproductiva y en los objetivos de desarrollo del milenio.

En la segunda fase de los objetivos de desarrollo del milenio se recomienda incluir el objetivo de garantizar el acceso universal a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva, formulado en la CIPD y reafirmado cinco años después en la revisión de la CIPD y en la Cumbre Mundial de la ONU de 2005². Sin embargo, el conjunto de la asistencia sanitaria sexual y reproductiva como un todo (a diferencia de sus componentes por separado) no es fácil de medir, como tampoco lo es el concepto de «acceso universal», que implica el uso de unos servicios eficaces por todo aquél que los necesite³. De los indicadores que se han aconsejado, algunos cuantifican los resultados poblacionales (como la tasa total de fecundidad o la mortalidad perinatal), que no siempre están en conexión clara con el acceso. Otros miden el acceso a la información (por ejemplo, los conocimientos sobre las prácticas para evitar la transmisión del VIH), pero no su efecto en el comportamiento. Algunos miden el verdadero uso de los productos, prácticas o servicios de salud sexual y reproductiva (como la prevalencia de la anticoncepción, los nacimientos asistidos por personal sanitario especializado) sin tener en cuenta su eficacia, mientras que otros cuantifican la existencia de centros sanitarios en conjunto (por ejemplo, el número de centros que ofrecen una asistencia obstétrica esencial completa por cada 500.000 habitantes) y sin hacer referencia a su distribución. El objetivo final, por supuesto, es conseguir mejoras importantes de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas, especialmente de aquellas que actualmente sufren la mayor carga de enfermedad y desesperación. El proceso de facilitar el acceso universal a la información y a los servicios es una condición necesaria pero no suficiente para transformar los resultados de la salud y los derechos.

Las desigualdades en cuanto al tipo, la gravedad y la distribución de los problemas de la salud sexual y reproductiva provienen no sólo de las desigualdades de la prestación educativa y sanitaria, sino también de las desigualdades asociadas al riesgo de una mala salud en general, tales como el sexo, la edad, la raza, el nivel socioeconómico, el grupo étnico, las aptitudes y otras características. Los indicadores de los programas de servicios de salud sexual y reproductiva

en los sectores público y privado nos cuentan una historia, mientras que los indicadores de la situación sanitaria y de la utilización de los servicios sanitarios nos cuentan otra muy diferente. La combinación de los factores de provisión y demanda confluye en las experiencias, las percepciones y los procesos de toma de decisiones de las personas que necesitan información y asistencia en etapas concretas de su vida. Ambas perspectivas son necesarias para analizar la naturaleza, el grado y las causas subyacentes de las desigualdades interpoblacionales e intrapoblacionales en los criterios de salud, así como para buscar las soluciones.

En el presente capítulo se intentan resumir las cuestiones de la investigación planteadas en los capítulos anteriores.

Estudios poblacionales sobre las desigualdades de la distribución de la salud sexual y reproductiva

Para analizar los problemas de la salud sexual y reproductiva y las necesidades de información de las personas, las familias y las comunidades, incluidas las que se encuentran en situaciones de urgencia, se pueden diseñar encuestas de hogares, estudios etnográficos e investigaciones de otro tipo a escala mundial, nacional, subnacional y local (y utilizar mejor los estudios ya existentes)⁴. El objetivo es aportar datos que ayuden a diseñar políticas, programas y paquetes de información que respondan mejor a las necesidades y derechos. Las iniciativas de investigación deben abordar los siguientes aspectos, entre otros:

Identificar los orígenes principales de las desigualdades

- Estudios demográficos de subgrupos de población según factores como los ingresos y activos familiares, la composición de los hogares, el lugar de residencia, la situación de emigrante o refugiado, la profesión y los estudios de los miembros de la familia, la raza, la religión, el origen étnico, la casta, la identidad tribal y otras características que determinan la naturaleza y el alcance de las desigualdades socioeconómicas predominantes y los grupos con menos posibilidades de acceso a la información y a la asistencia (por ejemplo, ¿quiénes son los pobres, los jóvenes sin escolarizar, los desplazados, los excluidos sociales, y cómo se puede llegar a ellos?)⁵;
- Análisis de encuestas nacionales tales como las encuestas demográficas y de salud para identificar los patrones de desigualdad interfamiliar según quintiles de riqueza de indicadores como los partos asistidos por personal especializado, los conocimientos sobre prevención de la transmisión sexual del VIH y la prevalencia de la anticoncepción, entre otros, con el fin de concebir estrategias específicas que rellenen las lagunas existentes en la información, el acceso y los resultados⁶;
- Análisis del acceso y el uso desiguales de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva dentro de las familias, las parejas y las comunidades, y de las estructuras de control social sexistas y generacionales que frenan la capacidad de las mujeres o de los jóvenes para proteger su salud y sus derechos;
- Estudios específicos de cada país sobre las relaciones entre las numerosas dimensiones de la salud sexual y reproductiva y las múltiples dimensiones de la pobreza transitoria y duradera en diferentes entornos, con el fin de documentar los efectos de la disminución de la pobreza sobre la salud y el bienestar de las personas y las familias, y a la inversa⁷.

Establecer el alcance de los problemas sexuales y reproductivos

- Estudios metodológicos para mejorar la recogida de información válida sobre temas delicados o tabúes en determinadas poblaciones, lo cual incluye el desarrollo de instrumentos para comparar las respuestas según las diferentes metodologías sobre temas tales como el aborto clandestino, la coacción sexual (perpetradores y víctimas), el incesto, el flujo vaginal y uretral y los conocimientos y conductas sexuales de adolescentes, adultos y ancianos de ambos sexos;
- Estudios epidemiológicos para elaborar la base de información sobre la naturaleza y el alcance de los problemas y peligros, a menudo «invisibles», de la salud sexual y reproductiva en las mujeres, los hombres y los jóvenes de determinados subgrupos de población en diferentes entornos, así como sus interrelaciones, causas y consecuencias;
- Estudios de ciencias sociales para establecer los determinantes conductuales, económicos, sociales, culturales e interpersonales de las diferentes dimensiones de la mala salud sexual

y reproductiva en distintos entornos; sus interconexiones (por ejemplo, la relación entre el fracaso de la anticoncepción, los nacimientos no planificados y la mortalidad neonatal); y sus costes sociales y económicos para las mujeres, los varones, las parejas, las familias y las comunidades;

- Estudios de ciencias sociales sobre las percepciones que tienen las mujeres, los hombres y los adolescentes acerca de su salud sexual y reproductiva; su evaluación de los riesgos personales y los servicios a los que tienen derecho; sus conocimientos, creencias, actitudes y prácticas con respecto a los riesgos y la prevención; la capacidad para proteger sus derechos y su salud; y la noción de sus responsabilidades hacia sí mismos y hacia los demás;
- Análisis de los procesos mediante los cuales se adquieren y refuerzan los roles sexuales durante la infancia y la adolescencia, y su contribución a la violencia y la adopción de riesgos por parte de los varones, a la subordinación de la mujer, al doble rasero para la conducta sexual y a las secuencias de efectos negativos en los ámbitos personal, social y de salud; identificación de los elementos positivos de la responsabilidad masculina y la potestad de la mujer como base para la educación, la adquisición de aptitudes y la planificación de los roles sexuales y la sexualidad;
- Estudios de comunidad para identificar y suprimir las prácticas perjudiciales, como la mutilación genital femenina, el uso de astringentes vaginales y los métodos peligrosos de circuncisión masculina, así como todo tipo de acoso, coacción y violencia sexuales, maltrato sexual infantil y otras infracciones de los derechos sexuales, como la discriminación por motivos de orientación sexual;
- Recopilación de datos sobre las necesidades insatisfechas de información y servicios para la salud sexual y reproductiva en subgrupos de población según la edad, el sexo, la situación socioeconómica, etc., con respecto a la educación y el asesoramiento para la sexualidad, los métodos seguros y aceptables para la anticoncepción y el aborto, la protección y el tratamiento contra las infecciones de transmisión sexual y por el VIH, la asistencia obstétrica urgente, el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad y otras necesidades de la salud sexual y reproductiva;
- Investigaciones sobre los aspectos emocionales y físicos de la salud y sus interconexiones, que abarquen la identificación de las necesidades de ayuda psicológica para la ansiedad, el temor, la ira, la depresión y otros factores mentales estresantes que afectan a la salud y el bienestar sexual y reproductivo de las personas⁸.

Estudios de las políticas y programas sobre la calidad de la asistencia y la accesibilidad de la información y los servicios

El ejercicio del derecho de las personas a una asistencia sanitaria sexual y reproductiva del máximo nivel posible requiere la existencia de programas de salud pública —que abarcan la información, la educación y un «conjunto de métodos, técnicas y servicios»— accesibles y adecuados para satisfacer las necesidades de las personas a lo largo de su vida⁹. Para alcanzar este objetivo es urgente investigar el establecimiento de las prioridades públicas, la financiación del sistema sanitario, las leyes y políticas sobre salud sexual y reproductiva y los programas de salud sexual y reproductiva, con el fin de garantizar la prestación oportuna de una asistencia sanitaria preventiva y curativa de gran calidad y eficacia para todas las personas y grupos. Entre los muchos temas posibles para los estudios nacionales de colaboración se encuentran los siguientes:

Crear un entorno político favorable para la salud sexual y reproductiva

- Estudios nacionales para asegurar que en la recopilación, notificación y control de datos y en las actividades de evaluación de los países asociados a los objetivos de desarrollo del milenio se incluye un grupo amplio e importante de indicadores del acceso y los resultados de la salud sexual y reproductiva, desglosados según el sexo, la edad, el estado civil, los estudios, la localización geográfica y otras características socioeconómicas y culturales;
- Análisis de los factores políticos específicos del país que determinan la cantidad y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, con el fin de reforzar la capacidad de los sistemas de atención primaria para proporcionar una información y una asistencia completas;
- Estudio del diseño y la puesta en marcha de reformas del sector sanitario, tales como la descentralización, la privatización y las tarifas por provisión de servicios, para garantizar que protegen la disponibilidad y el acceso a los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva

- en todos los niveles, en especial para los adolescentes y los grupos marginales¹⁰;
- Investigación de los mecanismos de financiación sanitaria y de la asignación de recursos para garantizar que iniciativas como el enfoque sectorial amplio y la preparación de las estrategias para la reducción de la pobreza aceptan y refuerzan la provisión de la información, educación, servicios, medicamentos y productos esenciales para la salud sexual y reproductiva¹¹;
- Investigación de las consecuencias de la financiación vertical de actividades dirigidas a una enfermedad concreta sobre los programas de atención primaria de salud y de planificación familiar, para garantizar que las políticas y programas resultantes aprovechan al máximo las sinergias positivas de la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y el sida, la prevención y el control de las ITS y otros aspectos de la asistencia sanitaria sexual y reproductiva¹²;
- Estudios para identificar y fomentar los proyectos de educación escolar sobre la sexualidad basada en los derechos, evaluar su contenido y sus consecuencias, y proporcionar una base de información para su adaptación a las condiciones locales y la aplicación generalizada;
- Análisis de políticas para identificar la naturaleza y las repercusiones de las leyes y políticas mundiales, nacionales, regionales y locales relativas a la libertad sexual y reproductiva, a la igualdad entre sexos y a la protección contra el perjuicio sexual, incluidas la coacción, la violencia y la discriminación;
- Estudios para identificar y fomentar la implicación en la asistencia sanitaria, y en otros procesos de planificación, de los representantes de todos los segmentos de la sociedad civil, incluidos los adolescentes, como plenos participantes en el proyecto mundial de salud sexual y reproductiva¹³.

Proporcionar un proceso continuo de información de gran calidad y accesible

- Cartografiado de la distribución geográfica mundial, nacional, subnacional y local de los centros y el personal que proporcionan diferentes tipos de información, productos o servicios de salud sexual y reproductiva en los sectores oficial (público y privado) y extraoficial, incluidas las ONG, así como de las desigualdades en su distribución;
- Documentación de la accesibilidad física de los centros y servicios de salud sexual y reproductiva para diversos usuarios, así como de su accesibilidad social (ausencia de discriminación), su accesibilidad económica (asequibilidad), su aceptabilidad y familiaridad, horas de funcionamiento, tiempos de espera, confidencialidad y otros factores;
- Identificación de las necesidades de formación de los profesionales de la salud sexual y reproductiva de diversos tipos y grados de especialización, así como del nivel del sistema sanitario en que deben ofrecerse los diferentes servicios, como el asesoramiento y la detección de la infección por el VIH;
- Estudios para establecer la rentabilidad (relación entre coste y eficacia) de determinadas intervenciones informativas, educativas y de servicios, como la educación sexual en los centros escolares, la distribución subvencionada de preservativos, las pruebas de detección sistemática de las ITS y la infección por el VIH, los servicios de anticoncepción, determinadas intervenciones obstétricas y el aborto seguro¹⁴;
- Investigación de métodos alternativos y complementarios de información y provisión de servicios en los sectores extraoficial y oficial de diferentes entornos para ampliar la base de conocimientos y servicios, como los medios de comunicación económicos e Internet para hacer la información accesible; las franquicias baratas de asistencia para la salud sexual y reproductiva¹⁵, los centros accesibles para la detección de las infecciones de transmisión sexual y por el VIH y otros lugares de provisión de servicios baratos y accesibles;
- Investigación sobre la contratación, formación, conservación, supervisión y despliegue en los centros y niveles de servicio adecuados de los profesionales de la salud sexual y reproductiva de grado intermedio, como los agentes de extensión comunitaria, los asistentes obstétricos especializados, los encargados de la asistencia prenatal, el personal para la detección y asesoramiento en ITS y VIH, los profesionales de planificación familiar, los encargados de la realización de cesáreas y otros tipos de parto asistido; los asesores de infertilidad y los educadores sociales y escolares;
- Estudio de las necesidades y preocupaciones de los profesionales de la primera línea de provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, como los relacionados con el VIH, especialmente en las zonas donde la epidemia es generalizada.

Garantizar que las personas utilizan los servicios, y que estos estén disponibles y sean de gran calidad, adecuados y accesibles

- Estudios para determinar las conductas de búsqueda de la salud de las mujeres, hombres y jóvenes de determinados grupos sociales en función del tipo de información o asistencia que buscan; sus conocimientos sobre a dónde acudir y qué hacer; y sus percepciones sobre las ventajas e inconvenientes de las fuentes alternativas de información y asistencia;
- Análisis de las percepciones y experiencias de las personas en relación con los servicios y profesionales sanitarios y de planificación familiar del sector oficial, tanto público como privado; el grado en el que creen que se han satisfecho o se podrían satisfacer sus necesidades en estos entornos; y la evaluación que hacen de la calidad de la información y de la asistencia que reciben o podrían recibir;
- Investigaciones metodológicas para mejorar la recogida de información sobre los componentes del acceso (y las barreras percibidas) a los servicios de salud sexual y reproductiva; incluyen el análisis de los motivos del escaso uso de las instalaciones del sector formal (cuando proceda) para informar la definición de los indicadores del éxito;
- Estudios sobre las actitudes de los profesionales con respecto a su trabajo y sus clientes, tanto en los centros e instalaciones del sector oficial como en los del sector no oficial, que abarquen las actitudes prejuiciosas o las prácticas discriminatorias hacia cierto tipo de usuarios (como adolescentes, minorías étnicas, homosexuales, profesionales del sexo) o servicios (como la asistencia para un aborto o postaborto), con el fin de identificar las necesidades de formación para mejorar las relaciones entre el profesional y el usuario;
- Estudios clínicos para evaluar la calidad técnica de la asistencia sanitaria sexual y reproductiva en los ámbitos clínicos, los conocimientos y aptitudes de los profesionales en todos los niveles, el uso de las «mejores prácticas» y la idoneidad del adiestramiento, la formación continua y la supervisión del profesional.

Apoyo técnico para mejorar y facilitar la puesta en marcha de un programa y la ampliación de las intervenciones

Se necesitan estudios biomédicos, tecnológicos, clínicos y epidemiológicos básicos y aplicados sobre numerosos problemas e intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva. Las lagunas que se han expresado en este ámbito son las siguientes:

Desarrollar, adoptar y ampliar las técnicas y las mejores prácticas

- Estudios biomédicos para ampliar la variedad y disminuir el coste de las pruebas diagnósticas rápidas para las ITS, incluida la infección por el VIH, y las infecciones, enfermedades y trastornos afines, con el fin de mejorar la vigilancia (incluidas las visitas domiciliarias) y controlar las tendencias y desigualdades en la población en general y en los grupos especiales de alto riesgo;
- Investigaciones clínicas, tecnológicas y biomédicas sobre la seguridad a largo plazo, la eficacia, los efectos secundarios, los costes y la aceptabilidad en los entornos con escasos recursos de intervenciones médicas como los anticonceptivos hormonales, la antibioticoterapia para las ITS, los antirretrovirales para la infección por el VIH y el sida, las interacciones entre antirretrovirales y anticonceptivos, los métodos quirúrgicos y conservadores para el aborto y otras intervenciones prenatales, obstétricas y puerperales;
- Estudios biomédicos dirigidos a desarrollar, probar, adaptar, distribuir y utilizar las técnicas, los productos (como los microbicidas vaginales y los métodos anticonceptivos reversibles para los varones) y los algoritmos (como el de prevención y tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo) de salud sexual preventivos, diagnósticos y curativos que puedan ser utilizados por los profesionales sanitarios de grado intermedio, los profesionales extraoficiales y los usuarios (cuando proceda) para su propio diagnóstico, tratamiento y protección¹⁶;
- Estudios operativos para identificar los obstáculos propios de la provisión o del profesional para aprender y adoptar las mejores prácticas basadas en datos científicos y definidas en las normas internacionales, así como para identificar y superar los obstáculos a la ampliación de las buenas prácticas, incluido el análisis de los casos satisfactorios, las lecciones aprendidas y las acciones necesarias¹⁷.

Documentar la repercusión del programa y analizar los elementos genéricos esenciales para su repetición y adaptación en otros entornos

- Información epidemiológica e indicadores para ampliar las intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva, incluidos los cálculos sobre la conveniencia y el efecto de determinados subcomponentes del programa;
- Investigaciones operativas para establecer la rentabilidad (relación entre coste y eficacia) y la viabilidad de los componentes afines integrantes de los servicios de salud sexual y reproductiva, como la planificación familiar y la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS, con el fin de desarrollar modelos que orienten a los gestores del programa en el cálculo de los costes, los recursos humanos necesarios y la logística para la integración¹⁸;
- Documentación de los costes y beneficios totales que supone invertir en una asistencia preventiva en materia de salud sexual que comprenda la educación, la información y el acceso universal a los servicios, e identificación de los vínculos intersectoriales necesarios para conseguir la máxima repercusión conjunta de las inversiones en sectores diferentes¹⁹;
- Estudios operativos para identificar e improvisar sistemas de comunicación, transporte y remisión entre los profesionales y los centros para formar una red de información y asistencia coherente y accesible en los niveles primario, secundario y terciario, y entre especialidades.

Estos son algunos de los problemas y lagunas de la salud sexual y reproductiva que han puesto de manifiesto diversas partes interesadas. La decisión acerca de cuáles de estas lagunas deberían ser prioritarias para la investigación, y si deberían subvencionarse, quedará sujeta a futuras consultas con grupos de las partes implicadas.

Bibliografía del capítulo 7

- 1 Sudir Anand, Peter Fabienne y Amartya Sen, dirs., 2006, *Public health, ethics, and equity* (Nueva York: Oxford University Press); Madison Powers y Ruth Faden, 2006, *Social justice: the moral foundations of public health and health policy* (Nueva York: Oxford University Press); Gita Sen, Asha George y Pirooska Ostlin, dirs., 2002, *Engendering international health: the challenge of equity* (Cambridge, MA: MIT Press); Marge Berer, dir., 1999, *Access to reproductive health: a question of distributive justice*, número monográfico de la revista *Reproductive Health Matters*, 7(14).
 - 2 «Reproductive health and the UN Millennium Development Goals: commentary», 2005, *Studies in Family Planning* 36(2):127-143; Grupo de Trabajo del Proyecto del Milenio de la ONU sobre Salud Infantil y Materna, 2004, informe final, *Who's got the power? transforming health systems for women and children*, available at <http://www.unmillenniumproject.org/documents/ChildHealthEbook.pdf>.
 - 3 Organización Mundial de la Salud, 2004, *Measuring access to reproductive health services: report of WHO/UNFPA technical consultation*, 2 a 3 de diciembre de 2003 (Ginebra: OMS); Organización Mundial de la Salud, 2001, *Reproductive health indicators for global monitoring: report of the second interagency meeting*, 17 a 19 de julio de 2000 (Ginebra: OMS); UNICEF/OMS/UNFPA, 1997, *Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services* (Nueva York: UNICEF).
 - 4 Organización Mundial de la Salud, 2002, *Clinical management of rape survivors: a guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced persons situations* (Ginebra: OMS); Organización Mundial de la Salud, 2000, *Reproductive health during conflict and displacement* (Ginebra: OMS).
 - 5 Robert Neuwirth, 2005, *Shadow cities: a billion squatters, a new urban world* (Nueva York: Routledge); Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), 2002, *Rural poverty report* (Nueva York: Oxford University Press); Mayra Buvinic y Nadia H. Youssef, 1978, *Women-headed households: the ignored factor in development planning* (Washington, DC: International Center for Research on Women).
 - 6 Davidson Gwatkin y cols., 2004, *Socio-economic differences in health, nutrition, and population - 45 countries* (Washington, DC: Banco Mundial), datos y gráficas disponibles en *PovertyNet Library*, <http://poverty2.forumone.com/library/view/15080>.
 - 7 Margaret E. Greene y Thomas Merrick, 2005, *Poverty reduction: does reproductive health matter?* HNP Discussion Paper (Washington, DC: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial); Nancy Birdsall, Allan C. Kelley y Steven Sinding, dirs., 2001, *Population matters: demographic change, economic growth, and poverty in the developing world* (Oxford: Oxford University Press).
 - 8 Jill Asbury, Meena Cabral de Mello, Jane Fisher y Shekar Saxena, dirs., 2006, *Mental and behavioural aspects of women's reproductive health: a global review of the literature* (Ginebra: OMS).
 - 9 Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, «The right to the highest attainable standard of health», Observación general n.º 14: 3-4.
-

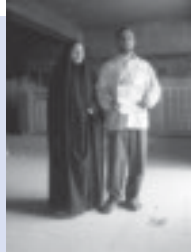
Bibliografía del capítulo 7

- 10 Organización Mundial de la Salud, 2005, *Health sector reform and reproductive health: report of a technical consultation*, Ginebra, 30 de noviembre a 2 de diciembre de 2004 (Ginebra: OMS); Marge Berer, dir., 2002, *Health sector reforms*, número monográfico de la revista *Reproductive Health Matters* 10(20); Center for Health and Gender Equity y Population Council, 1998, *Report of the meeting on the implications of health sector reform for reproductive health and rights*, Washington, 14 a 15 de diciembre de 1998 (Nueva York: The Population Council).
 - 11 Maggie Bangser, 2002, «Policy environments: macroeconomics, programming and participation», en Sen, George y Ostlin (v. ref. 1).
 - 12 OMS, UNFPA, IPPF and ONUSIDA, 2005, *Sexual and reproductive health and HIV/AIDS: a framework for priority linkages* (gráfica); Marge Berer, dir., 2003, *HIV/AIDS, sexual and reproductive health: intimately related*, número monográfico de la revista *Reproductive Health Matters* 11(22).
 - 13 Andrea Lynch, 2005, *Side by side: building and sustaining a culture of youth participation at Replatina: a case study from Southeastern Brazil* (Nueva York: Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres); Rounaq Jahan, 2003, «Restructuring the health system: experiences of advocates for gender equity in Bangladesh», *Reproductive Health Matters* 11(21):183-191.
 - 14 Ndola Prata y cols., 2004, «Setting priorities for safe motherhood interventions in resource scarce settings», ponencia presentada en la Reunión Anual de la Population Association of America, disponible en <http://www.paa2004.princeton.edu/download.asp?submissionId+40656>.
 - 15 Ndola Prata, Dominic Montagu y Emma Jefferys, 2005, «Private sector, human resources and health franchising in Africa», *Bulletin of the World Health Organization* 83(4):274-279.
 - 16 A. August Burns y cols., 1997, *Where women have no doctor: a health guide for women* (Berkeley, CA: The Hesperian Foundation).
 - 17 Ruth Simmons, Peter Fajans y Laura Ghiron, dirs., 2006, *Scaling-up health service delivery: from pilot innovations to policies and programmes* (Ginebra: OMS); bibliografía sobre el tema en <http://www.expandnet.net/biblio.htm>; Kamran Siddiqui y James N. Newell, 2005, «Putting evidence into practice in low-resource settings», *Bulletin of the World Health Organization* 83(12):882; Organización Mundial de la Salud, 2002, *The strategic approach to improving reproductive health policies and programmes: a summary of experiences* (Ginebra: OMS).
 - 18 Marge Berer, dir., 2003, *Integration of services*, número monográfico de la revista *Reproductive Health Matters* 11(21); Louisiana Lush, 2002, «Service integration: an overview of policy developments», *International Family Planning Perspectives* 29(2):71-76.
 - 19 Susheela Singh y cols., 2003, *Adding it up: the benefits of investing in sexual and reproductive health care* (Nueva York: Alan Guttmacher Institute).
-

Referencias de las imágenes



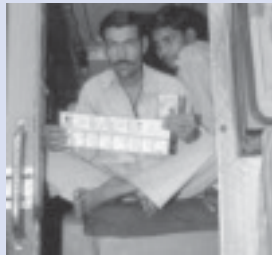
CAPÍTULO 1
Una mujer embarazada carga pesados recipientes de agua sobre la cabeza, distrito de Pune, estado de Maharashtra, India (2002)
 Fotografía: IDRC-CRDI/Stephanie Colvey



CAPÍTULO 2
Concurso de fotografía «El río de la vida» (2004)
 Fotografía: OMS/Douglas Engle



CAPÍTULO 3
Grupo de adolescentes, Perú
 Fotografía: OMS OPS/Julio Vizcarra



CAPÍTULO 4
Programa sanitario integral para camioneros en Delhi del sur, Delhi, India (noviembre de 2002)
 Fotografía: OMS/Pierre Viot



CAPÍTULO 5
Familia de Lesotho, África (noviembre de 1994)
 Fotografía: OMS/JP Huble



CAPÍTULO 6
Madre e hijo, concurso de fotografía «El río de la vida» (2004)
 Fotografía: OMS/Nyaung U-than Htay



CAPÍTULO 7
Trabajador sanitario de la comunidad durante una reunión con madres y niños en un pueblo del Bangladesh rural (1996)
 Fotografía: Andrés de Francisco

Aspectos de la investigación sobre la

SALUD SEXUAL y REPRODUCTIVA

en países con ingresos
bajos e intermedios

La salud sexual y reproductiva es un campo complejo y polifacético. Las investigaciones en este ámbito requieren un enfoque multidisciplinar que abarque estudios biomédicos, epidemiológicos y conductuales básicos, así como políticos y de los sistemas sanitarios. Como primer paso del proceso consultivo internacional para identificar las lagunas y las prioridades de la investigación en este campo, en el presente documento se esboza un marco conceptual para la salud sexual y reproductiva y numerosos aspectos temáticos y generales de la investigación que es necesario abordar en los países con ingresos bajos e intermedios.

